

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



CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MIGRANTES DE LA FRONTERA
NORTE DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

Por

CYNTHIA LIZBETH RUIZ BUGARIN

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

Octubre, 2021

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



CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MIGRANTES DE LA FRONTERA
NORTE DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

Por

CYNTHIA LIZBETH RUIZ BUGARIN

Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

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

Octubre, 2021

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



CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MIGRANTES DE LA FRONTERA
NORTE DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

Por

CYNTHIA LIZBETH RUIZ BUGARIN

Asesor Estadístico:

DRA. JEYLE ORTIZ RODRÍGUEZ

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

Octubre, 2021

CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MIGRANTES DE LA FRONTERA
NORTE DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Presidente

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Secretario

Dra. María Aracely Márquez Vega

1er. Vocal

Dra. Reyna Torres Obregón

2do. Vocal

MPH. Argentina Elisa Noelle Servin Aguirre

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Baja California por apoyarme en la realización del Doctorado en Ciencias de Enfermería, sin su apoyo esto no hubiera sido posible.

A la directora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la unidad Valle las Palmas de la Universidad Autónoma de Baja California, por el apoyo y gestión brindada durante el tiempo como estudiante de doctorado.

A mi directora de Tesis Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por ser una profesional muy comprometida con su trabajo y con la ciencia, definitivamente un ejemplo a seguir, gracias por compartir sus conocimientos, por guiarme, apoyarme y motivarme a continuar, y sobretodo muchas gracias por su calidez y calidad humana, por su disposición y voluntad al incentivar me a terminar con éxito este proyecto de investigación.

A la Dra. Argentina Servir, y a la Universidad de California, San Diego, por recibirme en durante mi estancia de investigación, por compartir sus conocimientos, y orientarme en el proceso de la investigación científica.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por su excelente labor en el Departamento de Posgrado.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Dra. María Aracely Márquez Vega y Dra. Reyna Torres Obregón, por sus valiosas aportaciones en el proyecto de investigación.

A la Dra. Jeyle Ortiz Rodríguez, por su valiosa asesoría y guía estadística durante el análisis de resultados e interpretación de los mismos.

Al Mtro. Anzony Arturo Cruz González, amigo y compañero por creer en este proyecto, impulsarme a encontrar mi camino y acompañarme en él, gracias por tu apoyo incondicional.

A las autoridades de las casas de migrantes, por darme su confianza y permitirme el acceso a su hogar.

A mis colegas Enfermeros, Ángel Custodio Pacheco Macías, Elizabeth Zepeda y Fanny Meneses, por su colaboración durante el proceso de recolección de datos, gracias por su entrega, por su amor a la profesión y a los seres humanos, por su labor tan admirable a pesar de los riesgos inminentes.

A todos los participantes en este trabajo de investigación, gracias por compartir sus experiencias de vida, que servirán como base para beneficio de las personas que viven situaciones similares.

Dedicatoria

A Dios, quien puso los medios para que yo pudiera cumplir con esta meta en mi proyecto de vida. Por poner en mi camino a las personas correctas, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban. Llego el tiempo del galardón, un momento de suma alegría donde lo que parecía inalcanzable fue alcanzado y lo imposible fue posible pero no por mi propia fuerza; mi Señor, mi salvador ha estado siempre a mi lado, hoy puedo decir GRACIAS ABBA PADRE, por tu misericordia y amor para con tu hija.

A mi amado esposo Ángel, que ha sido el impulso durante toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional cumpliste los roles que mi ausencia resaltó, mi amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento, te amo.

A mis hijos, Gonzalo y Gabriela, que con su luz han iluminado mi vida y hacen mi camino más claro, mis fuerzas inagotables, mi carga más ligera.

Para mis padres, que me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, principios, carácter, empeño, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos. Asimismo a mis hermanos Alyn, Ana Lilia y Enrique por estar siempre presentes, acompañándome en la distancia para poderme realizar.

A mi tía Nora, por todo su apoyo, por cada palabra de aliento que dio color a mis días tristes, por ser parte de este sueño y compartir esas tardes de café, donde todo se vuelve claro.

A mis tías Rosy, Faby y Ana, cuyo ejemplo sigo constantemente.

Al resto de mi familia y amigos por su apoyo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco Teórico Conceptual	9
Modelo de Promoción de la Salud	10
Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes (MCSAM)	16
Estudios Relacionados	26
Objetivo General	50
Objetivos Específicos	51
Definición de Términos	52
Capítulo II	54
Metodología	54
Diseño del Estudio	54
Población, Muestra y Muestreo	54
Criterios de Inclusión	54
Criterios de Exclusión	55
Criterios de Eliminación	55
Instrumentos de Medición	55
Procedimiento de Recolección de Datos	60
Consideraciones Éticas	63
Plan de Análisis de los Datos	65
Capítulo III	67
Resultados	67
Características Generales de los Participantes	67
Descripción de las Variables del Estudio	70

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Consistencia Interna de los Instrumentos	73
Resultados de Acuerdo a los Objetivos Específicos del Estudio	75
Resultados de Acuerdo Objetivo General del Estudio	115
Capítulo IV	123
Discusión	123
Limitaciones del Estudio	133
Conclusiones	134
Recomendaciones	137
Referencias	141
Apéndices	157
A. Cédula de Datos Personales	158
B. Subescala de Depresión Sexual	160
C. Cuestionario Breve de Conocimientos sobre el VIH	161
D. Escala de Autoeficacia Percibida para el Uso del Condón	163
E. Escala de Opinión Sexual	165
F. Escala Subjetiva de Satisfacción Sexual	166
G. Inventario de Deseo Sexual	167
H. Percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH	169
I. Encuesta Breve de Experiencia Sexual	170
J. Subescala de Permisividad Sexual	177
K. Subescala de intención de usar condones	178
L. Escala de Asertividad Sexual	179
M. Consentimiento Informado	182
N. Análisis factorial exploratorio del Inventario de Deseo Sexual	185
O. Inventario de Deseo Sexual	186

Tabla de Contenido

Contenido	Página
P. Análisis factorial exploratorio de la escala de percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH	188
Q. Análisis factorial exploratorio de la Subescala de Intención de Usar Condones	189
R. Varianza explicada por las características personales sobre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y el resultado conductual	190

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Medidas de Tendencia Central y Dispersión de Variables sociodemográficas	68
2. Características Generales de la Población	69
3. Estadística Descriptiva de las Variables de Estudio	72
4. Consistencia interna de los instrumentos	73
5. Correlaciones entre características personales con cogniciones y afectos relacionados a la conducta y conducta sexual asertiva en migrantes	78
6. Efectos directos de los factores personales en las cogniciones y afectos relacionados a la conducta	79
7. Efectos directos de los factores personales y la intención de usar condón	84
8. Efectos directos de los factores personales y conducta sexual asertiva	85
9. Efectos indirectos de las características personales y la intención de usar condón a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta	88
10. Efectos indirectos de los factores personales y conducta sexual asertiva, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta	93
11. Efectos indirectos de los factores personales y conducta sexual asertiva, a través de la intención de usar condón	98
12. Matriz de correlación entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual con conducta sexual asertiva	99

Lista de Tablas

Tabla	Página
13. Efectos directos de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta con intención de usar condón	100
14. Efectos directos de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta y conducta sexual asertiva	102
15. Efectos indirectos de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y conducta sexual asertiva, a través de la intención de usar condón	105
16. Matriz de correlación entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual con autoeficacia para usar condón	107
17. Efectos directos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual con autoeficacia para usar condón, intención de usar condón y conducta sexual asertiva	108
18. Efectos indirectos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual con intención de usar condón, a través de la autoeficacia para usar condón	111
19. Efectos indirectos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual con conducta sexual asertiva, a través de la autoeficacia para usar condón	112
20. Modelo de regresión entre intención de usar condón y conducta sexual asertiva	114
21. Modelo de regresión entre intención de usar condón y conducta sexual asertiva con Bootstrap	114
22. Modelo lineal de características personales, cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y la intención de usar condón, con conducta sexual asertiva	116

Lista de Tablas

Tabla		Página
23.	Modelo de regresión de depresión sexual y erotofobia-erotofilia con conducta sexual asertiva en migrantes	117
24.	Modelo lineal de características personales, cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y la intención de usar condón, con conducta sexual asertiva, con Bootstrap	117

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Promoción de la Salud	15
2. Modelo de conducta sexual asertiva en migrante (MCSAM)	24
3. Estructura Teórico-Conceptual-Empírico, del Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes	25
4. Esquema de los efectos directos de las características personales y las cogniciones y afectos relacionados a la conducta	83
5. Esquema de los efectos directos entre los factores personales y la conducta sexual asertiva en migrantes	86
6. Esquema del modelo de mediación de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales e intención de usar condón	92
7. Esquema del modelo de mediación de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales y la conducta sexual asertiva	97
8. Efecto directo de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta con la intención de usar condón	101
9. Esquema de los efectos directos de las cogniciones y afectos a la conducta con la conducta sexual asertiva en migrantes	103
10. Esquema del modelo de mediación de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales e intención de usar condón	106

Lista de Figuras

Figura	Página
11. Esquema de efectos directos entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual sobre la autoeficacia para usar condón	109
12. Esquema de efectos directos entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual sobre la intención de usar condón	110
13. Esquema de efectos directos entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual sobre la conducta sexual asertiva en migrantes	110
14. Esquema de efectos indirectos entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual sobre la conducta sexual asertiva, a través de la autoeficacia para usar condón	113
15. Esquema final del Modelo de conducta sexual asertiva en migrante (MCSAM)	119
16. Efectos de las variables del MCSAM	122

Resumen

Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarin
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Octubre, 2021

Título del estudio: CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MIGRANTES DE LA FRONTERA NORTE DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA.

Número de páginas: 190

Candidato a obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

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

Propósito y Método de estudio: el propósito del presente estudio fue analizar los factores determinantes de la conducta sexual asertiva en migrantes, utilizando como sustento teórico el Modelo de Promoción de la Salud. El diseño del estudio fue correlacional y de comprobación de modelo. La población estuvo conformada por hombres y mujeres migrantes adultos, localizados en diferentes casas, centros o albergues para migrantes en Tijuana, Baja California. El cálculo de la muestra se determinó mediante el paquete estadístico nQuery Advisor®, para una Regresión Múltiple de 14 variables independientes, con un coeficiente de determinación de $r^2 = .09$, significancia de .05 y una potencia de prueba de 90%, la muestra fue de 249 migrantes. El muestreo fue no probabilístico. Para la medición de las variables, se utilizó una cedula de datos sociodemográficos y 12 instrumentos autoadministrados con validez y confiabilidad aceptables. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, así como pruebas de consistencia interna de los instrumentos y pruebas de normalidad de los datos con Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, posteriormente análisis de correlación con el coeficiente de Spearman. Para el análisis de mediación, se utilizó la interfaz de Process macro de SPSS, así como el análisis de regresión múltiple con método de backward.

Contribución y Conclusiones: El 85.5% de los participantes eran hombres, con promedio de edad de 42.85 años ($DE= 10.00$) e iniciaron su vida sexual alrededor de los 15.46 años ($DE= 3.27$ años). El estado civil que predominó fue soltero con un 58.2%, con respecto al país de origen, el 84.7% menciona ser de México, el 4.8% de Honduras, el 4.4% de El salvador. El 79.5% de los participantes informan viajar solos. Con respecto al análisis de mediación se encontraron los efectos de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta y de la intención de usar condón sobre la conducta sexual asertiva. En el modelo de regresión múltiple con método de Backward y Bootstrap, para la variable dependiente conducta sexual asertiva, las variables estadísticamente significativas fueron sexo, depresión sexual y erotofobia-erotofilia, con una varianza explicada del 35%. Los hallazgos de este estudio son de gran relevancia, ya que propician un panorama del fenómeno de la conducta sexual asertiva en migrantes, lo cual es un aporte a la evidencia científica para el desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas a mejorar la conducta sexual asertiva y contribuir en la prevención del VIH/sida en esta población.

FIRMA DE DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, entre ellas destacan el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) como las más importantes debido a la morbimortalidad. Se estima que a nivel mundial 37 millones de personas viven con el VIH, y aproximadamente 1.8 millones viven en América Latina (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2018). En México, se cuenta con un registro al cierre del 2019 con 210,931 casos notificados del VIH y sida (Centro Nacional de Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2019).

Las infecciones por el VIH han aumentado debido a los diferentes mecanismos de transmisión, tales como la transfusión sanguínea, perinatal, sexual, o por el uso compartido de jeringas, tanto la Secretaría de Salud como el CENSIDA firman que la principal forma de transmisión del VIH es la sexual con un 97.6% en los casos del VIH/sida diagnosticados y reportados del 2018, dentro de los estados donde se registró el mayor número de personas con el VIH/sida se encuentran la Ciudad de México, Veracruz, el Estado de México, Puebla, Yucatán y Baja California (Secretaría de Salud & CENSIDA, 2018).

Para fines de este estudio se empleó el término migrante para hacer referencia a las personas que salen de su lugar de origen o residencia, para vivir en otro lugar ya sea dentro del mismo país u otro (Organización Internacional de Migración, 2019). Se consideró esta población debido a que la propagación del VIH se asocia con la movilidad poblacional, particularmente con los migrantes (Leyva-Flores, Aracena-Genao & Servan-Mori, 2014; Tarkang & Pencille, 2018). México es un país de tránsito de migrantes, lo cual implica un riesgo potencial para el aumento de la prevalencia del VIH/sida en el país, debido a que las prevalencias de VIH/sida de los países colindantes son altas (ONUSIDA, 2014). En las rutas de traslado o de tránsito de los migrantes, así

como en las regiones que experimentan alta movilidad, ya sea estacional o a largo plazo, se encuentran tasas altas del VIH (Tarkang & Pencille, 2018). Las condiciones que se producen en el proceso migratorio, desde el lugar de origen, traslado y lugar de destino, son las que sitúan a los migrantes en vulnerabilidad.

El número de migrantes en el mundo aumentó 41% en los últimos 15 años, la cifra aproximada es de 244 millones de personas. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2016), el número de migrantes estimado es mayor que el crecimiento de la población. En la actualidad el 3.3% de la población mundial vive en el extranjero, frente al 2.8% estimado en el 2000 (Emol, 2018). Aproximadamente el 19.4% de los migrantes centroamericanos tiene como destino planeado México, a esto se agrega la población mexicana migrante (Comisión Nacional de los derechos Humanos [CNDH], 2018). En el caso de Baja California, los Legisladores de la ciudad de Tijuana reportan un promedio de 36 mil migrantes, de los cuales la mayoría son de nacionalidad mexicana y otros provenientes de Centroamérica (Chávez, 2017).

Se calcula que los migrantes tienen diez veces mayor riesgo de adquirir el VIH, debido a que la migración facilita que mayor número de personas se relacionen entre sí, y que estén propensos a tener múltiples y recurrentes relaciones sexuales sin protección, intercambiar sexo por drogas o dinero, compartir jeringas para administrar drogas inyectables, tener relaciones sexuales sin condón o tener relaciones sexuales con múltiples parejas, las actitudes sexuales, el conocimiento deficiente sobre el VIH, por ende aumente la probabilidad de transmisión de enfermedades infecciosas, entre ellas el VIH; incluyendo a las personas que son deportadas (Althoff et al., 2013; Muñoz et al., 2013; Guerra-Ordoñez et al., 2017, Parrado, Flippen & McQuiston, 2004; Yáñez-Álvarez, Sánchez-Alemán & Conde-González, 2011).

Se estima que el porcentaje de migrantes que tienen relaciones sexuales con trabajadores/as sexuales comerciales aumenta del 18.1% a 29.4% después de la migración, así como la tasa de uso del condón disminuye de 81.4% a 65.1% (Sánchez et

al., 2012), además del uso de drogas intravenosas (Magis-Rodríguez et al., 2009). Los migrantes enfrentan los riesgos de violación y abuso sexual cuando viajan a través de ciudades fronterizas (Bronfman, Leyva & Negroni, 2004). Las vulnerabilidades antes mencionadas, afectan en gran medida la salud de los migrantes, incluyendo la salud sexual de esta población.

La Organización Mundial de la Salud (2018) define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”. Dentro de la salud sexual, la conducta sexual asertiva es de suma importancia en la prevención del VIH. Diversos estudios demuestran que la asertividad sexual (AS) constituye un componente central de la sexualidad humana, pues se relaciona con diversos aspectos de la respuesta sexual y por ende con la salud sexual. Además, se le considera un factor de protección en situaciones sexuales de riesgo (Osorio-Leyva, Álvarez-Aguirre, Hernández-Rodríguez, Sánchez-Perales & Muñoz-Alonso, 2017; Robles et al., 2006; Santos-Iglesia & Sierra, 2010).

Morokoff et al. (1997) define AS como “la capacidad de iniciar actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, negociar conductas sexuales deseadas y uso del condón en sus relaciones sexuales”. Torres-Obregón, Onofre-Rodríguez, Sierra, Benavides-Torres y Garza-Elizondo (2017) consideran que la conducta sexual asertiva, es el comportamiento mediante el cual una persona defiende sus derechos sexuales al tomar decisiones acerca de su propia sexualidad, sin agredir ni ser agredido, expresar lo que se desea hacer y lo que no, logrando su autoprotección ante una actividad sexual no deseada o insegura.

Existe evidencia del estudio sobre AS desde décadas atrás, en la actualidad esta característica se considera importante para la sexualidad humana, pues a través de ella, se puede evitar la adquisición de graves problemas de salud, entre ellos el VIH. Existen

múltiples factores que pueden influir en la AS de los migrantes, sin embargo, no existe un referente teórico que explique el fenómeno en esta población. Los estudios que aborda la literatura, fueron escasos para explicar este fenómeno en la población migrante, lo que destaca la necesidad de investigaciones relacionadas a la conducta sexual asertiva en migrantes. La revisión de la literatura enfatiza algunas variables que pueden llegar a afectar o facilitar la conducta sexual asertiva, entre ellas, edad, sexo, depresión sexual, escolaridad, estado civil, nivel de conocimientos sobre el VIH, autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo de adquirir el VIH, victimización sexual, permisividad sexual e intención de usar condón (Ruiz-Bugarin, Onofre-Rodríguez, Servin, 2021).

El sexo es una de las variables que puede facilitar o afectar la asertividad, ya que existe discrepancia entre los resultados, debido a que algunos autores mencionan que los hombres tienen más AS que las mujeres (Fontanilla, Bello & Palacio, 2011; Sierra et al., 2008), mientras que otros autores sugieren lo contrario (Santos-Iglesias, Sierra & Vallejo-Medina, 2014; Štulhofer, Graham, Božičević, Kufrin, & Ajduković, 2009). De acuerdo con la revisión de la literatura, se puede constatar que la edad es un factor importante para el desarrollo de la AS, los autores hacen referencia a que las personas más jóvenes tienen más posibilidad de presentar mayor AS (Rickert et al., 2000; Sierra, Vallejo-Medina, Santos-Iglesias, 2011; Sierra et al., 2012). También existe evidencia que contradice lo anterior, ya que indican que las personas con mayor edad presentan mayor AS (Fontanilla et al., 2011).

Un factor de carácter psicológico es la depresión sexual, la cual es parte importante en la sexualidad del individuo y en la AS. La literatura indica que la depresión sexual está asociada con AS (Soler et al., 2016; Vallejo-Medina, Granados, & Sierra, 2014), satisfacción sexual (Snell et al., 1993), erotofilia (Vallejo-Medina et al., 2014), y permisividad sexual (Snell et al., 1992; Snell et al., 1993). Achotegui (2003) afirma que en el contexto del proyecto migratorio la persona se encuentra en lucha

constante por el éxito de la migración, aunado a esto, los migrantes sufren tensión, originada por todas las vulnerabilidades que padecen, con lo cual aparecen síntomas depresivos de carácter sexual. Cabe mencionar que hay autores que sugieren el estudio de la depresión sexual para la comprensión de la conducta sexual asertiva (Torres-Obregón, 2017) por su relación con la victimización sexual (Ilabaca, Fuertes & Orgaz, 2015).

Los factores socioculturales son las características de un individuo que intervienen en un fenómeno determinado, están relacionados con aspectos sociales y culturales de la sociedad, y están determinados por el contexto. Está comprobado que estos factores influyen directamente en la salud de las personas. La escolaridad juega un papel importante, se ha comprobado que las personas que tienen mayor escolaridad tienden a percibirse más saludables, independientemente de su situación económica, lugar de residencia, edad y sexo (Hernández-Velázquez, 2013). Además, una baja escolaridad puede obstaculizar la toma de decisiones con respecto a su salud sexual, y tiene menos probabilidad de negarse a tener sexo (Rickert, Sanghvi, & Wiemann, 2002). La escolaridad también está asociada al nivel de conocimientos sobre el VIH, la literatura sugiere que aquellos con educación media (secundaria y superior), tienen niveles más altos de conocimiento respecto al VIH en comparación con aquellos con escolaridad primaria o menos (Yang, Wu, Shimmele & Li, 2015).

En cuanto al estado civil, se demostró que las personas que tienen pareja formal evitan la práctica de conductas sexuales seguras. Svensson et al. (2018), encontraron que ser soltero está asociado con conductas sexuales de riesgo, tales como sexo casual y no usar condón, mientras que estar casado está asociado a responder de manera positiva a los estímulos sexuales (Sierra et al., 2008). Con respecto al nivel de conocimientos sobre el VIH, este es necesario para que todas las personas puedan estar preparadas para tomar decisiones con respecto a su comportamiento sexual, lo anterior lo afirman Cai et al. (2013), quienes encontraron que la reducción de los comportamientos de riesgo sexual

se relaciona con el conocimiento y/o información acerca de la salud sexual reproductiva, ITS y VIH.

Un elemento de carácter cognitivo es la autoeficacia para usar condón, según la evidencia empírica, las personas que no tienen capacidad para usar condón en sus relaciones sexuales insisten menos sobre su uso, y presentan baja AS (Artz et al., 2002; Lameiras-Fernández, Núñez-Mangana, Rodríguez-Castro, Bretón-López & Agudelo, 2007). Ballester, Gil-Llario, Ruiz-Palomino y Giménez-García (2013), consideran que la escasa autoeficacia para el uso del preservativo explica las conductas de riesgo de transmisión del VIH en jóvenes, pues la anterior no sólo es uno de los factores predictores de la intención del uso del preservativo, sino que en el ámbito del VIH puede contribuir a desarrollar conductas seguras y a mantener la motivación necesaria para una constante prevención, evitando de esta forma la infección por el VIH.

En la revisión de la literatura, se encontró que las percepciones positivas y negativas con respecto a los estímulos sexuales, pueden llegar a afectar la AS. Una de ellas, es la erotofilia-erotofobia, la cual está asociada a AS. Se considera que las personas que se encuentran más próximas al polo positivo del continuo contemplado como erotofilia, procesan, recuerdan información sobre aspectos sexuales, y adoptan medidas anticonceptivas, tienen mayor capacidad para hablar con la pareja sobre aspectos relevantes de sexualidad, en comparación con las personas que se encuentran más cerca del polo negativo contemplado como erotofobia. Blanc, Rojas y Sayans-Jiménez (2017), encontraron que las mujeres migrantes trabajadoras del sexo comercial obtuvieron menor AS, comparada con las mujeres migrantes y con mujeres españolas que no ejercían dicho trabajo.

Otra percepción es la satisfacción sexual, la cual hace énfasis a la evaluación positiva o negativa de la frecuencia y variedad de las actividades sexuales llevadas a cabo, de igual modo, ésta se encuentra asociada a AS. Haavio-Mannila y Kontula (1997) encontraron relación positiva entre satisfacción sexual y AS. Por otra parte, existe

evidencia de que AS se relaciona de forma positiva con deseo sexual (Apt & Hulbert, 1993; Hurlbert, 1991). Blanc et al. (2017) analizaron el deseo sexual en mujeres migrantes, por su importancia en el funcionamiento sexual, los autores encontraron relaciones positivas entre deseo sexual, erotofilia y AS.

Con respecto a las cogniciones o creencias relativas a las conductas de los demás, la literatura considera importante la percepción del riesgo de adquirir el VIH que presentan los individuos, ya que de ello dependerá en gran medida la toma de decisiones con respecto a su conducta sexual asertiva. Uribe-Alvarado, Bahamón, Reyes-Ruíz, Trejos-Herrera y Alarcón-Vásquez (2017) encontraron relación entre baja percepción del riesgo y uso del condón en mujeres con parejas estables y ocasionales.

Continuando con este orden de ideas, autores como Finkehol (1987) indican que la victimización sexual es una experiencia de la cual una persona no puede escapar o evitar, lo que da lugar a sentimientos de impotencia y depresión, lo anterior, podría llevar a la persona a creer que es imposible evitar o prevenir futuras victimizaciones. Morokoff et al. (2009), encontraron asociación entre victimización sexual y AS; Rickert et al. (2002), afirman que tanto las características personales y el historial de abusos son factores predictores importantes en el nivel de AS. Otro factor asociado a AS en los migrantes es permisividad sexual (Snell et al., 1993). Hidalgo et al. (2008) mencionaron que, dependiendo del lugar de origen del migrante, este puede estar expuesto a una cultura más liberal o permisiva con los comportamientos sexuales, con base en esto se esperaría una relación inversa entre ambas variables.

La literatura sugiere que la intención del comportamiento es el antecedente inmediato de la conducta (Fishbein & Ajzen, 1975). Para llevar a cabo una acción, existen implicaciones cognitivas que sugieren que el individuo debe comprometerse a realizar una acción específica en un momento y lugar determinado, además de utilizar estrategias que incrementen la probabilidad de ejecutar dicha acción, pues sin esas estrategias la persona solo se queda con la intención de realizar una acción, sin embargo,

no la ejecuta (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). Chen, Staton, Chen y Li (2013) afirman que la intención de comportamiento se concibe como la probabilidad percibida de que un individuo se involucre en un comportamiento, ya sea sexual o usar condones. En este sentido, existen estudios que asocian la intención de usar condón y AS (Baele, Dusseldorp & Maes, 2001; Roberts & Kennedy, 2006).

Lo anterior muestra un abordaje previo de este fenómeno por diversos estudios que describen la situación actual del problema y su relación con diferentes variables, algunos de ellos presentan pautas para la atención del individuo. Sin embargo, no abordan el tema desde la perspectiva de un modelo o teoría aplicable, que retome las variables antes descritas en conjunto para tratar de explicar la conducta sexual asertiva en la población migrante.

Es necesario añadir, que existen modelos teóricos, uno de conducta sexual asertiva en mujeres, y otro de conducta sexual segura del migrante. El primero, explica la conducta sexual asertiva en mujeres que se encuentran en su contexto social habitual y sin vulnerabilidades como las que presentan los migrantes (Torres-Obregón, 2017). En contraste con el modelo antes mencionado, el modelo propuesto, trata de explicar la conducta sexual asertiva en una población con características diferentes, además, las variables arriba mencionadas consideran las vulnerabilidades a las que esta población se encuentra expuesta debido al fenómeno migratorio. El segundo modelo, explica la Conducta Sexual del Migrante como una transición situacional (Guerra-Ordoñez, 2017), sin embargo, este modelo no contempla el inicio/rechazo de las relaciones sexuales, así como negociar conductas sexuales deseadas, las cuales son indispensables en la sexualidad plena de cualquier individuo.

De acuerdo a lo descrito, resulta necesario realizar un abordaje integral del problema considerando soportes teóricos que permitan la explicación y comprensión del fenómeno. Se considera el abordaje del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), ya que se encuentra enfocado en las conductas promotoras de salud de las personas, como

resultado de la modificación en la conducta se previenen enfermedades y se mejoran los hábitos de salud (Pender et al., 2011). El MPS se encuentra estructurado por elementos como experiencia previa, factores personales, cogniciones e influencias interpersonales y situacionales, que conjuntamente pueden explicar la conducta sexual asertiva en migrantes.

Se puede concretar que el profesional de enfermería, como parte del sistema de salud, contribuya en la reducción de conductas sexuales de riesgo, inicialmente mediante la realización de investigación científica que permita explicar la interacción de variables involucradas en la conducta sexual asertiva en migrantes, y a la vez, identificar dimensiones del conocimiento que puedan contribuir en la fundamentación de futuras intervenciones conductuales efectivas para esta población. El profesional de enfermería puede favorecer las conductas sexuales asertivas en los migrantes a través de la promoción y educación para la salud sexual, y con ello apoyar en la prevención del VIH/sida en esta población.

Por lo descrito, el propósito del presente estudio es analizar los factores determinantes de la conducta sexual asertiva en migrantes, utilizando como sustento teórico el Modelo de Promoción de la Salud.

Marco Teórico Conceptual

El MPS (Pender et al., 2011) propone un marco apropiado para explorar las interacciones entre las variables biológicas, psicológicas, sociales y ambientales, cognitivas e influencias tanto interpersonales como situacionales que explican las conductas de salud de las personas. A continuación, se describe el MPS, así como los conceptos y relaciones que lo integran, posteriormente se presenta la descripción del modelo desarrollado a partir de la subestructuración teórica, así como el esquema de la estructura Teórico-Conceptual-Empírico (TCE) y el modelo propuesto de conducta sexual asertiva en migrantes.

Modelo de promoción de la salud.

El MPS, tiene su origen a partir del modelo de creencias en salud de Becker y de la teoría social cognitiva de Bandura (1977). Se encuentra integrado por nueve conceptos que se ubican dentro de las siguientes tres categorías: 1) características y experiencias individuales (conducta previa relacionada y factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales), 2) cogniciones específicas de la conducta y afecto (beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, autoeficacia percibida, actividades relacionadas al afecto), influencias interpersonales e influencia situacional y 3) resultado conductual (conducta de promoción de la salud).

Además de lo anterior, se integran dos conceptos que no corresponden a las categorías anteriormente mencionadas, estas se ubican entre la cognición específica de la conducta y afecto y el resultado conductual, ya que se considera que influyen directamente en la conducta de promoción de la salud. Dichos conceptos son: 1) demandas y preferencias inmediatas que compiten con la conducta y 2) el compromiso con un plan de acción (Pender et al., 2011).

En la primera categoría, que considera las características y experiencias individuales, se encuentran: la conducta previa relacionada, la cual se encuentra definida como la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado que presenta efectos directos o indirectos de comprometen la conducta de promoción en salud; y los factores personales, definidos como todos aquellos factores que se presentan en un individuo, que pueden ser de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza biológica, psicológica y sociocultural, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una conducta.

La segunda categoría, incluye las cogniciones específicas de la conducta y afectos, los conceptos centrales de este modelo se encuentran agrupados, el primer grupo de conceptos que forman parte de esta categoría son los beneficios, barreras y

autoeficacia percibida, así como el afecto relacionado a la actividad. Los beneficios percibidos de la acción, están definidos como los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud; las barreras percibidas de la acción, son consideradas como las percepciones de los obstáculos, dificultades, y los costos personales de llevar a cabo una conducta de salud; la autoeficacia percibida es un juicio de las capacidades del individuo para lograr un cierto nivel de desempeño, el dominio de la habilidad motiva a los individuos a participar en comportamientos.

Cabe mencionar que los conceptos que están incluidos en esta categoría son considerados centrales, debido a que se son variables específicas de comportamiento y tienen gran importancia motivacional. Continuando con lo anterior, los afectos relacionados de la actividad se definen como las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta. El efecto asociado con el comportamiento refleja una reacción emocional directa o visceral. Es probable que los comportamientos asociados con afecto positivo se repitan, mientras que aquellos asociados con afecto negativo pueden ser evitados.

El segundo grupo de conceptos sobre las cogniciones y afectos incluyen las influencias interpersonales y situacionales. Las influencias interpersonales se encuentran definidas como cogniciones referentes a las conductas, creencias o actitudes de otros, que pueden o no corresponder con la realidad y que influyen en la conducta de la persona. Las principales fuentes de influencia interpersonal en los comportamientos que promueven la salud son la familia, los compañeros y proveedores de servicios de salud, incluyen normas sociales (expectativas de otros), apoyo social (estímulo instrumental y emocional) y modelado (vicario aprendiendo a través de la observación de los demás), estas determinan la predisposición a participar en comportamientos que promuevan la salud.

La influencia situacional está definida como las percepciones y cogniciones de cualquier situación o contexto que facilite o impida la conducta. Las influencias

situacionales sobre la conducta de promoción de la salud incluyen la percepción de opiniones disponibles, características que demandan y rasgos estéticos del ambiente en el que se da una conducta. Estas influencias hacen referencia a las situaciones que surgen de forma imprevista y que pueden afectar el llevar a cabo o no una conducta, según los deseos e intereses de las personas. Los conceptos de esta categoría pueden afectar de forma indirecta siendo un incentivo para comprometerse con un plan de acción o directamente la conducta de promoción de la salud.

La tercera categoría es el resultado conductual, se trata de la conducta de promoción de la salud, la cual está definida como el logro de los resultados de salud positivos en el individuo, las conductas que promueven la salud particularmente integran un estilo de vida saludable, mejora la salud, mejora la capacidad funcional y mejora la calidad de vida en todas las etapas de desarrollo.

Los dos conceptos que no corresponden a las categorías anteriormente mencionadas se ubican entre la cognición específica de la conducta, el afecto, y el resultado conductual. El compromiso con un plan de acción, se considera que afecta de forma directa la conducta de salud, ya que impulsa al individuo a la acción a menos que exista una demanda competitiva que no pueda evitarse o una preferencia competitiva que no sea resistida mediante el impulso que ejerce en los individuos, este depende del nivel de compromiso que presenta el individuo, a su vez depende en gran medida de las categorías anteriores. El segundo concepto es el de demandas y preferencias inmediatas que compiten con la conducta, estas hacen referencia a las conductas alternas que intervienen en la conciencia como posibles cursos de acción inmediatamente antes de la conducta promotora de salud planeada y pueden desviar a la persona de realizar la conducta planeada.

Las demandas son consideradas como conductas alternas sobre las cuales los individuos tienen un bajo nivel de control como responsabilidades del trabajo o familia, cuando el individuo no atiende estas demandas puede tener efectos desfavorables en

él/ella u otras personas importantes para él/ella. Las preferencias que compiten con las conductas son vistas como conductas alternas con el poder para reforzar las propiedades sobre las cuales los individuos tienen relativamente alto nivel de control. Mientras, las preferencias pueden desviar a la persona de la conducta promotora de salud, a favor de la conducta que compite. La capacidad de resistir a la preferencia depende de la capacidad de autorregulación (Pender et al., 2011).

El MPS pretende explicar cómo las personas interaccionan con el entorno cuando intentan obtener el estado óptimo de salud, hace hincapié en las características personales del individuo, así como en sus experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales que están relacionados con los comportamientos o las conductas que pretenden lograr (Figura 1).

El modelo propone las siguientes proposiciones teóricas:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipa los beneficios derivados valorados de forma personal.
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. Mayor autoeficacia percibida resulta en menores barreras percibidas a una conducta específica de salud.
6. Afecto positivo hacia una conducta resulta en una mayor autoeficacia percibida, el cual incrementa el afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.

8. Las personas tienen más probabilidad de compromiso y adoptar conductas promotoras de salud, cuando otros modelos de conductas significantes suponen que la conducta ocurra y que la asistencia y el apoyo permitan la conducta.
9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.
10. Tanto las influencias situacionales y el ambiente externo pueden incrementar o disminuir el compromiso a la participación en conductas promotoras de salud
11. Cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud

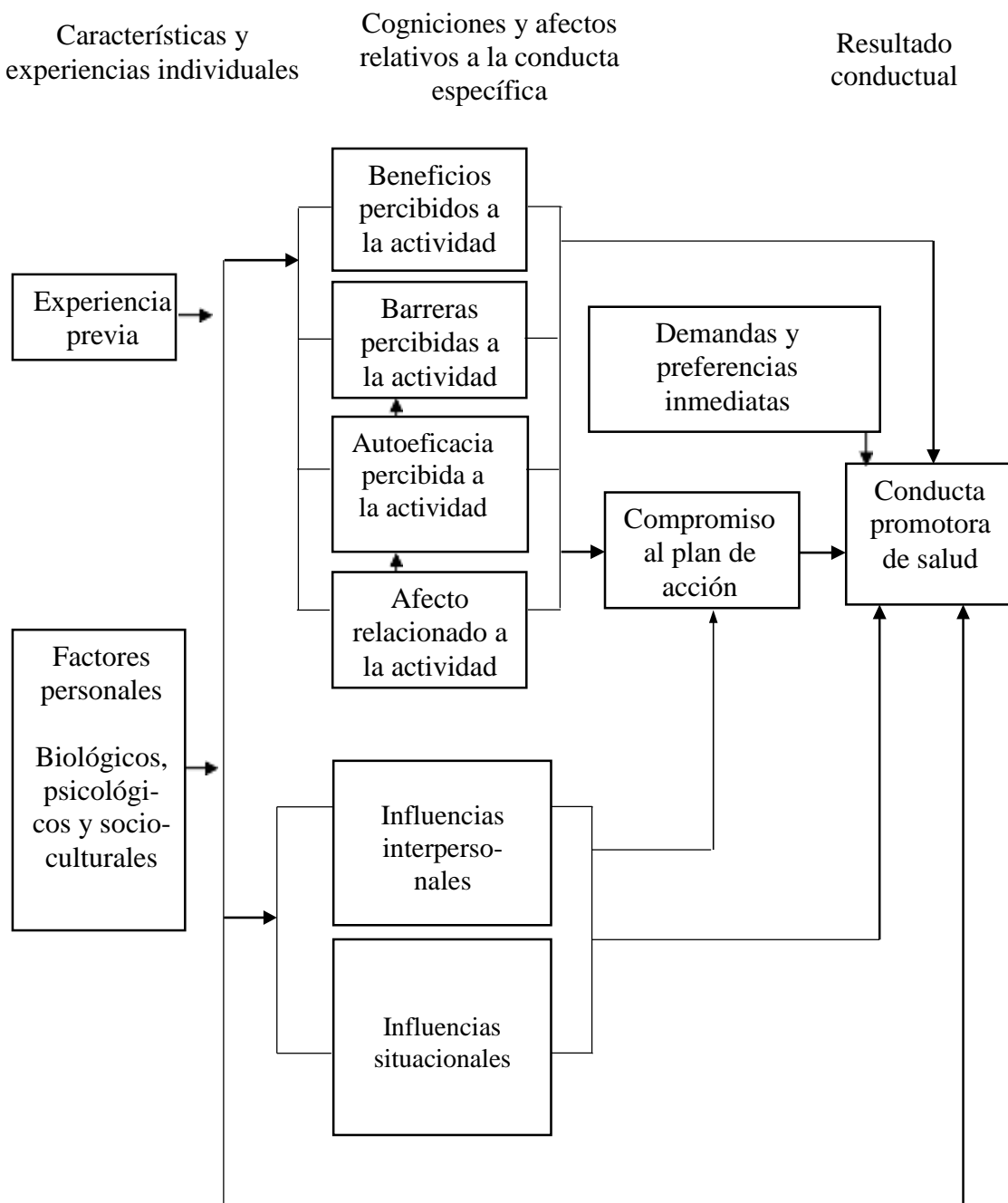


Figura 1. Se presenta el esquema de la interrelación de los conceptos del Modelo de Promoción de la Salud (Pender et al., 2011).

Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes (MCSAM)

El MCSAM propone una serie de conceptos y sus relaciones que tratan de explicar la conducta sexual asertiva en migrantes (figura 2). Este modelo fue desarrollado a partir de la subestructuración teórica del MPS, de acuerdo con los pasos propuestos por Dulock y Holzemer (1993), así como de la literatura relacionada a la AS. El primer paso es identificar y aislar los principales conceptos, el segundo, especificar las relaciones entre los conceptos, el tercero, ordenar jerárquicamente los conceptos de acuerdo con su nivel de abstracción, y el cuarto, ilustrar las relaciones actuales entre las variables.

En la figura 3, se presenta el Esquema teórico-conceptual-empírico (TCE), el cual está constituido por el sistema teórico, compuesto por los constructos del MPS y de los conceptos del modelo que se propone a continuación; y del sistema operacional, compuesto por indicadores empíricos (Dulock & Holzemer, 1993). Para fines de este estudio, a partir del MPS se seleccionaron los siguientes conceptos: factores personales, autoeficacia percibida para la actividad, afectos relacionados a la conducta, influencias interpersonales, influencias situacionales, compromiso para un plan de acción, y la conducta promotora de salud. A continuación, se describen los conceptos propuestos por el MCSAM.

Factores personales. Pender et al. (2011) consideran como factores personales los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que moldean a una persona a lo largo de su vida. Los factores personales biológicos están representados por sexo y edad, y son definidos de la siguiente manera, sexo se define como las características biológicas del migrante que lo distinguen como hombre o mujer, y edad es definida como los años de vida que tiene el migrante. El sexo y la edad son características generales del migrante no modificables. Con respecto al sexo, existen discrepancias de que si el hombre o la mujer presentan mayores puntuaciones en AS (Haavio-Mannila &

Kontula, 1997; Sierra et al., 2008). En el caso de la edad, existen estudios que contradicen la relación entre la edad y la AS (Rickert et al., 2002; Sierra et al., 2011).

El factor psicológico está representado por depresión sexual. Este es considerado como un criterio comportamental, cognitivo y afectivo que está presente en la calidad de vida de las personas y repercute en el estado de salud y en las prácticas de salud (Núñez et al., 2010). Según Soler et al. (2016) y Vallejo-Medina et al. (2016), la depresión sexual puede afectar de forma significativa a AS. En el contexto de la migración, la persona se encuentra en busca del éxito de la migración, además, sufre tensión originada por las vulnerabilidades que padecen, con lo cual aparecen síntomas depresivos de carácter sexual, debido a que estas situaciones estresantes disminuyen la producción de testosterona y estrógenos (Achotegui, 2003). Además, también encontró que la calidad de vida se ve afectada por depresión sexual (Pinedo, 2008). En este sentido, depresión sexual es definida como los sentimientos de tristeza que experimenta el migrante sobre su capacidad para relacionarse sexualmente con otro individuo.

Los factores socioculturales son características relativas al estado cultural y social de cada individuo, están determinados por el contexto en el que un individuo vive, además, pueden influir en los problemas de salud de las personas. Para este estudio, los factores culturales están representados por escolaridad, estado civil y nivel de conocimientos sobre el VIH. En cuanto a la escolaridad se considera como el periodo de tiempo (años) que un migrante se ha dedicado a estudiar en educación formal. Se demostró que el bajo nivel escolar se relaciona con baja AS (Rickert et al., 2002). Por lo que respecta al estado civil, este se refiere a la condición legal de una persona con respecto a la situación de su relación. Algunos estudios demuestran que las personas casadas presentan baja AS (Rickert et al., 2000), no obstante, la literatura afirma que las personas solteras presentan uso consistente del condón (Svensson et al., 2018).

Mediante el conocimiento, el ser humano construye su propia realidad para poder tomar decisiones con respecto a la misma. Por ello el nivel de conocimientos

sobre el VIH es de suma importancia, debido que, a partir de ello, el migrante construye su realidad frente al riesgo de adquirir el VIH y tomar decisiones para prevenirlo. El nivel de conocimientos se define como un conjunto de información que el migrante posee acerca de las medidas de prevención y de transmisión del VIH. Existe evidencia que sugiere que el nivel de conocimiento sobre el VIH/sida se relaciona de forma positiva con AS.

Autoeficacia percibida para la acción. Para Pender et al. (2011), es el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida para la acción está representada por la autoeficacia para usar condón. Algunos estudios demuestran que las personas que presentan altos niveles de autoeficacia en el uso del condón presentan niveles altos de AS (Osorio-Leyva et al., 2017; Uribe-Alvarado et al., 2017). La autoeficacia para usar condón se define como la percepción que tiene el migrante sobre las capacidades propias para usar el condón.

Los afectos percibidos para la acción. Los afectos percibidos para la acción del MPS están representados por la erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual. Estos se refieren a las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, hacia una conducta sexual asertiva. La erotofobia-erotofilia ha tratado de ser definida por algunos autores como la tendencia aprendida de responder ante estímulos sexuales, estas respuestas pueden ser positivas (erotofilia) o negativas (erotofobia), es medida a través de un continuum, donde las puntuaciones bajas enmarcan las respuestas negativas (erotofobia) al estímulo sexual, y las puntuaciones más altas reflejan las respuestas positivas (erotofilia) ante el estímulo sexual. Las personas más próximas al polo positivo muestran emociones y evaluaciones más favorables ante la estimulación sexual que les conducen a la búsqueda de estímulos sexuales. Existe evidencia que sugiere que la erotofilia está relacionada de manera positiva con AS (Blanc et al., 2017; Blanc, 2013; Sierra et al., 2008). La erotofobia-

erotofilia, pueden considerarse como emociones y sensaciones negativas y positivas que expresan los migrantes ante estímulos sexuales.

Otro afecto percibido es la satisfacción sexual, la cual ha sido definida por Byers, Demmons y Lawrance (1998) como respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales. La importancia de la satisfacción sexual radica en que puede determinar el bienestar de esta y la calidad de vida en general (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina & Sierra, 2009). Se han encontrado relaciones positivas entre satisfacción sexual y AS. Con base en lo anterior, se considera la satisfacción sexual como la respuesta afectiva derivada de la evaluación del grado de satisfacción en la relación sexual que tiene el migrante.

Por otra parte, el deseo sexual es definido por Kaplan (1977) como las sensaciones que motivan a un individuo a iniciar o ser receptivo de un acto sexual ante un estímulo sexual, ya sea interno o por un externo. Sierra, Zubeidat, Carretero-Dios, y Reina (2003) lo definen como un estado de sentimientos subjetivos que se desencadena por una serie de estímulos externos e internos, manifestándose a nivel conductual. La literatura sugiere que los factores por los que el migrante pasa durante su trayecto, influyen en la forma de responder a estímulos sexuales, como consecuencia de esto, se inhibe el interés sexual (Achotegui, 2003). Sin embargo, se han encontrado relación positiva entre deseo sexual y AS (Blanc et al., 2017). El deseo sexual se considera como las sensaciones desencadenadas por estímulos externos e internos, que provocan el inicio de la actividad sexual del migrante con otra persona o consigo mismo.

Influencias interpersonales. Las influencias interpersonales en el MPS están representadas por la percepción del riesgo de adquirir el VIH y victimización sexual. La percepción del riesgo de adquirir el VIH está considerada por Berenguera, Alameda, Violan y Pujol-Ribera (2012) como un pensamiento construido por la experiencia subjetiva de la vida cotidiana, a partir del contexto social y cultural. A medida que las personas perciben que tienen riesgo para adquirir el VIH, ya sea por las expectativas que

tienen de personas o por la observación del comportamiento de los demás, podrían hacer uso consiente de métodos para prevenir ITS e incluso embarazos no deseados (Li et al., 2004; Napper, Fisher & Reynolds, 2012). Se ha encontrado relación positiva entre la percepción del riesgo de adquirir el VIH y AS (Taiwo, 2015). La percepción del riesgo de adquirir el VIH se puede considerar como la percepción subjetiva del migrante sobre el riesgo de adquirir el VIH, determinada por juicios de probabilidad, vulnerabilidad, preocupación e importancia del riesgo.

En cuanto a la victimización sexual, los estudios han demostrado que tienen un impacto en la salud y en la AS de las personas (Morokoff et al., 2009; Zerubavel & Messman-Moore, 2013). La victimización sexual involucra todas las formas de violencia sexual (contacto sexual, coerción sexual, intento de violación y violación), con antecedente de abuso sexual en la infancia, y abuso sexual en la adolescencia y en la edad adulta (Koss et al., 2007). En el contexto de la migración, las poblaciones locales donde se encuentran los migrantes, se establece un escenario de interacciones, en el que se identifican vulnerabilidades frente a las ITS/VIH/sida, ejemplo de ello es violación a los derechos humanos, por su condición de subordinación y sometimiento, son víctimas de abusos sexuales, sobornos e incluso sexo transaccional (Bronfman et al., 2004; Pérez-Archundia, 2013). Se ha encontrado relación negativa entre victimización sexual y AS (Morokoff et al., 2009; Zerubavel & Messman-Moore, 2013). La victimización sexual está definida como las prácticas sexuales que tiene el migrante sin su consentimiento, ya sean obligadas, por medio de mentiras, por su estado de conciencia, amenazas o por el uso de la fuerza.

Influencias situacionales. Las influencias situacionales del MPS se encuentran representadas por la permisividad sexual. La permisividad sexual es definida por Cañizo-Gómez et al. (2010), como una actitud flexible ante las diversas prácticas sexuales, en presencia o ausencia de vinculación afectiva, hacen énfasis en que su finalidad es la satisfacción, y que está influida por factores personales y socioculturales.

Derivado del cambio del contexto, y según el origen del migrante, este puede estar expuesto a una cultura más liberal o permisiva con los comportamientos sexuales (Hidalgo et al., 2008). Se encontró relación positiva entre permisividad sexual y AS en mujeres (Haavio-Mannila & Kontula, 1997). Para este estudio, la permisividad sexual es definida como la creencia que tiene el migrante acerca del sexo casual libre de culpa.

Compromiso para un plan de acción. El compromiso para un plan de acción está representado por la intención de usar condón, Pender et al. (2011) considera que el compromiso con un plan de acción afecta de forma directa la conducta de salud, pues impulsa al individuo a la acción, a menos que exista una demanda competitiva que no pueda evitarse o una preferencia competitiva que no sea resistida mediante el impulso que ejerce en los individuos. Lo anterior depende del nivel de compromiso que presenta el individuo, a su vez depende en gran medida de las categorías anteriores, con una intención más elevada, es más probable que siga el comportamiento o la ejecución de la conducta.

La intención de usar condón es definida por Tingey et al. (2017) como un predictor establecido del comportamiento del uso del condón, por su parte Chen et al. (2013) lo definen como la probabilidad percibida de que un individuo se involucre en un comportamiento específico. Aunque la literatura demuestra que mayor AS se relaciona con la intención de usar condón (Baele et al., 2001; Roberts & Kennedy, 2006), se requiere que el migrante realice un proceso cognitivo, donde adquiriera un compromiso de llevar a cabo una acción, especificando en un momento y lugar, así como identificar las estrategias definitivas para obtener, llevar a cabo y reforzar la conducta sexual asertiva en migrantes. La intención de usar condón se puede considerar como el propósito que tiene el migrante de usar condón en sus próximas relaciones sexuales o en un periodo considerado de tiempo.

Conducta de promoción de la salud. La conducta promotora de salud está destinada al logro de resultados de salud positivos en el individuo. La conducta

promotora de salud está representada por la conducta sexual asertiva en migrantes. En el contexto de la salud sexual, la conducta sexual asertiva está determinada por la capacidad de las personas para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y emplear métodos anticonceptivos, desarrollando comportamientos sexuales saludables; se basa en el derecho humano a la autonomía, que asume que las personas tienen derecho a elegir sobre su propia experiencia y actividad sexual (Morokoff et al., 1997). La conducta sexual asertiva es definida como la capacidad que el migrante posee para iniciar, rechazar actividad sexual y utilizar métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos e ITS.

Con base a las vinculaciones anteriores y a la subestructuración teórica, el modelo de la conducta sexual asertiva en migrantes sugiere las siguientes proposiciones:

1. El sexo, edad, depresión sexual, escolaridad, estado civil, y nivel de conocimientos sobre el VIH influyen en las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y en la conducta sexual asertiva en migrantes.
2. Las cogniciones y afectos relacionados a la conducta tienen un efecto mediador entre las características personales y la intención de usar condón.
3. Las cogniciones y afectos relacionados a la conducta tienen un efecto mediador entre las características personales y la conducta sexual asertiva en migrantes.
4. La intención de usar condón es un mediador entre las características personales y la conducta sexual asertiva en migrantes.
5. Las cogniciones y afectos relacionados a la conducta influyen en la intención de usar condón y en la conducta sexual asertiva.
6. La intención de usar condón es un mediador entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta y la conducta sexual asertiva en migrantes.
7. La erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual influyen en la autoeficacia para usar condón.

8. La autoeficacia para usar condón es un mediador entre la erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, y la intención de usar condón.
9. La autoeficacia para usar condón es un mediador entre la erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, y la conducta sexual asertiva.
10. La intención de usar condón influye en la conducta sexual asertiva en migrantes.

Figura 2. Modelo de conducta sexual asertiva en migrante (MCSAM)

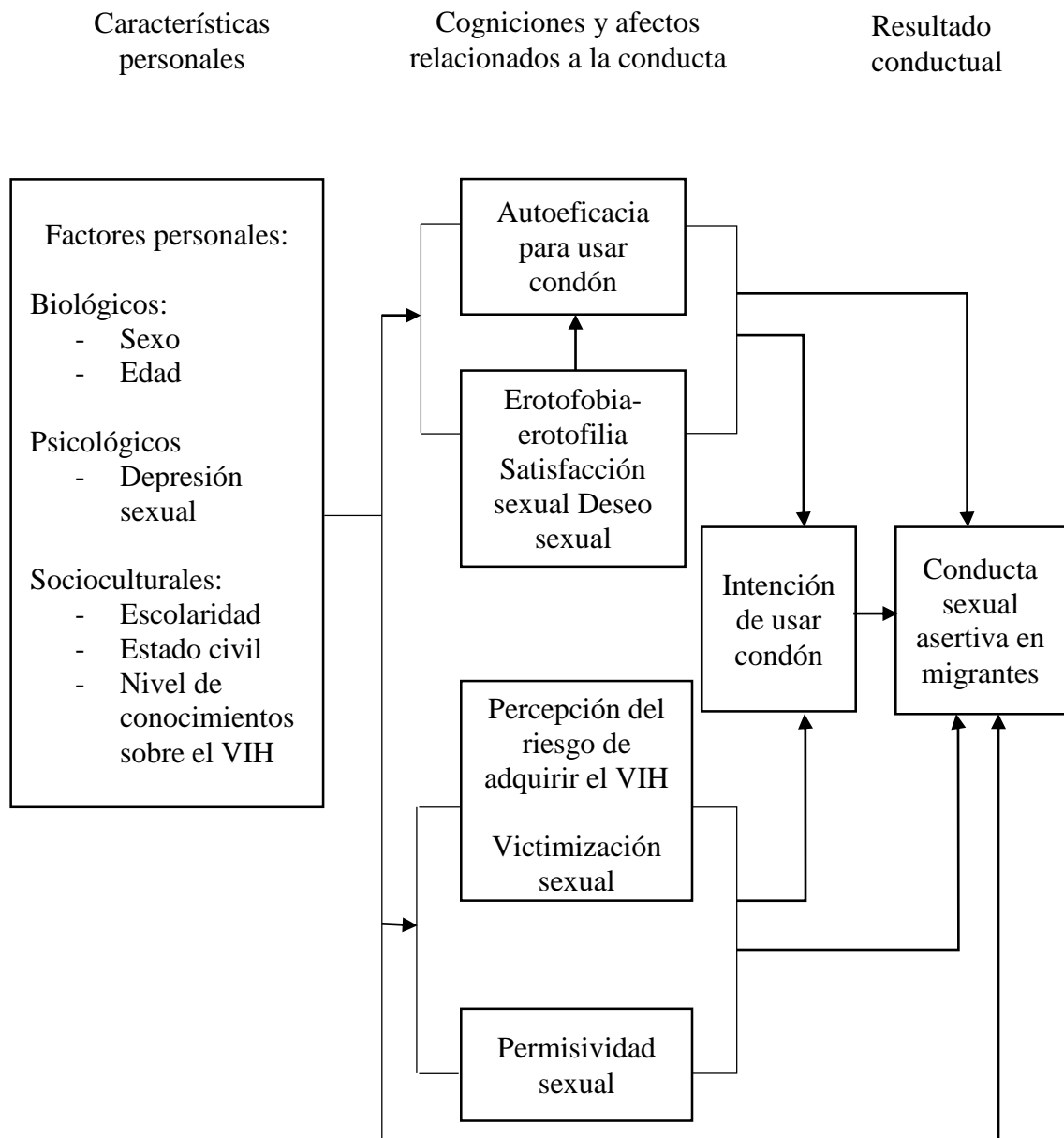
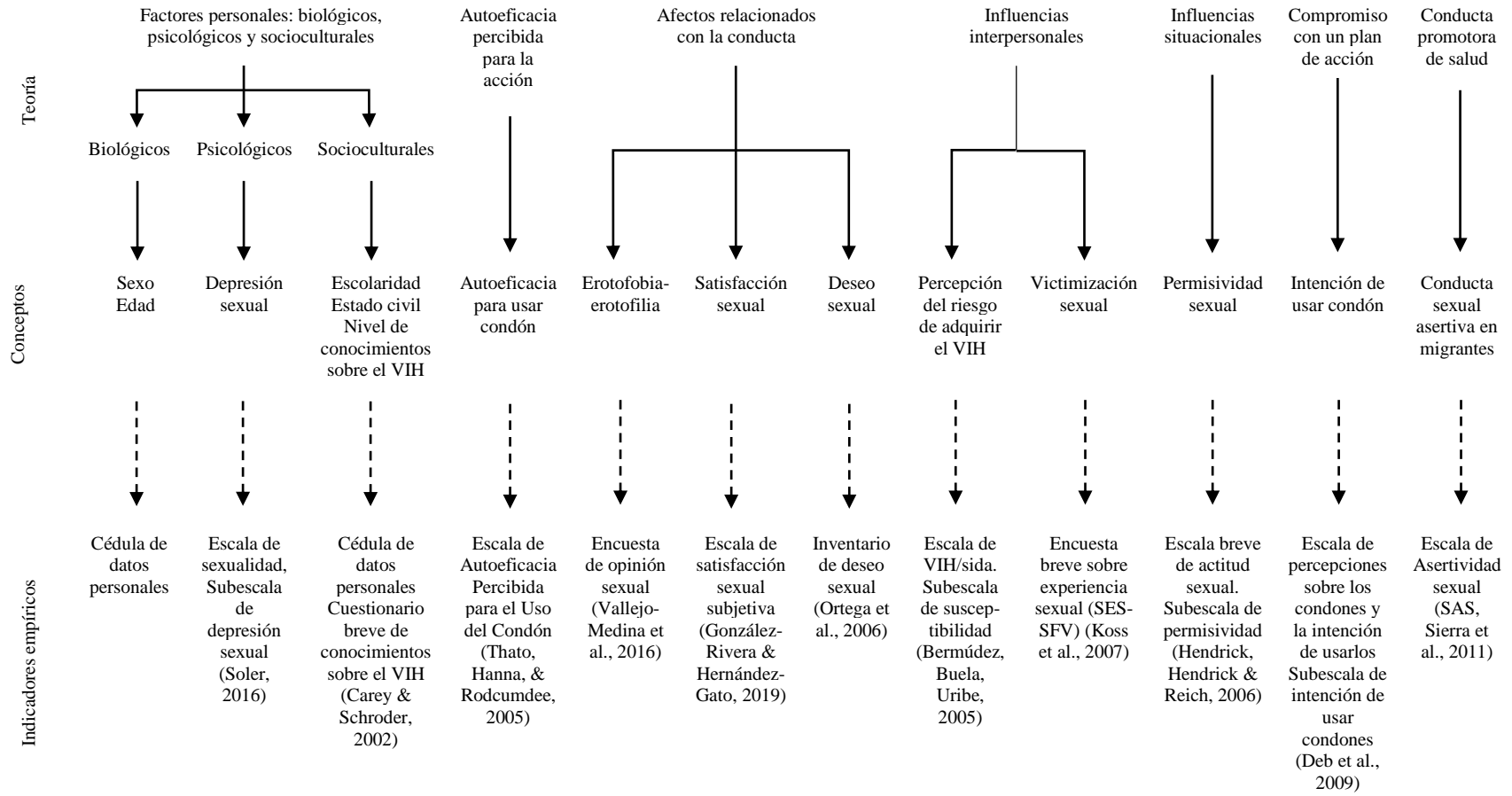


Figura 3. Estructura Teórico-Conceptual-Empírico, del Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes (MCSAM)



Estudios Relacionados

A continuación, se presentan estudios relacionados con las variables de interés, cabe mencionar que la mayoría de los estudios encontrados no fueron realizados en población migrante, ya que la literatura con respecto a la AS es limitada en esta población.

Sexo.

Sierra, Santos-Iglesias y Vallejo-Medina (2012) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la equivalencia de la escala de asertividad sexual (AS), mediante modelos de ecuaciones estructurales y funcionamiento diferencial entre hombres y mujeres. El tamaño de la muestra fue de 4034 participantes, originarios de 21 provincias españolas. El instrumento que utilizaron fue Sexual Assertiveness Scale ([SAS] Morokoff et al., 1997; Sierra et al., 2011). Los resultados mostraron puntuaciones estadísticamente similares entre hombres y mujeres en AS de inicio en las edades comprendidas de 18 a 34 años ($t_{(1289)} = -0.39, p = .69$) y de 35-49 años ($t_{(1289)} = 0.43, p = .66$); encontraron mayor AS de rechazo en mujeres en edades comprendidas de 18-34 años ($t_{(1390)} = -16.51, p < .001$) y en la AS de uso de métodos para prevenir Embarazos-Enfermedades de Transmisión Sexual (E-ETS) ($t_{(1289)} = -11.05, p < .001$).

Pierce y Hulbert (1999) realizaron un estudio para medir la fiabilidad de la Hulbert Index of Sexual Assertiveness (HISA), en dos muestras de adultos. La primera muestra, considerada como la muestra no clínica estuvo compuesta por 54 sujetos, entre 24 a 35 años, y la segunda muestra clínica estuvo compuesta por 46 sujetos, desde los 19 a los 38 años, en ambas muestras los participantes eran de diferente nacionalidad. Utilizaron el HISA para medir la AS. Los resultados presentaron mayor AS en los hombres que en las mujeres en ambas muestras, en la no clínica ($t_{(52)} = 6.25, p < .001$) y en la clínica ($t_{(44)} = 3.64, p < .01$).

Haavio-Mannila y Kontula (1997) realizaron un estudio para examinar los predictores de la satisfacción sexual física tanto en hombres y mujeres en edades de 18 a 74 años. La muestra estuvo compuesta por 2250 participantes, de los cuales 1146 eran mujeres y 1104 hombres. Encontraron que, por diferencia de género, los hombres ($M = 10$, $p < .001$) presentaban mayor AS que las mujeres ($M = 9.2$, $p < .05$). Además, encontraron que la satisfacción sexual se relacionaba de forma positiva con al AS en ambos (hombres $r = .32$, $p < .001$; mujeres $r = .40$, $p < .001$).

Sierra et al. (2008) realizaron un estudio para explicar el efecto (erotofobia-erotofilia) de la estimulación sexual en la conducta sexual humana, con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de la Escala de Opinión Sexual. La muestra fue de 1383 participantes. Los resultados muestran que en las diferencias por sexo, se encontró que los hombres presentaron mayores puntuaciones (erotofilia) que las mujeres, por ende los hombres fueron más erotofílicos ($F_{[1, 1381]} = 204.40$, $p < .001$).

Štulhofer et al. (2009) realizaron un estudio para valorar la vulnerabilidad y los riesgos ante al VIH/sida entre adultos jóvenes en Croacia. La muestra estuvo compuesta por 1093 participantes. Los resultados del análisis de regresión por género, para predecir el riesgo con respecto a AS en los últimos 12 meses mostraron que las mujeres eran sexualmente más asertivas ($t = 761.93$, $p < .01$), y tenían mejor conocimiento sobre el VIH/sida ($t = -2.25$, $p < .05$) que los hombres.

Fontanilla et al. (2011) realizaron un estudio para describir el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes escolarizados. La muestra estuvo compuesta por 556 adolescentes que se encontraban inscritos en instituciones educativas públicas y privadas, de los cuales 290 eran hombres y 266 eran mujeres. Los resultados muestran relación positiva entre el uso de los métodos de protección sexual y reproductivos, con AS, en la población masculina ($X^2 = 20.58$, $p < .001$), pero en la población femenina no se encontró relación ($X^2 = 7.78$, $p < .100$).

Sierra et al. (2014) realizaron un estudio para analizar el funcionamiento sexual en personas mayores, y el efecto que tienen la edad, la AS, las actitudes sexuales. La muestra estuvo compuesta por 405 participantes, con edades entre los 55 y 80 años. Para medir la AS, utilizaron la versión española del Hulbert Index of Sexual Assertiveness (HISA), con un alfa de Cronbach $\alpha = .70$. Los resultados muestran relación negativa entre la AS y la edad, en hombres ($r = -.43, p < .001$) y en mujeres ($r = -.27, p < .001$).

Síntesis: El sexo es una variable sociodemográfica importante que considerar con respecto a la conducta sexual asertiva en migrantes. Existe discrepancia entre los resultados de la literatura, debido a que algunos autores mencionan que los hombres tienen más AS que las mujeres, mientras que otros autores sugieren lo contrario. Incluso, por diferencia de género se encuentran otras características importantes que pueden influir en la conducta sexual asertiva, como el conocimiento sobre el VIH y la erotofilia, los cuales se presentan de manera diferente en cada uno.

Edad.

Sierra et al. (2011) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de la versión en español del Sexual Assertiveness Scale (SAS) en una muestra española. La muestra estuvo compuesta por 853 personas, de los cuales 400 eran hombres y 453 mujeres. Utilizaron los siguientes instrumentos, la SAS y el Hulbert Index Sexual Assertiveness (HISA).

Los resultados muestran que en edades comprendidas de 18 a 35 años las medias en las puntuaciones fueron más altas en la subescala de AS en el uso de métodos anticonceptivos ($M = 17.40, DE = 6.4$), en comparación de las edades de 36 a 49 ($M = 15.93, DE = 6.04$) y en edades de 50 a 71 años ($M = 12, DE = 5.64$). Los participantes cuyas edades oscilaban entre los 36 y los 49 años mostraron mayores puntuaciones en las subescalas de AS de rechazo ($M = 14.02, DE = 5.61$) y en la actividad sexual de inicio ($M = 15.34, DE = 4.30$).

Sierra et al. (2012) realizaron un estudio con el propósito de evaluar la equivalencia de la SAS mediante modelos de ecuaciones estructurales y funcionamiento diferencial del ítem entre hombres y mujeres. La muestra en el estudio fue de 4034 participantes, originarios de 21 provincias españolas. Los resultados mostraron puntuaciones estadísticamente similares entre hombres y mujeres en AS de inicio en las edades comprendidas de 18 a 34 años ($t_{(1289)} = -0.39, p > .05$) y en 35-49 años ($t_{(1289)} = 0.43, p > .05$), encontraron diferencias significativas en las edades comprendidas 18-34 años en la dimensión de AS rechazo ($t_{(1390)} = -16.51, p < .001$), y en la dimensión de AS uso de métodos para prevenir embarazos-enfermedades de transmisión sexual (E-ETS) ($t_{(1289)} = -11.05, p < .01$).

Rickert et al. (2000) examinaron la prevalencia y los predictores de baja AS entre las mujeres sexualmente activas. La muestra estuvo compuesta por 904 mujeres (americanas, afroamericanas y mexicana-estadounidenses), y agrupada por edad (14-17 años, 18-21 años, y 22 a 26 años). Encontraron que el grupo de edad que presentó niveles más bajos de AS fue el de 22 a 26 años. Además, encontraron que las mujeres de 18 a 21 años tenían mayor probabilidad de presentar niveles más altos de AS que las mujeres mayores ($OR = 1.79, IC\ 95\% [0.62, 2.01], p < .001$).

Fontanilla et al. (2011) realizaron un estudio para describir el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes escolarizados. La muestra estuvo compuesta por 556 adolescentes que se encontraban inscritos en instituciones educativas públicas y privadas, de los cuales 290 eran hombres y 266 eran mujeres. Utilizaron el cuestionario de Salud sexual y reproductiva (CRS-FM), el cual evalúa conocimientos, habilidades de AS y toma de decisión en los comportamientos sexuales y reproductivos. Se encontró asociación positiva entre la edad y AS en la población masculina ($X^2 = 37.545, p < .001$), las categorías establecidas por edad fueron de 10 a 13 años y de 14 a 16 años, donde los adolescentes se consideran poco capaces de iniciar, rechazar y negociar conductas

relacionadas con la salud sexual y reproductiva; sin embargo, en la categoría de los de 17 a 19 años, se consideran muy capaces.

Vallejo-Medina y Sierra (2015) realizaron un estudio para comparar la AS entre consumidores de diferentes tipos de drogas. La muestra estuvo compuesta por 556 usuarios de drogas. Utilizaron la escala de AS de Morokoff et al. (1997), la cual presentó una confiabilidad de $\alpha = .80$. Los resultados muestran que, los factores relacionados a la AS en jóvenes son el placer ($r = .15, p < .01$) y el deseo ($r = .20, p < .01$); en los adultos, los factores relacionados son el placer ($r = .18, p < .01$), el deseo ($r = .22, p < .01$) y el orgasmo ($r = .27, p < .01$); mientras que en los adultos mayores los factores relacionados a la AS son el placer ($r = .30, p < .01$) y el orgasmo ($r = .25, p < .05$).

Síntesis: La edad es un factor importante para el desarrollo de la AS, las personas más jóvenes tienen más posibilidad de presentar mayores puntuaciones de AS. Sin embargo, también existe evidencia contradictoria, ya que algunos autores consideran que las personas con mayor edad presentan mayores puntuaciones de AS.

Depresión sexual.

Soler et al. (2016) realizaron un estudio instrumental que tenía por objetivo traducir, adaptar y validar la escala de sexualidad (SS) de Snell y Papini (1989) en su versión breve tanto en hombres como en mujeres. La muestra estuvo compuesta por 1167 personas (646 de Colombia y 521 de España). Encontraron que la depresión sexual tuvo relación negativa con la AS de inicio, en ambas muestras (Españoles: $r = -.30, p < .01$; Colombianos: $r = -.39, p < .01$).

Snell et al. (1992) desarrollaron un estudio con el propósito de evidenciar desde dos estudios separados la validez de la escala de sexualidad (SS). En el primer estudio, la muestra estuvo compuesta por 386 participantes. Los resultados del estudio muestran diferencias en la relación entre la depresión y la permisividad sexual, ya que en hombres

no se muestra dicha relación ($r = -.03, p > .05$), mientras que en las mujeres muestra relación positiva ($r = .14, p < .05$).

Continuando con lo anterior, en el segundo estudio, la muestra estuvo compuesta por 175 participantes, utilizaron la SS, así como otras escalas que evaluaban la depresión, y la escala de preocupación sexual que incluye una subescala de AS (Sexual Awareness Inventory [SAQ], Snell, Fisher & Miller, 1991). Se consideró relación negativa entre la AS y la depresión sexual, como parte de la validez convergente. Los resultados mostraron que, la SS presentaba un coeficiente de fiabilidad de $\alpha = .93$ en la subescala de depresión sexual. Los resultados muestran correlación negativa entre depresión sexual y AS, tanto en hombres ($r = -.59, p < .001$) como en mujeres ($r = -.41, p < .001$).

Snell et al. (1993) realizaron un estudio cuyo propósito fue desarrollar y validar un instrumento autoreporte de las dimensiones de la sexualidad (Multidimensional Sexuality Questionnaire [MSQ]). Los datos fueron recolectados por tres muestras separadas; la primera muestra consistió en 386 participantes, la segunda muestra 125 participantes y la tercera muestra consistió en 190 participantes.

Los instrumentos que utilizaron fueron los siguientes: para medir la depresión sexual utilizaron la subescala de depresión sexual de la escala de sexualidad (SS), la cual obtuvo un $\alpha =$ de .92; para medir la satisfacción sexual se utilizó la subescala de Communal and Exchange sexual orientation, la cual obtuvo un $\alpha =$ de .90; para la AS se utilizó una subescala del Sexual Awareness Inventory (SAQ), la cual obtuvo un $\alpha = .77$. Los resultados muestran que la depresión sexual se relacionó negativamente con la satisfacción sexual ($r = -.76, p < .001$), de manera positiva con la permisividad sexual ($r = .12, p < .05$), y negativa con AS ($r = -.36, p < .001$).

Vallejo-Medina et al. (2016) realizaron un estudio para validar una versión corta de la Escala de sexualidad (SS). La muestra estuvo compuesta por 1167 participantes de dos países Colombia y España. En la muestra de colombianos encontraron que la

depresión sexual se relaciona negativamente con AS de inicio ($r = -.38, p < .01$). Con respecto a la erotofobia-erotofilia, se encontró relación negativa ($r = -.18, p < .01$). Únicamente en la muestra de españoles, la depresión sexual tuvo relación negativa con AS inicio ($r = -.26, p < .01$).

Síntesis: La depresión sexual es parte importante en la sexualidad del individuo y en AS, la literatura sugiere que las personas que presentan depresión sexual están asociadas con niveles bajos de AS. Además, se encontró relación negativa con satisfacción sexual y erotofilia. Sin embargo, presenta relación positiva con permisividad sexual.

Escolaridad.

Rickert et al. (2002) realizaron un estudio sobre la AS entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes, el cual tuvo como objetivo examinar cómo la AS percibida varía según las características demográficas, los comportamientos de la salud sexual y la historia de violencia. La muestra estuvo compuesta por 904 mujeres. Con respecto a la escolaridad, encontraron que las mujeres que presentaban bajo nivel escolar eran menos propensas a detener los juegos previos a la actividad sexual ($OR = 1.75$ IC 95% [1.01, 3.07], $p < .05$) y a negarse a tener sexo ($OR = 1.81$ IC 95% [1.03, 3.1], $p < .05$).

Haavio-Mannila y Kontula (1997) realizaron un estudio para examinar los predictores de la satisfacción sexual física tanto en hombres y mujeres en edades de 18 a 74 años. La muestra estuvo compuesta por 2250 participantes, de los cuales 1146 eran mujeres y 1104 hombres. Encontraron relación positiva entre escolaridad alta con AS en mujeres ($r = .14, p < .001$).

Yang et al. (2015) realizaron una investigación con el objetivo de examinar los conocimientos sobre el VIH que presentaban trabajadores migrantes hombres en China. La muestra estuvo compuesta por 939 hombres, que migran comúnmente del área rural a la urbana. Los resultados arrojaron que la escolaridad era un factor para poseer

conocimientos sobre el VIH, puesto que los migrantes con estudios a partir de secundaria nivel medio superior y superior presentaban mayor conocimiento sobre el VIH en comparación con los migrantes que únicamente tenían primaria o menos ($\beta = 1.121$, $IC95\%$ [.648-1.593], $p < .001$).

Síntesis: Con respecto a la escolaridad, algunos autores consideran que la escolaridad alta está asociada a niveles altos de AS, además, que esta repercute en otros aspectos como el conocimiento sobre el VIH y el uso del condón. Sin embargo, existe inconsistencia en esta información, ya que la evidencia empírica muestra que otros autores sugieren que escolaridad baja está relacionada con AS de rechazo.

Estado civil.

Rickert et al. (2000) realizaron un estudio para examinar la prevalencia y los predictores de baja AS entre las mujeres sexualmente activas, la muestra fue comparada en tres grupos de edad (14-17 años, 18-21 años, y 22 a 26 años), estuvo compuesta por 904 mujeres blancas, afroamericanas y mexicana-estadounidenses que acudieron a clínicas de planificación familiar. Encontraron que el grupo de 18 a 21 años de edad, la baja AS se relacionó con la creencia de que su pareja sexual era monógama ($OR = 2.6$, $IC 95\%$ [1.12, 3.15], $p < .05$), y con estar casada o viviendo con una pareja masculina ($OR = 2.1$, $IC 95\%$ [1.08, 2.65], $p < .001$).

Sierra et al. (2008) realizaron un estudio para explicar el efecto de la estimulación sexual en la conducta sexual humana, con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de la Encuesta de opinión sexual (EOS) en muestras salvadoreñas. Se obtuvieron dos muestras, la primera de 505 universitarios, la segunda de 1383 participantes, ambas muestras con características similares. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los individuos con pareja y sin pareja, encontraron que los hombres que tenían pareja presentaban mayor erotofilia ($F_{[1, 1327]} = 11.95$, $p < .001$).

Dolcini y Catania (2000) realizaron un estudio para examinar a las mujeres con pareja de riesgo. La muestra estuvo compuesta por 209 mujeres, de 18 a 49 años de edad. Los resultados muestran que las mujeres con parejas de riesgo mostraron baja AS, en comparación con las mujeres con pareja sin riesgo ($t_{[371.40]} = 7.06, p < .001$), además, reportaron que las mujeres con parejas de riesgo, tienen menos probabilidad de evitar prácticas sexuales no deseadas ($OR = 0.85, IC\ 95\% [0.23, 1.81], p < .05$).

Síntesis: El estado civil es otra variable que tiene relación con la AS, las personas que no tienen una pareja estable están asociadas con bajos niveles de AS. Los estudios muestran que baja AS se relaciona con la creencia de que la pareja es monógama, estar casada, y/o viviendo con una pareja estable masculina. Estos resultados colocan a las personas en estado de vulnerabilidad (principalmente contra ITS incluido el VIH), en comparación con las personas que reportan tener pareja casual. Aunque otros estudios muestran que las personas que tienen una pareja estable son más erotofílicas.

Nivel de conocimientos sobre el VIH.

Weinstein, Walsh y Ward (2008) realizaron un estudio para probar una nueva forma de medir el conocimiento de la salud sexual y sus relaciones con la educación sexual, comunicación, confianza y el uso del condón. La muestra estuvo compuesta por 347 participantes de los cuales el 50.7% eran mujeres. Los resultados mostraron correlación positiva entre AS y los conocimientos sobre el VIH/sida ($r = .11, p < .05$).

Cai et al. (2013) realizaron un estudio para describir la salud sexual reproductiva en relación al conocimiento, actitudes y conductas de riesgo entre mujeres migrantes y examinar los predictores que reducen los riesgos sexuales y reproductivos basados en la información y en la motivación. La muestra estuvo compuesta por 944 participantes. Los resultados obtenidos mostraron que la reducción de los comportamientos de riesgo sexual y reproductivo estaban relacionados con la información sobre la salud sexual y reproductiva ($\beta = .681, p < .001$).

Kim y Choi (2016) realizaron un estudio con el objetivo de proporcionar datos básicos para la prevención de comportamientos sexuales irreflexivos y el desarrollo de un sentimiento de responsabilidad con respecto a la conducta sexual entre los estudiantes universitarios. La muestra estuvo conformada por 215 estudiantes universitarios. Los resultados muestran relación negativa entre el conocimiento del riesgo sexual y AS ($r = -.269, p < .01$).

Curtin, Ward, Merriwether y Caruthers (2011) realizaron un estudio para evaluar las ideologías de feminidad y los conocimientos sexuales adquiridos. La muestra estuvo compuesta por 397 participantes. Los conocimientos de los riesgos sexuales fueron evaluados con la escala de conocimiento sexual, la cual recolecta información sobre el conocimiento sobre el VIH/sida, prevención de embarazos y salud reproductiva. Los resultados mostraron que existe relación positiva entre los conocimientos del riesgo sexual y AS ($r = .27, p < .001$).

Knipper et al. (2007), realizaron un estudio con el propósito de identificar correlaciones demográficas, de comportamiento, psicológicas y socioculturales acerca del uso del condón entre hombres latinos que vivían en Carolina del Norte. La muestra estuvo compuesta por 222 participantes que eran miembros de una liga de fútbol. Los resultados mostraron que los que tenían altos niveles de conocimiento sobre transmisión y prevención del VIH, tenían más probabilidad de usar el condón ($OR = 2.61, IC\ 95\% [1.23, 5.54], p < .01$).

Ríos et al. (2009), realizaron un estudio donde describieron y compararon el grado de conocimiento sobre el VIH/sida con el uso del preservativo en la población migrante. La muestra estuvo compuesta por 238 migrantes latinoamericanos y magrebíes. Los resultados obtenidos demostraron que, el 53.8% de los encuestados tenían conocimientos inadecuados sobre el VIH/ sida. Además, el 42.1% de los encuestados no utilizan preservativos en sus relaciones sexuales ocasionales.

Síntesis: Es importante considerar el nivel de conocimientos sobre el VIH, debido a que la literatura muestra que las personas que tienen mayor nivel de conocimientos sobre el VIH presentan mayor nivel de AS, así como mayor probabilidad de usar condón. Por lo tanto, desarrollan conductas protectoras de salud. Incluso, la literatura hace referencia a que el nivel de conocimiento alto está asociado con la reducción de comportamientos de riesgo.

Autoeficacia para usar condón.

Curtin et al. (2011) realizaron un estudio para evaluar las ideologías de feminidad y los conocimientos sexuales adquiridos, además, estudiaron la autoeficacia sexual para el uso del condón y la AS, la muestra estuvo compuesta por 397 participantes. Cabe resaltar que el 67.3% de los participantes fueron de descendencia americana, 14.4% afroamericanos, 6% latinos. Los resultados mostraron que existe relación positiva entre autoeficacia el uso del condón y AS ($r = .50, p < .001$).

Osorio-Leyva et al. (2017), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre AS y autoeficacia para prevenir el VIH/sida en jóvenes universitarios. La muestra estuvo conformada por 400 jóvenes universitarios. Los resultados muestran que existe relación positiva entre autoeficacia para prevenir el VIH/sida y AS ($r = .406, p < .01$).

Baele et al. (2001), realizaron un estudio para encontrar relación entre la autoeficacia para el uso de condones y la intención de usarlos. La muestra estuvo compuesta por 424 participantes. Los resultados encontrados muestran relación positiva entre autoeficacia para el uso de condones y AS tanto en hombres ($r = .54, p < .01$) como en mujeres ($r = .42, p < .01$).

Uribe-Alvarado et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de determinar en qué medida la percepción de autoeficacia y la AS predicen el uso del condón en las relaciones sexuales en un grupo de jóvenes. Se realizó un estudio descriptivo correlacional y predictivo con una muestra de 631 jóvenes. Encontraron que existe

relación entre la percepción de autoeficacia y AS tanto en mujeres ($r = .616, p < .01$) como en hombres ($r = .478, p < .01$).

Riaño-Garzón et al. (2016) realizaron un estudio para estimar la variación entre la percepción de la autoeficacia, la comunicación y el uso del condón. La muestra estuvo compuesta por 365 estudiantes universitarios. Los resultados muestran una relación positiva entre la frecuencia del uso del condón en el último mes ($r = .184, p < .01$), frecuencia de uso del condón durante su vida sexual en general ($r = .245, p < .01$), y percepción de la autoeficacia ($r = .488, p < .01$) con AS.

Síntesis: Con respecto a la autoeficacia para usar condón, la evidencia empírica muestra fuerte asociación con AS, resultando ser predictor para la AS, por ello es importante considerarla dentro del estudio.

Erotofobia-erotofilia.

Blanc et al. (2017) realizaron un estudio para analizar la erotofobia-erotofilia, el deseo sexual y AS, en mujeres. Se seleccionaron tres muestras, la primera compuesta por 56 mujeres migrantes trabajadoras de sexo comercial, la segunda compuesta por 62 mujeres migrantes, la tercera por 72 mujeres españolas. Los resultados mostraron relación positiva entre la erotofilia y la AS, en dos de las muestras, en las mujeres migrantes que no se dedicaban al sexo comercial ($r = .497, p < .01$) y en las mujeres españolas ($r = .475, p < .01$).

Sierra, Santos-Iglesias, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez y Maeso (2008a) realizaron un estudio psicométrico de Hulbert Index Sexual Assertiveness (HISA) en mujeres hispanas, el objetivo de este estudio era analizar las propiedades psicométricas del HISA. La muestra estuvo compuesta por dos grupos de mujeres 230 españolas y 300 salvadoreñas. Los resultados mostraron que existe relación entre erotofilia y AS ($r = .30, p < .001$).

Soler et al. (2016) realizaron un estudio instrumental que tenía por objetivo traducir, adaptar y validar la escala de sexualidad (SS) en su versión breve tanto en

hombres como en mujeres. La muestra estuvo compuesta por 1167 personas (646 de Colombia y 521 de España). Los resultados muestran que la erotofilia se encontraba relacionada de manera positiva con AS de inicio en ambas muestras, españoles ($r = .20, p < .01$) y colombianos ($r = .30, p < .01$).

Blanc (2013) realizó un estudio sobre la autoestima, actitud hacia la sexualidad (erotofobia-erotofilia) y AS en mujeres españolas, migrantes y españolas de etnia gitana. El objetivo del presente trabajo es conocer algunas variables psicológicas que influyen en la sexualidad de las mujeres, sin exclusión de etnia y procedencia. Participaron 605 mujeres, de las cuales 415 eran españolas, 124 migrantes y 66 españolas de etnia gitana, seleccionadas mediante muestreo incidental y bola de nieve, en Alicante y Almería, España. Encontraron relación positiva entre erotofilia y AS ($r = .487, p < .01$).

Vallejo-Medina et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la validez de contenido de una versión breve de la Escala de opinión sexual (EOS), así como la AS. La muestra estuvo compuesta por 3218 participantes, de los cuales 1555 eran hombres y 1663 eran mujeres. Encontraron que existe relación positiva entre erotofilia con AS de inicio ($r = .39, p < .01$).

Sierra et al. (2014) realizaron un estudio para analizar el funcionamiento sexual en personas mayores, y el efecto que tienen la edad, la AS, las actitudes sexuales. La muestra estuvo compuesta por 405 participantes. Los resultados muestran relación positiva entre erotofilia y AS de inicio en hombres ($r = .22, p < .001$) y en Mujeres ($r = .67, p < .001$); con respecto a la AS de rechazo se encontró relación en hombres ($r = .30, p < .001$) y en mujeres ($r = .60, p < .001$).

Síntesis: La literatura muestra que las personas que se encuentran más cerca del polo positivo, es decir erotofilia, presentarán puntuaciones altas de AS. Es importante considerar esta variable ya que se considera la respuesta ante los estímulos sexuales, considerando el contexto del estudio, y a las situaciones vulnerables por las que

atraviesa el migrante, es necesario identificar como afecta en la conducta sexual asertiva.

Satisfacción sexual.

Brassard et al. (2013) realizaron un estudio para examinar el rol de tres mediadores y su asociación con las inseguridades en el romanticismo y aspectos de la función sexual en la mujer. La muestra estuvo compuesta por 556 mujeres canadienses. Los resultados muestran relación positiva entre la satisfacción sexual y AS ($r = .13, p < .01$).

Carrobes, Gámez-Guadix y Almendros (2011) exploraron la relación entre variables relacionadas con el funcionamiento y satisfacción sexual. La muestra estuvo compuesta por 157 mujeres estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid. Los resultados muestran que satisfacción sexual presenta relación positiva con AS ($r = .51, p < .01$).

Honold-Espinoza (2006) realizó un estudio para determinar la relación que existe entre el nivel de satisfacción sexual y el nivel de AS. La muestra estuvo compuesta por 200 participantes (100 mujeres y 100 varones). Los resultados obtenidos indican que existe relación positiva entre satisfacción sexual y AS ($r = .535, p < .001$).

Haavio-Mannila y Kontula (1997) realizaron un estudio para examinar los predictores de la satisfacción sexual en hombres y mujeres, en edades de 18 a 74 años, cabe mencionar que las relaciones se estimaron de manera separada por sexo. El estudio se realizó en Finlandia, con una entrevista cara a cara en dos etapas con un cuestionario auto-administrado. La muestra estuvo compuesta por 2250 participantes de los cuales 1146 eran mujeres y 1104 eran hombres. Encontraron que satisfacción sexual se relacionaba de forma positiva con AS en hombres ($r = .32, p < .001$) y en mujeres ($r = .40, p < .001$).

Snell et al. (1993) realizaron un estudio cuyo propósito fue desarrollar y validar un instrumento autoreporte de las dimensiones de la sexualidad (Multidimensional

Sexuality Questionnaire [MSQ]). Los datos fueron recolectados por tres muestras separadas; la primera muestra consistió en 386 participantes, la segunda muestra 125 participantes y la tercera muestra consistió en 190 participantes. Los resultados muestran que satisfacción sexual se relaciona de manera negativa con la depresión sexual ($r = -.76, p < .001$), y positiva con la AS ($r = .49, p < .001$). Posteriormente se relacionaron las escalas del MSQ y la SS, encontraron que satisfacción sexual estaba relacionada de manera negativa con depresión sexual ($r = -.72, p < .001$).

Leclerc et al. (2015), realizaron un estudio con el objetivo de examinar la asociación entre el apego, dolor función y satisfacción sexual. La muestra estuvo compuesta por 101 parejas. Los resultados muestran una relación positiva entre AS y satisfacción sexual en mujeres ($r = .53, p < .01$).

Síntesis: La literatura muestra que las personas que presentan niveles altos de satisfacción sexual presentan niveles altos de AS. Es necesario considerar la satisfacción sexual, ya que está vinculada al funcionamiento sexual y por ende a la salud sexual.

Deseo sexual.

Blanc et al. (2017) realizaron un estudio para analizar la erotofobia-erotofilia, el deseo sexual y AS, en mujeres. Se seleccionaron tres muestras, la primera compuesta por 56 mujeres migrantes trabajadoras de sexo comercial, la segunda compuesta por 62 mujeres migrantes, la tercera por 72 mujeres españolas. Las puntuaciones del deseo sexual se dividieron en deseo sexual diádico (DSD), deseo sexual solitario (DSS) y deseo sexual total (DST). Los resultados muestran relación positiva entre AS y deseo sexual en las tres muestras; para las mujeres migrantes que se dedicaban al sexo comercial (DSD: $r = .495, p < .01$; DST: $r = .398, p < .01$), las mujeres migrantes que no se dedicaban al sexo comercial (DSS: $r = .523, p < .01$; DST: $r = .501, p < .01$) y en mujeres españolas (DSD: $r = .475, p < .01$; DSS: $r = .402, p < .05$). Las mujeres migrantes que no se dedicaban al sexo comercial tuvieron mayores puntuaciones en deseo sexual, en comparación con las otras dos muestras.

Santos-Iglesias, Sierra, Vallejo-Medina (2012) realizaron un estudio que tenía como objetivo examinar los factores predictivos de AS, en una muestra de hombres y mujeres españoles. La muestra consistió en 1619 hombres y 1755 mujeres. Encontraron relación positiva entre el DSD con AS de inicio ($r = .35, p < .01$) y con AS de rechazo ($r = .33, p < .01$) tanto en hombres como en mujeres, AS de inicio ($r = .49, p < .01$) y con AS de rechazo ($r = .40, p < .01$).

Hulbert (1991) realizó un estudio para examinar el rol de la AS en una población de mujeres casadas. La muestra estaba constituida por 100 mujeres casadas con un rango de edad de 18 a 31 años, de diferentes nacionalidades. Los resultados se presentaron en dos muestras, la primera 50 mujeres sexualmente asertivas y la segunda 50 mujeres sexualmente no asertivas. En la primera, la media de edad es de 26.34 años con una $DE = 3.2$ años; en la segunda muestra, la media de edad es de 27.93 años con una $DE = 3.7$ años. Los resultados muestran que las mujeres sexualmente asertivas presentaron puntuaciones más altas en el deseo sexual ($M = 8.16, DE = 1.01$) que las que son consideradas sexualmente no asertivas ($M = 7.64, DE = 1.241$).

Síntesis: Existe evidencia empírica que muestra que el deseo sexual tiene relación positiva con la AS, donde se demuestra que las personas que son sexualmente asertivas presentan puntuaciones más altas en el deseo sexual. La inclusión del deseo sexual en este estudio es debido a que es una respuesta ante estímulos sexuales intrínsecos y extrínsecos, que pueden llegar a afectar la conducta sexual asertiva en el migrante.

Percepción del riesgo de adquirir el VIH.

Uribe-Alvarado et al. (2017) realizaron un estudio donde relacionaron la percepción del riesgo con AS. Se realizó un estudio descriptivo correlacional, con una muestra de 631 jóvenes. Los resultados muestran que no se encontró relación entre baja percepción del riesgo y AS, sin embargo, encontraron relación negativa entre la baja percepción del riesgo y la frecuencia del uso del condón en hombres con parejas estables

y ocasionales ($r = -.191, p < .05$), también encontraron relación negativa entre la baja percepción del riesgo y el uso del condón en mujeres con parejas estables y ocasionales ($r = -.250, p < .01$).

Uribe-Alvarado, Andrade-Palos, Zacarías-Salinas y Betancourt-Ocampo (2013) realizaron un estudio para conocer los predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. La muestra estuvo conformada por 539 participantes. Los resultados muestran que la baja percepción del riesgo se relaciona de manera negativa con la aceptación del uso del condón únicamente en hombres ($r = -.13, p < .05$).

Li et al. (2004) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la migración y el incremento de las infecciones de transmisión sexual, de la movilidad de zona rural a urbana. La muestra estuvo compuesta de 2153 participantes. Los autores encontraron que el incremento del riesgo sexual de adquirir alguna ITS estaba asociado a niveles bajos de vulnerabilidad percibida (variable definida por autor acorde a la definición de percepción del riesgo para adquirir el VIH) tanto en mujeres ($X^2 = 6.97, p < .001$) como en hombres ($X^2 = 6.84, p < .001$).

Taiwo (2015) realizó un estudio para examinar el papel predictivo de los factores psicosociales y de género en la percepción de vulnerabilidad a la infección por VIH. Los participantes fueron voluntarios adultos jóvenes, de los cuales 181 eran hombres y 121 mujeres. Los resultados muestran relación entre vulnerabilidad percibida para la infección por el VIH y AS ($r = .12, p < .05$).

Dolcini y Catania (2000) realizaron un estudio para examinar a las mujeres con pareja de riesgo. La muestra estuvo compuesta por 209 mujeres, de 18 a 49 años. Los resultados muestran que las mujeres con parejas de riesgo se perciben ellas mismas con riesgo para adquirir el VIH ($t = 4.1, p < .001$) y para otras ITS ($t = 5.3, p < .001$), en comparación con las que tenían pareja sin riesgo. Las mujeres con pareja de riesgo fueron menos propensas a rechazar el sexo, si su pareja no estaba dispuesta a usar

condones ($t = 2.9, p < .01$), y mostraron baja AS ($t = 7.06 [371.40], p < .001$) en comparación con las mujeres con pareja sin riesgo.

Síntesis: En cuanto a la percepción del riesgo de adquirir el VIH, la literatura muestra evidencia que cuando las personas presentan niveles bajos de percepción del riesgo para adquirir el VIH, muestran mayores conductas de riesgo, aunado a esto las personas con parejas con riesgo son menos asertivas sexualmente.

Victimización sexual.

Kim, Lee y Lee (2019) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la asociación entre el doble estándar sexual, reconocimiento de los datos de violencia y la asertividad sexual en estudiantes universitarios en Corea del Sur. La muestra estuvo compuesta por 322 participantes. Los resultados muestran relación positiva entre el reconocimiento de la violencia y AS ($r = .20, p < .001$).

Hahn, Morris y Jacobs (2016) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los predictores de la conducta y la asertividad sexual para el informar sobre el asalto sexual a través de un programa de prevención. La muestra estuvo compuesta por 141 mujeres. Los resultados mostraron que existe relación negativa entre asalto sexual (forma de victimización sexual) y AS ($r = -.24, p < .01$).

Santos-Iglesias, Sierra y Vallejo-Medina (2012a) analizaron la relación entre el abuso sexual infantil, abuso sexual en adolescentes y adultos, y la victimización sexual. La muestra estuvo compuesta por 402 mujeres de diferentes universidades de España. Los resultados mostraron relación negativa entre AS con abuso sexual infantil ($r = -.13, p < .01$), y abuso sexual en adolescentes y adultos ($r = -.17, p < .01$).

Livingston, Testa y VanZile-Tamsen (2007) estudiaron la relación entre la victimización sexual y la AS del rechazo, el estudio se realizó en mujeres en Nueva York, con una muestra de 1014 participantes. Los resultados muestran que el 30% de la muestra experimentó algún tipo de abuso sexual que involucraba contacto sexual o penetración antes de los 14 años, el 38% informó sobre alguna experiencia sexual no

deseada a partir de los 14 años. La AS de rechazo se asoció negativamente con victimización sexual a partir de los 14 años ($\beta = -.17, p < .001$), y con victimización sexual reciente ($\beta = -.18, p < .001$).

Zerubavel y Messman-Moore (2013) examinaron la victimización sexual, el miedo de la impotencia sexual y la emoción cognitiva, la desregulación emocional como barreras en la AS en mujeres universitarias. El tamaño de la muestra fue de 499 mujeres. El 39% de la muestra informó tener historial de victimización sexual. Los resultados muestran que las mujeres que experimentaron victimización sexual presentan más dificultades para AS, en comparación con las que no habían sido víctimas ($\lambda = 0.82, F_{[5, 419]} = 18.18, p < .001$).

Rickert et al. (2002) realizaron un estudio sobre la AS entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes, el cual tuvo como objetivo examinar cómo la AS percibida varía según las características demográficas, los comportamientos de la salud sexual y la historia de violencia. La muestra estuvo constituida por 904 mujeres que acudían a una clínica de planificación familiar y que eran sexualmente activas. Los resultados sugieren que las participantes que no han sufrido de victimización física y sexual tienen más probabilidad de no sentir que tienen derecho a negarse a tener relaciones sexuales con una pareja ($OR = 2.05, IC\ 95\% [1.08, 3.89]$), de pedirle que sea rudo durante el acto sexual ($OR = 1.60, IC\ 95\% [1.05, 2.41]$). Sin embargo, las que informaron haber tenido antecedentes de agresión sexual, tenían más probabilidades de sentir que pueden tomar decisiones propias sobre la actividad sexual y sin considerar los deseos de la pareja ($OR = 1.96, IC\ 95\% [1.07, 3.5]$).

Morokoff et al. (2009) realizó un estudio que examinó un modelo para predecir las relaciones sexuales sin protección, incluyó factores como el género, el abuso sexual infantil, la victimización sexual, la depresión y la AS para el uso del condón. La muestra estuvo compuesta por 473 participantes. El 36% informó haber sido violado alguna en

su vida, y el 28% antes de los 14 años. Se encontró relación negativa entre victimización sexual y AS en el uso del condón para prevención de Embarazos e ITS ($r = -.19, p < .01$).

Rickert et al. (2000) examinaron la prevalencia y los predictores de baja AS entre las mujeres sexualmente activas a través de tres grupos de edad (14-17, 18-21 y 22-26 años), el estudio fue hecho en 904 mujeres americanas, afroamericanas y mexicano-estadounidenses que acuden a clínicas de planificación familiar. Encontraron que, en el grupo de 18 a 21 años edad, las participantes que reportaron haber tenido contacto sexual forzado en los últimos 12 meses ($OR = 5.2, IC\ 95\% [3.89, 6.76], p < .05$), tenían mayor probabilidad de presentar baja AS en comparación con las que no tuvieron este tipo de experiencia.

Síntesis: La victimización sexual se encuentra relacionada a niveles bajos de AS de manera general, sin embargo, algunos autores sugieren que las personas que han sido víctimas sexuales presentan mayores niveles de AS de rechazo, mientras que las que no han sido víctimas tienen menos probabilidad de negarse a tener intimidad sexual.

Permisividad sexual.

Haavio-Mannila y Kontula (1997) realizaron un estudio para examinar los predictores de la satisfacción sexual física en hombres y mujeres. La muestra estuvo compuesta por 2250 participantes, 1146 eran mujeres y 1104 eran hombres. Encontraron que, por diferencia de género, existe relación negativa entre la permisividad sexual y AS en hombres ($r = -.09, p < .05$), mientras que en las mujeres se encontró relación positiva ($r = .14, p < .001$).

Snell et al. (1993) realizaron un estudio cuyo propósito fue desarrollar y validar un instrumento autoreporte de las dimensiones de la sexualidad (Multidimensional Sexual Questionnaire, MSQ). Los datos fueron recolectados por tres muestras separadas; la primera muestra consistió en 386 participantes, la segunda muestra 125 participantes y la tercera muestra consistió en 190 participantes. Los resultados muestran que

permissividad sexual se relacionó positivamente con depresión sexual ($r = .12, p < .01$) y con la AS ($r = .18, p < .001$), pero tuvo relación negativa con satisfacción sexual ($r = -.10, p < .05$).

Guerra-Ordoñez et al. (2017) realizaron un estudio para identificar los factores de facilitan o inhiben la conducta sexual entre migrantes que transitan de México a Estados Unidos. La muestra estuvo compuesta por 256 migrantes de la frontera entre ambos países. Los resultados muestran relación positiva entre la permissividad (una actitud sexual) con el uso del condón ($r = .130, p < .01$). Sin embargo, en el análisis de regresión se encontró que la permissividad sexual disminuyó la práctica del sexo seguro ($\beta = -.17, t = 4.16, p < .001$).

Dolcini y Catania (2000) realizaron un estudio para examinar a las mujeres con pareja de riesgo. La muestra estuvo compuesta por 209 mujeres, de 18 a 49 años. Los resultados muestran que las mujeres con pareja de riesgo tenían más probabilidad de mantener creencias liberales con respecto al sexo ($OR = 1.31, IC\ 95\% [1.15-1.51]$), y pueden estar en relaciones abiertas ($OR = 61.39, IC\ 95\% [8.19-460.4]$). Adicionalmente, también se percibían en riesgo para adquirir el VIH y otras ITS ($OR = 1.31, IC\ 95\% [1.11-1.54]$). Finalmente, las mujeres con parejas sexuales de riesgo fueron menos capaces de rechazar las actividades sexuales no deseadas ($OR = 0.85, IC\ 95\% [0.79-0.93]$).

Síntesis: La permissividad sexual es catalogada como una conducta de riesgo. Dentro de la revisión de la literatura, se encontró relación negativa entre la permissividad sexual y la AS, aunque algunos autores encontraron relación positiva en mujeres. Además, se encontró que tiene relación de manera negativa con la satisfacción y la depresión sexual. Sin embargo, la evidencia existente sobre permissividad sexual demuestra que está asociada de manera positiva con el uso de condón.

Intención de usar condón.

Baele et al. (2001) realizaron un estudio para encontrar los aspectos de la autoeficacia para el uso del condón y la intención de usarlos. La muestra estuvo compuesta por 424 participantes. Los resultados obtenidos, muestran que el 60% de los participantes no habían tenido una experiencia sexual. Sin embargo, Se encontró relación positiva entre AS y la intención de usar condón en las ambas muestras ($r = .56, p < .01$; $r = .48, p < .01$).

Roberts y Kennedy (2006) realizaron un estudio correlacional con el objetivo de examinar las variables que impactan en el riesgo sexual de las mujeres, la muestra estuvo compuesta por 100 participantes. Los resultados obtenidos, muestran que el 93% de las participantes consideran tener control de ellas mismas en los encuentros sexuales, el 95% toma decisiones sobre del tiempo y lugar, el 90% decide cuando tener sexo, el 91% haber solicitado a su pareja que use condón, el 65% reportó intención alta de adquirir o discutir acerca del uso del condón, el 84% reportó intención alta de comprar condones, y el 80% tener intención de usarlo en su próximo encuentro sexual. Se encontró relación positiva entre la intención de usar condón con AS ($r = .349, p = .01$).

Rizwan, Kant, Goswami, Rai y Misra (2014) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la intención de usar condón, y delinear sus correlatos en una muestra de trabajadores migrantes varones en el norte de la India. El tamaño de la muestra estuvo compuesto por 755 participantes. La media de edad de los participantes fue de 31,4 años ($DE = 8.2$). Casi el 90% eran alfabetizados. El puntaje promedio de conocimiento del VIH/sida fue de 14.7 ($DE = 6.6$). La puntuación media para la Subescala de intención de usar condones fue de 10.4 ($DE = 3.4$).

Continuando con lo anterior, encontraron que los migrantes mayores de 25 años tenían menor intención de usar condón, en comparación con los migrantes menores de 25 años ($M = 10.8, DE = 3.5, p < .001$). Los migrantes solteros tenían mayor intención de usar condón en comparación con los casados ($M = 8.9, DE = 2.6, p < .001$) (que vivan

con el cónyuge y con los que no vivían con su cónyuge). Los migrantes con estudios tenían mayor intención de usar el condón en comparación con los que no tenían estudios ($M = 8.1, DE = 2.3, p < .001$). Con respecto al nivel de conocimientos sobre el VIH/sida, los migrantes que tienen mayor puntaje en los conocimientos, tienen mayor intención de usar condón ($M = 8.4, DE = 2.4, p < .001$).

Kocken, Van Dorst y Schaalma (2006) realizaron un estudio para examinar la asociación entre las intenciones de usar condón con una nueva pareja. La muestra estuvo constituida por 346 migrantes. Los resultados muestran que la intención de usar condón con una nueva pareja sexual fue positiva, en el 66% de los participantes. Encontraron que los que tienen mayor conocimiento tienen más probabilidad de tener intención de usar condón ($OR = 1.88, IC\ 95\% [1.19-2.95], p < .05$), y los que tienen mayor escolaridad tienen mayor probabilidad de presentar intención de usar condón ($OR = 2.16, IC\ 95\% [0.46-1.13], p < .05$).

Síntesis: Se encontró relación positiva entre la intención del usar condón y la AS. En la población migrante, la intención de usar condón se asocia con el conocimiento sobre el VIH/sida, escolaridad y edad. Sin embargo, la literatura muestra evidencia de que su medición no es consistente.

Conducta sexual asertiva.

Sierra et al. (2012) evaluaron la equivalencia factorial y métrica de la escala de AS por sexo. El objetivo fue demostrar la equivalencia de la AS entre hombres y mujeres. La muestra estuvo compuesta por 4034 personas, de los cuales el 47% eran hombres y el 52% eran mujeres, los cuales se agruparon por edad. En la dimensión AS de inicio no se encontraron diferencias en función del sexo, en 18-34 años ($t_{(1289)} = -0.39, p > .05$) y en 35-49 años ($t_{(1289)} = 0.43, p > .05$). En la dimensión de AS de rechazo, se encontraron diferencias, en el grupo de 18-34 años ($t_{(1390)} = -16.51, p < .001$), en el de 35-49 años ($t_{(1287)} = -11.63, p < .001$), y en el grupo de 50-88 años en Inicio

($t_{(1097)} = 11.76, p < .001$). En la dimensión de AS E-ETS, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, en el grupo de 18-34 años ($t_{(1389)} = -11.05, p < .001$), en el grupo de 35-49 años ($t_{(1269)} = -10.16, p < .001$) y en el grupo de 50-88 años ($t_{(1048)} = -7.83, p < .001$).

Sierra et al. (2008a) realizaron un estudio con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas del Hulbert Index Sexual Assertiveness (HISA). La muestra estaba compuesta por dos grupos de mujeres hispanas (230 españolas y 300 salvadoreñas). Los resultados obtenidos muestran que el porcentaje de varianza explicado fue de 31.51%. Los resultados muestran relación positiva entre erotofilia y AS ($r = .30, p < .001$).

Sierra et al. (2011) estudiaron las propiedades psicométricas de la escala de asertividad sexual (SAS). La muestra estuvo conformada por 853 personas. El análisis factorial exploratorio mostró tres dimensiones con un 48% de la varianza. Los resultados muestran relaciones entre SAS y HISA, Aserción de la Pareja [ASPA], Escala de ajuste diádico [EAD]). Existe relación positiva entre HISA inicio ($r = .50, p < .01$), HISA rechazo ($r = .40, p < .01$), ASPA aserción ($r = .33, p < .01$), EAD consenso ($r = .16, p < .01$), EAD satisfacción ($r = .16, p < .01$), y EAD cohesión ($r = .18, p < .01$). Mientras que se encontró relación negativa entre el ASPA agresión ($r = -.09, p < .01$), ASPA sumisión ($r = -.29, p < .01$) y ASPA agresión pasiva ($r = -.20, p < .01$) con AS de inicio.

En cuanto a la AS de rechazo, se encontró relación positiva con el HISA rechazo ($r = .23, p < .01$), ASPA aserción ($r = .27, p < .01$), y EAD satisfacción ($r = .09, p < .05$). Se encontró relación negativa entre ASPA agresión ($r = -.10, p < .01$), ASPA sumisión ($r = -.30, p < .01$) y ASPA agresión pasiva ($r = -.11, p < .01$). Con respecto a la AS E-ETS, se encontró relación positiva entre HISA inicio ($r = .10, p < .01$), HISA rechazo

($r = .16, p < .01$), ASPA aserción ($r = .25, p < .01$), EAD consenso ($r = .14, p < .01$), EAD satisfacción ($r = .17, p < .01$), y EAD cohesión ($r = .11, p < .01$). Y finalmente, se encontró relación negativa entre el ASPA agresión ($r = -.11, p < .01$), ASPA sumisión ($r = -.28, p < .01$) y ASPA agresión pasiva ($r = -.11, p < .01$) con AS de inicio.

Blanc et al. (2017) realizaron un estudio para analizar la erotofobia-erotofilia, el deseo sexual y AS, en mujeres. Se seleccionaron tres muestras, la primera compuesta por 56 mujeres migrantes trabajadoras de sexo comercial, la segunda compuesta por 62 mujeres migrantes, la tercera por 72 mujeres españolas. Los resultados muestran relación positiva entre la erotofilia con AS, en la muestra de mujeres migrantes ($r = .497, p < .001$) y en las mujeres españolas ($r = .475, p < .001$) que no eran trabajadoras del sexo comercial.

Síntesis: La literatura muestra que la AS es un factor determinante frente a conductas de riesgo y de victimización sexual. Es decir, una persona con niveles altos de AS es menos propensa a presentar conductas sexuales de riesgo y a ser víctima sexual. Se encuentra integrada por tres dimensiones, que pueden presentar diferente relación con otros factores de manera independiente.

Todas estas variables son importantes en la sexualidad del individuo, la mayoría ha sido examinada en el contexto habitual del individuo, algunas han sido exploradas en los individuos que viven el proceso de migración, sería importante considerar estos elementos en un individuo que se encuentra migrando para reducir las conductas de riesgo.

Objetivo General

Analizar la capacidad explicativa-predictiva del Modelo de Conducta Sexual Asertiva en población migrante adulta con domicilio provisional en la frontera Norte de Tijuana Baja California, siguiendo las relaciones establecidas en el Modelo de Promoción de la Salud.

Objetivos Específicos

1. Determinar el efecto de las características personales sobre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, en la intención de usar condón y en el resultado conductual.
2. Identificar el efecto mediador de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales y la intención de usar condón.
3. Examinar el efecto mediador de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales y el resultado conductual en migrantes.
4. Identificar el efecto mediador de la intención de usar condón, entre las características personales y el resultado conductual en migrantes.
5. Analizar el efecto de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta sobre la intención de usar condón y el resultado conductual.
6. Identificar el efecto mediador de la intención de usar condón, entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y el resultado conductual.
7. Identificar si la erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual afectan la autoeficacia para usar condón en migrantes, la intención de usar condón y la conducta sexual asertiva.
8. Examinar el efecto mediador que tiene la autoeficacia para usar condón, entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, con la intención de usar condón.
9. Examinar el efecto mediador que tiene la autoeficacia para usar condón, entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual deseo sexual, con la conducta sexual asertiva en migrantes.
10. Determinar si la intención de usar condón afecta la conducta sexual asertiva en migrantes.

Definición de Términos

Sexo: características biológicas del migrante que lo distinguen como hombre o mujer, se registró en la cédula de datos personales.

Edad: número de años cumplidos del migrante, este se registró en la cédula de datos personales.

Depresión sexual: los sentimientos de tristeza que tiene el migrante sobre su capacidad para relacionarse sexualmente con otro individuo, se midió a través de la subescala de depresión sexual de Snell y Papini (1989), en su versión en español (Soler et al., 2016).

Escolaridad: se refiere los años de estudio del migrante, se registró en la cédula de datos personales.

Estado civil: es la condición de la persona migrante con respecto a la situación legal de la relación pudiendo encontrarse como soltero, casado, viudo, divorciado, separado, este se registró en la cédula de datos personales.

Nivel de conocimientos sobre el VIH: es el conjunto de información que tienen los migrantes sobre los mecanismos de transmisión y prevención del VIH, este se midió con el cuestionario breve de conocimientos sobre el VIH de Carey y Schroder (2002).

Autoeficacia para usar condón: es la percepción que tiene el migrante sobre las capacidades propias para usar el condón, esta se midió con la escala de Autoeficacia Percibida para el Uso del Condón de Thato et al. (2005).

Erotofobia-erotofilia: son las emociones y sensaciones negativas y positivas que expresan los migrantes ante estímulos sexuales, se midió con la escala de opinión sexual versión de Vallejo-Medina et al. (2016).

Satisfacción sexual: es la respuesta afectiva derivada de la evaluación del grado de satisfacción en la relación sexual que tiene el migrante, esta se midió con la escala de satisfacción sexual subjetiva de González-Rivera y Hernández-Gato (2019).

Deseo sexual: son las sensaciones desencadenadas por estímulos externos e internos, que provocan el inicio de la actividad sexual del migrante con otra persona o consigo mismo, el cual fue medido con el Inventario del deseo sexual (Spector, Carey & Steinberg, 1996), versión en español de Ortega, Zubeidat y Sierra (2006).

Percepción del riesgo de adquirir el VIH: como la apreciación que tiene el migrante sobre la probabilidad, vulnerabilidad preocupación e importancia del riesgo de adquirir el VIH con su o sus parejas sexuales, se midió con la escala de percepción del riesgo para el VIH (Bermúdez, Buela-Casal & Uribe, 2005).

Victimización sexual: son las prácticas sexuales que tiene el migrante sin su consentimiento, ya sean obligadas, por medio de mentiras, por su estado de conciencia, amenazas o por el uso de la fuerza, fue medida a través de la encuesta breve sobre experiencias de victimización de Koss et al. (2007).

Permisividad sexual: es la creencia que tiene el migrante acerca del sexo casual libre de culpa, se midió con la subescala de permisividad sexual de Hendrick et al. (2006).

Intención de usar condón: es el propósito que tiene el migrante de usar condón en sus próximas relaciones sexuales o en un periodo considerado de tiempo, esta se midió con la Subescala de intención de usar condones de Deb et al. (2009).

Conducta sexual asertiva en migrantes: la capacidad que el migrante posee para iniciar, rechazar actividad sexual y utilizar métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos e ITS, fue medida a través de la escala de AS de original de Morokoff et al. (1997), adaptada y validada por Sierra et al. (2011).

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el método que se empleó para el desarrollo de esta investigación, el cual comprende: diseño del estudio, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, exclusión y eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y plan de análisis de los datos.

Diseño del Estudio

El presente estudio tiene un diseño correlacional y de comprobación de modelo. Lo anterior debido a que el propósito del estudio fue probar si las variables del modelo explican la conducta sexual asertiva en migrantes, asimismo, es de tipo transversal ya que la obtención de los datos se realizó en un momento específico (Gray, Grove, & Sutherland, 2016).

Población, Muestra y Muestreo

La población estuvo conformada por hombres y mujeres migrantes adultos, localizados en diferentes casas, centros o albergues para migrantes en Tijuana, Baja California. El cálculo de la muestra se determinó mediante el paquete estadístico nQuery Advisor®, para una Regresión Múltiple de 14 variables independientes, con un coeficiente de determinación de $r^2 = .09$, significancia de .05 y una potencia de prueba de 90%, obteniendo una muestra de 245 participantes. Se utilizó un muestreo no probabilístico.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron hombres y mujeres migrantes mayores de edad, que iniciaron vida sexual activa, y que viajaron sin pareja. Esto se evaluó con dos preguntas filtro en la cédula de datos personales.

Criterios de Exclusión

Migrantes que se encontraron bajo la influencia de alcohol o drogas (esto con base en los criterios de observación del reclutador, por ejemplo, cuando el migrante presente algún signo o síntoma).

Criterios de Eliminación

Migrantes que reporten vivir con el VIH/sida. Esto se evaluó con una pregunta filtro en la cédula de datos personales. Se eliminaron los instrumentos de los participantes que no cumplieron con la totalidad del llenado y que, durante la aplicación, se retractaron de su participación.

Instrumentos de Medición

A continuación, se presentan los instrumentos que se utilizaron para medir las variables del estudio.

Preguntas filtro.

El instrumento contenía dos preguntas filtro para detectar si los participantes contaban con los criterios de inclusión. Las preguntas fueron: ¿A qué edad inició su vida sexual? y ¿Con quién viaja usted?, si no cumplía con estos criterios, el participante no se incluyó en el estudio. Además de lo anterior, se integró un espacio para colocar el folio del instrumento, para evitar la duplicidad, en caso de que el migrante cambie de albergue o casa, se trata de un código alfanumérico el cual solicitó los siguientes datos: día/mes/año de nacimiento (dos dígitos) más las iniciales de primer del nombre y apellidos.

Cédula de datos personales.

A través de la cédula de datos personales se registraron los siguientes datos: Sexo, edad, escolaridad, estado civil, nacionalidad, ¿Ha sido diagnosticado con VIH o sida? (Apéndice A).

Depresión sexual.

Se utilizó la subescala de depresión sexual, de la escala de sexualidad (SS; Snell & Papini, 1989), validada en español por Soler et al. (2016). Está compuesta por 5 ítems, las opciones de respuestas son de tipo Likert que van desde 1 = En total desacuerdo hasta 5 = Totalmente de acuerdo. Para las preguntas 1 y 5 se invirtieron las puntuaciones. Los resultados oscilan entre 5 y 25 puntos, las puntuaciones altas indican mayor depresión sexual. Un ejemplo de ítem es “Me siento triste con mi vida sexual”. Se trata de una escala autoadministrada, y el alfa reportada en la literatura reciente fue de $\alpha = .86-.87$ (Soler et al., 2016) (Apéndice B).

Nivel de conocimientos sobre el VIH.

Se utilizó el cuestionario de conocimientos sobre el VIH, versión en español del VIH-Knowledge Questionnaire (VIH-KQ-18) de Carey y Schroder (2002). Está compuesta por 18 ítems, con opciones de respuesta son “verdadero, falso y no lo sé”. Las respuestas correctas en su mayoría son falsas, sin embargo, para las preguntas 1, 4, 11, 14 y 17, las respuestas son verdaderas, las respuestas “no lo sé” obtienen una puntuación de 0. La puntuación oscila entre 0 a 18 puntos, a mayores puntuaciones (respuestas correctas), mayor nivel de conocimientos sobre el VIH. Un ejemplo de ítem es “Una mujer puede infectarse con el VIH, si tiene relaciones sexuales anales (sexo anal) con un hombre”. Es una escala autoadministrable, en estudios actuales se reporta una consistencia interna de .75 a .89 (Guerra-Ordoñez et al., 2017) (Apéndice C).

Autoeficacia para usar condón.

Se utilizó la escala de autoeficacia percibida para el uso del condón (Thato et al., 2005). Está conformada por 14 ítems, en tres subescalas: uso consistente, uso correcto, y comunicación para usar el condón; las opciones de respuestas son tipo Likert que van desde 1= muy inseguro hasta 5= muy seguro. Las puntuaciones oscilan entre 14 y 70. Puntajes altos indican mayores niveles de autoeficacia para usar condón. Un ejemplo de ítem es “Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual”. Se trata de

una escala autoadministrada, literatura reciente reporta un $\alpha = .85$ (Sousa et al., 2017) (Apéndice D).

Erotofobia-erotofilia.

Se utilizó la escala de opinión sexual de Fisher, Byrne, White y Kelley (1988), validada por Vallejo et al. (2015). Está compuesta por 6 ítems, con opciones de respuestas tipo Likert que van desde 1 = Totalmente en desacuerdo hasta 7 = Totalmente de acuerdo. La puntuación oscila entre de 7 a 49, a mayor puntuación (polo positivo), mas erotofilia, y a menor puntuación (polo negativo), menor erotofobia. Un ejemplo de ítem es “Me agrada tener sueños sexuales”. La escala de opinión sexual es autoadministrada, en estudios recientes se reportó una confiabilidad aceptable alfa de Cronbach .74 (Arcos-Romero et al., 2019) (Apéndice E).

Satisfacción sexual.

Se utilizó la escala breve de satisfacción sexual subjetiva de González-Rivera y Hernández-Gato (2019). Está compuesta por 7 ítems, las opciones de respuestas son de tipo Likert que va de 1 = Totalmente en desacuerdo a 4 = Totalmente de acuerdo. La puntuación oscila entre 7 a 28 puntos, a mayor puntuación, mayor satisfacción sexual. Un ejemplo de ítem es “Considero que mi vida sexual es muy excitante”. La escala breve de satisfacción sexual subjetiva es autoadministrada, presenta una confiabilidad aceptable $\alpha = .91$, (González-Rivera & Hernández-Gato, 2019) (Apéndice F).

Deseo sexual.

Se utilizó el Inventario de Deseo Sexual de Spector et al. (1996), adaptado en español por Ortega et al. (2006). Está compuesta por 13 ítems, con opciones de respuestas en escala Likert que van desde 0 = ningún/menor deseo sexual hasta 8 = mucho/mayor deseo sexual. La puntuación oscila entre 0 a 104 puntos, a mayor puntuación, mayor deseo sexual. Un ejemplo de ítem es “Cuando usted tiene pensamientos sexuales, ¿cómo de fuerte es el deseo de tener actividades sexuales?”. Es

una escala autoadministrada, en estudios recientes presenta un Alfa de Cronbach que oscila entre .83 - .93 (Moyano, Vallejo-Medina & Sierra, 2017) (Apéndice G).

Percepción del riesgo de adquirir el VIH.

Se utilizó la subescala de Percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH, de la Escala VIH/SIDA, propuesta por Paniagua (1997), en su versión en español de Bermúdez et al. (2005). La subescala consta de cinco preguntas, las opciones de respuesta son de acuerdo, en desacuerdo y no sé. En los ítems 3 y 4 se invirtieron las puntuaciones. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 10, a mayor puntuación mayor percepción del riesgo de adquirir el VIH. Un ejemplo de reactivo es “No soy el tipo de persona que pueda contraer el VIH”. La escala de percepción de la susceptibilidad para la infección por el VIH es autoadministrada, el alfa de Cronbach reportada en estudios recientes es aceptable .79 (Espinosa de Santillana, Acatitla-Dávila & Torres-Escobar, 2019) (Apéndice H).

Victimización sexual.

Se utilizó la escala de experiencia sexual de Koss et al. (2007). La escala contiene siete reactivos, con cuatro opciones de respuestas tipo Likert que van desde 0 = nunca hasta 3 = más de 4 veces. Esta escala indica el tipo de victimización que el individuo experimentó, como: no víctima, contacto sexual, coerción sexual, intento de violación y violación, etc. Un ejemplo de ítem es el siguiente “Alguien acarició, besó o frotó las áreas privadas de mi cuerpo (labios, pecho, entrepierna o trasero) o quitó parte de mi ropa sin mi consentimiento (pero no intentó la penetración sexual)”. La escala de experiencia sexual es autoadministrada. La escala reportó un alfa de Cronbach que oscila entre .75 y .90 (Zerubavel & Messman-Moore, 2013).

Debido a que este instrumento se encuentra en el idioma inglés, se sometió al método de back translation descrito por Gray et al. (2016), el cual consiste en traducir el instrumento del idioma original (inglés) al español por un profesional del área de la salud bilingüe, cuyo idioma nativo sea el español, posteriormente se procedió a traducir

de nuevo al inglés por otro profesional del área de la salud, cuya lengua materna es el inglés. Por último, se realizó la revisión y comparación de las traducciones de ambas versiones para comprobar que las preguntas conservaran el mismo sentido o significado. Cabe mencionar que existen validaciones y adaptaciones de versiones anteriores a este instrumento (Apéndice I).

Permisividad sexual.

Se utilizó la subescala de permisividad sexual, de la escala breve de actitud sexual de Hendrick et al. (2006). Está compuesta por 10 ítems, con opciones de respuestas tipo Likert, que va de 1 = muy de acuerdo hasta 5 = muy en desacuerdo. Las puntuaciones oscilan entre 10 y 50 puntos, a menor puntuación, mayor permisividad sexual. Un ejemplo de ítem es “No necesito estar comprometido(a) con una persona para tener relaciones sexuales con él/ella”. Se trata de una escala autoadministrada, la cual presentó un alfa de Cronbach aceptable .81 - .93 en estudios recientes (Guerra-Ordoñez et al., 2017) (Apéndice J).

Intención de usar condón.

Se utilizó la Subescala de intención de usar condones (Deb et al., 2009). La escala está compuesta por 4 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, que va desde 1 = total mente de acuerdo hasta 5 = totalmente en desacuerdo. En el ítem 2 invirtió la puntuación. El puntaje oscila entre 4 y 20, a menor puntaje, mayor intención de usar condón. Un ejemplo de ítem es “No tendría objeción si mi pareja sugiriera usar condones”. Se trata de una escala autoadministrada, la cual presenta una consistencia interna de $\alpha = .76$ (Deb et al., 2009) (Apéndice K).

Conducta sexual asertiva.

Se utilizó la escala de asertividad sexual (SAS), creada por Morokoff et al. (1997), validada en español por Sierra et al. (2011). Esta escala cuenta con 18 ítems que evalúa tres dimensiones de la AS: inicio (ítems 1 al 6), rechazo (ítems 7 al 12) y prevención de embarazo e ETS (E-ETS) (ítems 13 al 18). Las opciones de respuesta tipo

Likert, que van desde 0 = Nunca hasta 4 = Siempre. Los puntajes van desde 0 a 72, a mayor puntuación, mayor AS. Un ejemplo de reactivo es: “Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste”. La escala de asertividad sexual es autoadministrada, que en estudios recientes se reporta confiabilidad de manera global $\omega = .80$, por sub-escalas: inicio $\omega = .80$, rechazo $\omega = .76$ e E-ETS $\omega = .85$ (Torres-Obregón et al., 2017) (Apéndice L).

Procedimiento de Recolección de Datos

Aprobación de comités y autorización del proyecto.

Para la realización del presente estudio se solicitó la evaluación y aprobación al Comité de Investigación y al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez obtenida la aprobación por parte de los comités de la FAEN, se solicitó la autorización a las autoridades correspondientes de los centros de asistencia social para migrantes, se entregaron oficios expedidos por la FAEN para solicitar el acceso a las instalaciones. Cuando se autorizaron se notificó a los responsables de las instalaciones acerca de quiénes serían las personas que recolectarían la información, así mismo se estructuró una calendarización de los días y horarios en los que se llevó a cabo dicho procedimiento, de la misma manera se solicitó un espacio privado para los participantes libre de ruido y distracciones para el llenado de los instrumentos.

Capacitación para los encuestadores.

Posterior a la autorización por parte de los comités de la FAEN y de las autoridades de los centros de asistencia social para migrantes. Se capacitó al equipo de personas que participaron en el reclutamiento y selección de los participantes, y a los encuestadores. Se les capacitó sobre las medidas de prevención y protección sobre COVID-19, del uso correcto del equipo de protección personal (colocación, retiro y desecho), el manejo de las encuestas usadas y su resguardo. Cabe mencionar, que se les dotó de lo siguiente: careta, cubrebocas N95, guantes, gel antibacterial, aerosol

desinfectante, bolsas de polietileno).

A las personas encargadas de la selección de los participantes se les explicó sobre las características necesarias para participar en el estudio, y la forma de realizar dicha selección. Se le entregó una copia del consentimiento informado y se le explicó todas las dudas, así como la instrucción de cómo se debe registrar correctamente. A los encuestadores se les presentó la batería de instrumentos, se explicó las dudas con respecto al llenado y palabras que posiblemente desconozcan, esto para evitar confusiones y poder aclarar las dudas que se pudieran presentar durante la recolección de los datos.

Selección de los participantes.

Una vez que se establecida la calendarización, se prepararon los materiales necesarios para llevar a cabo la recolección de los datos, se incluyeron las encuestas impresas dentro de un sobre, plumas, lápices, sacapuntas, borradores, sobres, equipo de protección personal, termómetro. Como se mencionó anteriormente, los participantes fueron seleccionados por conveniencia, tomando en consideración los criterios de inclusión. La persona encargada de la selección realizó las siguientes actividades para verificar si el migrante presentaba síntomas que pusieran en riesgo la integridad de los demás, así como del equipo recolector de información: 1) comprobó el uso de cubrebocas (se le proporcionó un cubrebocas y gel antibacterial, en el caso de no contar con uno); 2) preguntó por la presencia de síntomas en los últimos días (tos, cefalea, fiebre, cansancio); 3) realizó la medición de la temperatura corporal; y 4) verificó a través de cuestionamientos si la persona cumplía con los criterios de inclusión para participar en el proyecto.

Cuando el migrante aceptó participar en el proyecto, se le explicó que se trata de una investigación, se le mencionaron los beneficios de participar en el estudio, y se hizo mención de que su participación sería anónima, confidencial y voluntaria, haciendo énfasis en que podía retirarse en cualquier momento sin tener ninguna repercusión por

ello. Por otro lado, cuando el migrante presentó criterios de exclusión, el encargado de seleccionar a los participantes agradeció el interés y le explicó de manera atenta, cordial y breve, que por el momento no contaba con las características requeridas por este proyecto.

Explicación y registro del consentimiento informado.

Se le entregó al participante un sobre que contenía consentimiento informado (Apéndice M) y la batería de instrumentos. Se le explicó el contenido del consentimiento informado, en caso de dudas, se le otorgó la información necesaria. Se hizo énfasis en que los datos proporcionados no representaban un peligro para su estancia en la ciudad y en el centro de asistencia social, además de que podía retirarse en cualquier momento si así lo deseaba sin ningún tipo de represalias. Para el llenado del consentimiento se requirió su firma autógrafa exclusivamente y la de dos testigos, aunque el formato de consentimiento solicitaba el domicilio, se colocó el nombre del centro de asistencia social donde se encontraban. Al término del llenado del consentimiento, se le entregó una copia.

Llenado de encuestas.

La encuesta se identificó con un código alfanúmero, asignado para evitar duplicidad de la información, esto en caso de que el migrante pudiera cambiar de albergue. El código estaba compuesto por seis dígitos de su fecha de nacimiento día/mes/año y las iniciales de su primer nombre y apellidos. Se le dio instrucciones para dar respuesta a las encuestas, y se les recordó que podían retirarse en cualquier momento si así lo desea, y no existirían represalias.

Al finalizar el llenado de las encuestas y para la verificación de llenado completo de las encuestas, los encuestadores preguntaron a los participantes si decidieron omitir preguntas, en caso de omisión se invitó a completar la encuesta, cabe mencionar que no se le obligó a completar la encuesta, sin embargo, si se preguntaron los motivos por los cuales omitía la respuesta (personal, comprensión, entre otros), para tomar en

consideración esos elementos para investigaciones futuras.

Entrega de obsequio e información sobre prevención del VIH.

Una vez que el participante concluyó el llenado de la batería de instrumentos, se agradeció su participación de manera atenta y cordial. Como incentivo y en agradecimiento por su tiempo, se entregó un sobre con la cantidad de \$50.00 pesos. Además, se les proporcionó información con respecto a formas de transmisión y prevención del VIH de manera verbal. Fue opción del participante, llevarse un paquete con artículos de higiene personal (shampoo, jabón líquido, toallas sanitarias, cottonetes), y preservativos.

Resguardo de la batería de instrumentos y datos.

Posterior a la verificación del llenado de las encuestas, estas se ingresaron nuevamente al sobre. Después se colocaron en conjunto en bolsas de polietileno, se administró desinfectante en aerosol, las bolsas se cerraron, hasta que el encargado del proyecto capturó los datos para su análisis en la base de datos. Esto último, considerando el tiempo en el que el virus del SARS-COV-2 puede vivir en la superficies de papel y plástico (Van Doremalen et al., 2020).

Las respuestas de las encuestas fueron resguardadas bajo llave por parte del responsable del proyecto. Los datos de encuestas se capturaron en una base de datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para su análisis.

Consideraciones Éticas

El presente proyecto de investigación está fundamentado en el reglamento por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987; Cámara de Diputado del H. Congreso de la Unión, 2014). En donde se establecen los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica destinada a la salud, ya que la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación. El presente proyecto corresponde a una investigación para la salud, según lo estipulado en el

Artículo 3º, pues presenta acciones que contribuyen al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos (Fracción I), y a la prevención y control de los problemas de salud (Fracción III).

Se consideró lo estipulado en el título segundo de aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13, que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo tanto, se cuidó que los participantes fueran tratados con amabilidad y respeto, los instrumentos se aplicaron en un lugar privado, protegiendo el anonimato y confidencialidad, y se consideró la disponibilidad de tiempo del participante.

Con referencia en el Artículo 14, se contó con el consentimiento informado por escrito de los participantes (Fracción V) y con el dictamen del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Fracción VII). La recolección de los datos se realizó cuando se obtuvo la autorización de las autoridades correspondientes de las instituciones de salud (Fracción VIII).

Con base en el Artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, ya que la batería de instrumentos se llenó en un espacio solicitado por el investigador donde el participante pudo contestar el instrumento con mayor comodidad; no se le solicitó su nombre en algún instrumento; los instrumentos ya contestados se colocaron en sobres que posteriormente se cerraron; para la captura en la base de datos se les asignó un código, y la base de datos sólo fue manipulada por el investigador principal.

De acuerdo al Artículo 17, la cual considera como riesgo de investigación, la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, clasificándose en sin riesgo, con riesgo mínimo y con riesgo mayor que el mínimo. Esta investigación se consideró de riesgo mínimo puesto que se aplicaron instrumentos que abordaron aspectos relacionados con la conducta

sexual (Fracción II). En relación al Artículo 20, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual, el participante autorizó su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

En referencia al Artículo 21, para que el consentimiento informado se considere existente, se le brindó al participante una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprender al menos la justificación y los objetivos de investigación (Fracción I); los procedimientos que se efectuaron y su propósito (Fracción II); que quizá algunas preguntas pudieran resultarle incómodas (Fracción III); que su contribución es importante para la generación de conocimiento (Fracción IV); la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a dudas ((Fracción VI), así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio (Fracción VII); y la seguridad de que no se identificó y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (Fracción VIII).

El consentimiento informado se realizó por escrito (Artículo 22), por el investigador principal, señalando la información mencionada en el Artículo anterior (Fracción I), fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Fracción II), se incluyó dos testigos, fue firmado por el participante y por los dos testigos, se extendió un duplicado, quedando un ejemplar en poder del participante (Fracción III). Finalmente, respecto al Artículo 58, Fracción II, los resultados obtenidos fueron utilizados exclusivamente para fines de la investigación mediante su difusión en revistas y congresos científicos (Apéndice M).

Plan de Análisis de los Datos

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características

de los participantes se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, se calcularon sumatorias e índices para los instrumentos. Además de lo anterior, se consideró el análisis factorial exploratorio para confirmar el número de dimensiones de los instrumentos, y para determinar la necesidad de eliminar reactivos con cargas menores a .3, y cuya eliminación mejore la consistencia interna del instrumento.

Posteriormente se evaluó si los datos presentan normalidad, utilizando la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, para determinar y justificar el uso de estadística paramétrica o no paramétrica. Para dar respuesta a los objetivos específicos, se realizaron correlaciones de Spearman, modelos de regresión lineal simple y análisis de mediación con la sintaxis de Process de Hayes (2017), para confirmar los resultados, se utilizó el método con *Bootstrap para 10000 muestras*. En el caso de las variables categóricas se utilizaron variables dummy, con base en las categorías de los valores cualitativos. Finalmente, para dar respuesta al objetivo general, se utilizó un modelo de regresión lineal univariado con método backward.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados del estudio. Primero, se presentan resultados de las características generales de la población, estadística descriptiva donde se obtuvieron las frecuencias y porcentajes, las medidas de tendencia central y dispersión de las variables de estudio, así como prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors) respectivamente. Posteriormente se presenta la prueba de consistencia interna (Alfa de Cronbach) para cada una de las escalas y el análisis factorial exploratorio de las variables que obtuvieron baja consistencia interna. Después se muestran las pruebas estadísticas (correlaciones de Spearman y Modelos de mediación con contraste *Bootstrap* para 10000 muestras) utilizadas para dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos y finalmente se presentan los resultados de las pruebas estadísticas para dar respuesta al objetivo general.

Características generales de los participantes

Se realizó la invitación para participar en el estudio en diferentes centros, albergues y casas de migrantes. Participaron 317 personas, sin embargo el 4.1% de las encuestas fueron eliminadas porque estaban incompletas, el 1.3% de los participantes decidieron retirarse del proyecto, y el 0.6% respondieron múltiples respuestas, por lo que no fue posible determinar la respuesta. De los instrumentos que fueron completados en su totalidad, 22 fueron eliminados debido a que el lugar de origen reportado fue Tijuana, 16 fueron eliminados en el programa SPSS por identificarse como repetidos, con base en el código alfanumérico asignado (fecha nacimiento: día/mes/año más iniciales del nombre), mientras que 11 fueron eliminados por reportar vivir con VIH.

Participaron en el estudio 249 personas migrantes que cumplieron con los criterios de inclusión. El 85.5% de los participantes eran hombres, mientras que el

14.5% eran mujeres. En la tabla 1, se muestra que la media de edad de los participantes fue de 42.85 años ($DE= 10.00$) e iniciaron su vida sexual alrededor de los 15.46 años ($DE= 3.27$ años). El nivel de escolaridad que predominó fue el de secundaria terminada con un 26.5%, seguido por preparatoria incompleta con un 16.5%; el promedio de años de estudio fue de 8.72 ($DE= 2.91$). Cabe mencionar que, seis de los participantes reportaron no haber asistido a la escuela, para el llenado de los instrumentos fueron apoyados por los encuestadores, dando lectura a las preguntas y respuestas. El estado civil que predominó fue soltero con un 58.2%, seguido de casado con un 15.3%.

Con respecto al país de origen, el 84.7% menciona ser de México, el 4.8% de Honduras, el 4.4% de El salvador. El 79.5% de los participantes informa viajar solos, mientras que el 11.6% menciona viajar con algún familiar, el resto con conocidos. De los participantes que mencionan ser de México, el 11.6% afirma ser originarios del estado de Sinaloa, el 10.4% del estado de Jalisco y el 8.8% de Michoacán (Tabla 2).

Tabla 1

Medidas de Tendencia Central y Dispersión de Variables Sociodemográficas

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
Edad	42.87	9.98
Edad de IVSA	15.46	3.27
Años de estudio	8.72	2.91

Nota: n= 249

Tabla 2

Características Generales de la Población

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Mujer	36	14.5
Hombre	213	85.4
Estado civil		
Soltero	145	58.2
Casado	38	15.3
Unión libre	36	14.5
Divorciado	19	7.6
Viudo	11	4.4
Escolaridad		
No fui a la escuela	6	2.4
Primaria incompleta	23	9.2
Primaria completa	36	14.5
Secundaria incompleta	15	6.0
Secundaria completa	66	26.5
Preparatoria incompleta	41	16.5
Preparatoria completa	32	12.9
Carrera técnica incompleta	13	5.2
Carreta técnica completa	8	3.2
Licenciatura incompleta	8	3.2
Licenciatura completa	1	0.4
Posgrado	0	0.0

Nota: n= 249

(continúa)

Tabla 2

*Características Generales de la Población**(Continuación)*

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Lugar de origen		
México	211	84.7
Honduras	12	4.8
El Salvador	11	4.4
Guatemala	10	4.0
Colombia	2	0.8
Venezuela	1	0.4
Costa Rica	2	0.8

Nota: n= 249

Descripción de las variables del estudio

A continuación, se presenta la estadística descriptiva y el resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las variables: edad, escolaridad, depresión sexual, nivel de conocimientos sobre VIH, autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo de adquirir el VIH, victimización sexual, permisividad sexual, intención de usar condón y conducta sexual asertiva (Tabla 3).

Con respecto al factor personal psicológico, depresión sexual obtuvo una media de 8.45 ($DE= 2.91$), la cual se encuentra por debajo del punto medio (15), lo que significa que la mayoría de los participantes no presentan sentimientos de tristeza sobre su capacidad para relacionarse sexualmente con otro individuo. En cuanto a los factores socioculturales, escolaridad, obtuvo una media de 8.72 años ($DE= 2.9$), esto indica que la mayor parte de los participantes cuentan con un nivel de escolaridad hasta secundaria completa. Mientras que en el nivel de conocimientos sobre el VIH, se obtuvo una media

de 11.26 ($DE= 3.8$) por encima del punto medio, lo que indica que los participantes tienen conocimientos sobre el VIH.

En cogniciones y afectos relacionados a la conducta se encuentran la autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo, victimización sexual y permisividad sexual. En autoeficacia para usar condón, se obtuvo una media de 54.15 ($DE=13.7$), la cual se encuentra por encima del punto medio, lo que indica que los participantes del estudio perciben seguridad en sus capacidades para usar el condón. En erotofobia-erotofilia, se obtuvo una media de 27.57 ($DE= 7.03$), que se encuentra por arriba del punto medio, lo que indica que los participantes tienen emociones y sensaciones positivas que expresan ante estímulos sexuales (erotofílicos).

La satisfacción sexual tuvo una media de 20.92 ($DE= 5.16$), lo que indica que los participantes tienen respuestas afectivas a partir de la evaluación del grado de satisfacción de las relaciones sexuales. Mientras que el deseo sexual, presenta una media por encima del punto medio 51.6 ($DE= 17.7$), lo que indica que la mayoría de los participantes presentan sensaciones desencadenadas por estímulos externos e internos, y que estas pueden provocar el inicio de la actividad sexual del migrante con otra persona o consigo mismo.

La percepción del riesgo de adquirir el VIH, obtuvo una media por encima del punto medio, lo que indica que los participantes se perciben con mayor probabilidad y vulnerabilidad de adquirir el VIH con su o sus parejas sexuales. Con respecto a la victimización sexual, la media se encontró debajo del punto medio, lo que indica que los participantes presentan menor victimización sexual, el 23.3% de los participantes refiere alguna experiencia de violencia sexual. Con respecto a la permisividad sexual, se obtuvo una media ligeramente por debajo del punto medio, lo cual indica que los participantes presentan permisividad sexual. Mientras que en la intención de usar condón, se obtuvo una media por encima del punto medio, lo cual indica que los participantes tienen el propósito de usar condón en sus próximas relaciones sexuales o en un periodo

considerado de tiempo. Con respecto al resultado conductual, la conducta sexual asertiva presentó una media por encima del punto medio, lo cual sugiere que los participantes tienen mayor conducta sexual asertiva.

Tabla 3

Estadística Descriptiva de las Variables de Estudio

Variable	Mín	Máx	M	Mdn	DE	Da	p
Edad	20	76	42.85	43	10.00	.061	.001
Depresión sexual	0	17	8.72	9	2.91	.217	.028
Escolaridad (años)	5	22	8.45	7	4.10	.237	.001
Nivel de Conocimientos sobre VIH	0	18	11.26	12	3.87	.115	.001
Autoeficacia para Usar Condón	14	70	54.15	56	13.70	.124	.001
Erotofobia-Erotofilia	8	42	27.57	28	7.03	.127	.001
Satisfacción Sexual	7	28	20.92	21	5.17	.090	.001
Deseo Sexual	7	80	51.61	51	17.78	.060	.032
Percepción del Riesgo de adquirir el VIH	5	11	8.82	9	1.40	.159	.001
Victimización sexual	0	71	2.99	0	9.96	.382	.001
Permisividad sexual	8	40	19.95	20	9.26	.114	.001
Intención de usar condón	4	20	13.23	15	5.26	.187	.001
Conducta sexual asertiva	1	61	41.17	41	7.85	.138	.001

Nota: M= Media, Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar, Min= Mínimo, Max= Máximo, Da= Prueba de normalidad con corrección Lilliefors, n= 249.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Se analizó la consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 4, se muestra que los instrumentos de medición presentaron valores aceptables, a excepción de la subescala de Percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH la cual presentó un alfa de Cronbach débil. En el caso del Inventario de Deseo Sexual, de la subescala de Percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH y de la Subescala de intención de usar condones, se presentan los valores ajustados, con base en el análisis factorial exploratorio.

Tabla 4

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Alfa de Cronbach
Subescala de Depresión Sexual	5	.703
Cuestionario Breve de Conocimientos sobre el VIH	18	.804
Escala de Autoeficacia percibida para el Condón	14	.926
Escala de Opinión Sexual	6	.763
Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva	7	.847
Inventario de Deseo Sexual*	11	.899
Subescala de Percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH *	3	.663
Escala de Experiencia Sexual	7	.954
Subescala de permisividad sexual	10	.925
Subescala de intención de usar condones*	3	.814
Escala de Asertividad Sexual	18	.868

Nota: n=249, * Se realizó análisis factorial y se eliminaron reactivos con cargas factoriales menores a .3

Análisis factorial exploratorio

Las escalas se sometieron a análisis factorial exploratorio. El propósito de este análisis fue de constatar la estructura de la escala. Para ello, se realizó un análisis de máxima verosimilitud reteniendo un solo factor, con rotación varimax para verificar la carga de los reactivos, eliminando los reactivos cuya carga factorial fue menor a .3. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el Inventario de Deseo Sexual, en la subescala de Percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH y en la Subescala de intención de usar condones.

Inventario de Deseo Sexual. Para este instrumento se consideraron tres factores, debido a las dimensiones que presenta la escala (deseo sexual en pareja, deseo sexual pareja-atractiva y deseo sexual solitario). La escala consta de 13 reactivos, presenta una consistencia interna de .887. Se comprobó la adecuación de los datos mediante el test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO= .867) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{[78]} = 1915.229$; $p < .001$). La mayoría de los reactivos presentaron cargas factoriales superiores a .40, excepto el 1 y 2, los cuales presentaron a su vez una menor correlación ítem-total (Apéndice N). La varianza total explicada por los factores fue de 70%.

Posterior a la eliminación de los reactivos, la escala presenta dos factores. Para este análisis se utilizaron 11 reactivos. La escala presentó una consistencia interna de .899. Se analizó la adecuación de los datos mediante el test KMO= .874, y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{[55]} = 1681.412$; $p < .001$). La varianza total explicada fue de 74%. Cabe mencionar que, a pesar que este inventario está compuesto por subescalas, la puntuación total de los 11 reactivos fue la que se utilizó para el análisis estadístico. En el apéndice O, se presenta el instrumento sugerido para valorar el deseo sexual en migrantes.

Subescala de Percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH. La escala consta de 5 reactivos, presenta una consistencia interna de .514. Se obtuvo un KMO= .547 y en la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{[10]} = 156.918$; $p < .001$). La

mayoría de los reactivos presentaron cargas factoriales bajas, sin embargo los reactivos uno y dos presentaron a su vez menor correlación ítem-total, y aumento en el alfa de Cronbach al ser eliminados. La varianza total explicada por los factores fue de 60%. Una vez que se eliminaron los reactivos, la subescala presentó una consistencia interna de .663. Se obtuvo un test KMO= .622, y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{[3]} = 116.603$; $p < .001$). La varianza total explicada fue de 59.8%. Se presenta el instrumento sugerido para valorar la percepción del riesgo de adquirir el VIH en migrantes (Apéndice Q).

Subescala de intención de usar condones. La escala consta de 4 reactivos, presenta una consistencia interna de .605. Se obtuvo un KMO= .670 y en la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{[6]} = 280.054$; $p < .001$). La mayoría de los reactivos presentaron cargas factoriales medias, sin embargo el reactivo dos presentó carga factorial menor a .1. Además, presentó menor correlación ítem-total, y su eliminación aumentó el alfa de Cronbach. La varianza total explicada por los factores fue de 80%. Una vez que se eliminó el reactivo, la escala presentó una estructura unidimensional con tres reactivos, con una consistencia interna de .814. Se obtuvo un test KMO= .681, y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{[3]} = 273.752$; $p < .001$). La varianza total explicada fue de 90%. Se presenta el instrumento con los ajustes sugeridos para valorar la intención de usar condón en migrantes (Apéndice R).

Resultados de Acuerdo a los Objetivos Específicos del Estudio

Para dar respuesta a los objetivos específicos, se realizaron pruebas de correlación Spearman. Se realizaron análisis de mediación, para identificar efectos directos e indirectos de acuerdo al planteamiento de cada objetivo, así como análisis de regresión lineal simple. Además, se utilizó modelo de regresión simple.

El primer objetivo plantea identificar el efecto que tienen las características personales sobre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, la intención de usar condón y el resultado conductual. Se realizó la prueba de correlación entre las

variables (Tabla 5). Se encontró que la depresión sexual se correlacionó de manera negativa y estadísticamente significativa con satisfacción sexual ($r_s = -.275, p < .01$), con la intención de usar condón ($r_s = .165, p < .01$) y con conducta sexual asertiva en migrantes ($r_s = -.434, p < .01$).

En la tabla 6, se muestra el análisis de efectos directos de los factores personales con las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo para adquirir el VIH, victimización sexual y permisividad sexual). Al analizar las características personales, se encontró que el sexo tiene efecto negativo ($\beta = -5.338, IC95\% [-9.066, -1.610], p < .01$) en la victimización sexual. Lo que indica que, cuando un migrante es hombre su índice de victimización sexual disminuirá 5.338 unidades con respecto a las mujeres migrantes. Mientras que la edad tiene efecto negativo en el deseo sexual ($\beta = -.234, IC95\% [-.436, -.032], p < .05$), y positivo en permisividad sexual ($\beta = .162, IC95\% [.013, .311], p < .05$). Lo anterior quiere decir que, por cada unidad que aumente el migrante en edad, el índice en el Inventario de Deseo Sexual disminuirá .234 unidades, mientras que el índice de permisividad sexual aumentará .162 unidades.

Además, se encontró que la depresión sexual tiene efecto negativo sobre la autoeficacia para usar condón ($\beta = -.517, IC95\% [-.908, -.126], p < .01$), de la misma manera en el deseo sexual ($\beta = -.590, IC95\% [-1.089, -.092], p < .05$), y en la percepción del riesgo de adquirir el VIH ($\beta = -.098, IC95\% [-.143, -.053], p < .001$). Lo que indica que por cada unidad que el migrante disminuya en el índice de depresión sexual, los índices de autoeficacia para usar condón, deseo sexual y percepción del riesgo de adquirir el VIH aumentarán .517, .590 y .098 unidades respectivamente.

Por otro lado, el estado civil tiene un efecto negativo en la autoeficacia para usar condón, cuando el migrante es soltero ($\beta = -11.579, IC95\% [-18.893, -4.264], p < .01$),

casado ($\beta = -12.452$, $IC95\%$ [-20.491, -4.413], $p < .01$), refiere tener estado civil en unión libre ($\beta = -8.247$, $IC95\%$ [-16.167, -3.327], $p < .05$), o es divorciado ($\beta = -11.956$, $IC95\%$ [-20.838, -3.073], $p < .01$). Lo que indica que cuando un migrante es soltero, casado, unión libre, divorciado, el índice de autoeficacia para usar condón disminuirá 11.579, 12.452, 8.247, y 11.956 unidades respectivamente. Estos resultados reflejan que los migrantes que son casados tienen mayor efecto negativo en autoeficacia para usar condón, con respecto a los migrantes que tienen otro estado civil. Además, se encontró que el estado civil tiene efecto positivo en erotofobia-erotofilia, percepción del riesgo de adquirir el VIH y permisividad sexual. El efecto en erotofobia-erotofilia se presenta cuando el migrante es casado ($\beta = 4.685$, $IC95\%$ [.318, 9.052], $p < .05$). Lo que indica que cuando un migrante es casado su índice de erotofobia-erotofilia aumentará 4.685 unidades con respecto a los migrantes con otro estado civil.

En cuanto a percepción del riesgo de adquirir el VIH, el efecto se muestra cuando el migrante es soltero ($\beta = 1.027$, $IC95\%$ [.149, 1.906], $p < .05$), casado ($\beta = 1.163$, $IC95\%$ [.200, 2.127], $p < .05$), o divorciado ($\beta = 1.075$, $IC95\%$ [.011, 2.138], $p < .05$). Lo que indica que cuando un migrante es soltero, casado y divorciado, su índice de percepción del riesgo incrementará 1.027, 1.163, 1.075 unidades respectivamente. Se presenta mayor efecto positivo en los migrantes casados. Por otro lado, en permisividad sexual el efecto se muestra cuando el migrante es soltero ($\beta = 8.052$, $IC95\%$ [1.117, 14.988], $p < .05$), casado ($\beta = 8.364$, $IC95\%$ [.738, 15.990], $p < .05$), o vive en unión libre ($\beta = 9.021$, $IC95\%$ [1.604, 16.437], $p < .05$). Lo que quiere decir, que cuando un migrante es soltero, casado o vive en unión libre, su índice de permisividad sexual aumentará 8.052, 8.364 y 9.021 unidades respectivamente. Se presenta mayor efecto positivo sobre permisividad sexual en migrantes que viven en unión libre.

Tabla 5

Correlaciones entre características personales con cogniciones y afectos relacionados a la conducta y conducta sexual asertiva en migrantes

<i>Características personales</i>	<i>Cogniciones y afectos relacionados a la conducta</i>							<i>IUC</i>	<i>CSA</i>
	<i>AUC</i>	<i>E-E</i>	<i>SS</i>	<i>DeS</i>	<i>PRVIH</i>	<i>VS</i>	<i>PS</i>		
Edad	.010	-.012	.081	-.106	.034	.001	.092	.029	.086
Depresión sexual	-.167**	-.147*	-.275**	-.243**	-.253**	.015	.163*	.165**	-.434**
Escolaridad ^a	.070	-.032	.091	.029	-.009	.062	-.040	.024	.037
Nivel de conocimientos sobre el VIH	.232**	.077	-.126*	-.095	.006	.074	.062	.028	-.014

Nota. $n = 249$ participantes, $a =$ años de estudio, *AUC*= Autoeficacia para usar condón, *E-E*= Erotofobia-erotofilia, *SS*= Satisfacción sexual, *DeS*=

Deseo sexual, *PRVIH*= Percepción del riesgo de adquirir el VIH, *VS*= Victimización sexual, *PS*= Permisividad sexual, *IUC*= Intención de usar condón, *CSA*=

Conducta sexual asertiva * $p < .05$; ** $p < .01$.

Tabla 6

Efectos directos de los factores personales en las cogniciones y afectos relacionados a la conducta

Variable dependiente	Variables independientes	B	EE	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Autoeficacia para usar condón $R^2 = .351$	Constante	29.148	9.425	.002	10.578	47.718
	Sexo ^a	-2.054	2.287	.370	-6.561	2.453
	Edad	-.024	.081	.759	-.185	.135
	Depresión sexual	-.517	.198	.009	-.908	-.126
	Escolaridad	-.089	.265	.736	-.611	.432
	Estado civil ^b	-11.579	3.712	.002	-18.893	-4.265
	Estado civil ^c	-12.452	4.080	.002	-20.491	-4.413
	Estado civil ^d	-8.247	4.020	.413	-16.167	-.327
	Estado civil ^e	-11.956	4.508	.008	-20.838	-3.073
	NCVIH	.895	.206	.001	.489	1.301
Erotofobia-erotofilia $R^2 = .288$	Constante	17.630	5.040	.001	7.699	27.561
	Sexo ^a	-.776	1.231	.529	-3.202	1.649
	Edad	.002	.043	.958	-.083	.088
	Depresión sexual	-.135	.107	.211	-.347	.077
	Escolaridad	-.142	.142	.316	-.422	.137
	Estado civil ^b	3.737	2.022	.065	-.247	7.722
	Estado civil ^c	4.785	2.216	.035	.318	9.052
	Estado civil ^d	3.986	2.165	.066	-.280	8.252
	Estado civil ^e	2.329	2.455	.343	-2.509	7.167
	NCVIH	.068	.115	.553	-.158	.295

Nota: $n = 249$, $B = b$, $EE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta, $a =$ hombres; $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados, $IC =$ Intervalo de confianza, $NCVIH =$ Nivel de conocimientos sobre el VIH, *Bootstrap para 10000 muestras.* (continúa)

Tabla 6

Efectos directos de los factores personales a las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (Continuación)

Variable dependiente	Variables independientes	B	EE	P	IC 95%	
					Inferior	Superior
Satisfacción sexual $R^2 = .376$	Constante	3.445	4.549	.332	-3.547	10.438
	Sexo ^a	.586	.846	.489	-1.081	2.254
	Edad	.035	.030	.235	-.023	.094
	Depresión sexual	-.003	.074	.960	-.150	.142
	Escolaridad	.169	.097	.083	-.022	.361
	Estado civil ^b	.374	1.401	.798	-2.385	3.135
	Estado civil ^c	1.977	1.533	.198	-1.043	4.999
	Estado civil ^d	1.190	1.498	.427	-1.761	4.141
	Estado civil ^e	1.255	1.690	.458	-2.075	4.585
	NCVIH	-.216	.078	.006	-.369	-.0623
Deseo sexual $R^2 = .376$	Constante	37.527	11.987	.002	13.909	61.144
	Sexo ^a	1.541	2.914	.597	-4.200	7.282
	Edad	-.234	.102	.022	-.436	-.032
	Depresión sexual	-.590	.253	.020	-1.089	-.092
	Escolaridad	.041	.337	.902	-.623	.705
	Estado civil ^b	-6.460	4.802	.179	-15.922	3.001
	Estado civil ^c	-8.398	5.266	.112	-18.774	1.976
	Estado civil ^d	-6.427	5.143	.212	-16.562	3.706
	Estado civil ^e	-8.196	5.797	.158	-19.619	3.225
	NCVIH	-.295	.272	.279	-.831	.241

Nota: $n = 249$, $B = b$, $EE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta, $a =$ hombres; $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados, $IC =$ Intervalo de confianza, $NCVIH =$ Nivel de conocimientos sobre el VIH, *Bootstrap para 10000 muestras.* (continúa)

Tabla 6

Efectos directos de los factores personales a las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (Continuación)

Variable dependiente	Variables independientes	B	EE	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Percepción del riesgo de adquirir el VIH $R^2 = .124$	Constante	8.822	.987	.001	6.876	10.767
	Sexo ^a	.004	.271	.987	-.532	.541
	Edad	.001	.009	.847	-.017	.020
	Depresión sexual	-.098	.023	.001	-.143	-.053
	Escolaridad	-.033	.031	.283	-.095	.028
	Estado civil ^b	1.027	.445	.022	.149	1.906
	Estado civil ^c	1.163	.489	.018	.200	2.127
	Estado civil ^d	.903	.478	.060	-.039	1.847
	Estado civil ^e	1.075	.539	.047	.011	2.138
	NCVIH	.012	.025	.632	-.380	.062
Victimización sexual $R^2 = .134$	Constante	7.140	8.062	.376	-8.743	23.024
	Sexo ^a	-5.33	1.892	.005	-9.066	-1.610
	Edad	.045	.068	.504	-.088	.180
	Depresión sexual	-.032	.169	.846	-.365	.300
	Escolaridad	.187	.222	.399	-.250	.625
	Estado civil ^b	2.053	3.179	.518	-4.209	8.137
	Estado civil ^c	.480	3.494	.890	-6.403	7.365
	Estado civil ^d	.032	3.406	.992	-6.678	6.743
	Estado civil ^e	7.360	3.812	.054	-.150	14.871
	NCVIH	.220	.179	.219	-.132	.574

Nota: $n = 249$, $B = b$, $EE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta, $a =$ hombres; $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados, $IC =$ Intervalo de confianza, $NCVIH =$ Nivel de conocimientos sobre el VIH, *Bootstrap para 10000 muestras.* (continúa)

Tabla 6

Efectos directos de los factores personales a las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (Continuación)

Variable dependiente	Variables independientes	B	EE	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
	Contante	15.158	8.979	.092	-2.534	32.850
	Sexo ^a	-4.138	2.315	.053	-8.346	.069
	Edad	.162	.075	.033	.013	.311
	Depresión sexual	.145	.188	.441	-.226	.517
Permisividad sexual	Escolaridad	-.072	.249	.770	-.563	.417
$R^2 = .097$	Estado civil ^b	8.052	3.520	.023	1.117	14.988
	Estado civil ^c	8.364	3.870	.031	.738	15.990
	Estado civil ^d	9.021	3.764	.017	1.604	16.437
	Estado civil ^e	1.645	4.297	.702	-6.821	10.112
	NCVIH	.057	.201	.774	-.339	.454

Nota: $n = 249$, $B = b$, $EE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta, $a =$ hombres; $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados, $IC =$ Intervalo de confianza, $NCVIH =$ Nivel de conocimientos sobre el VIH, *Bootstrap para 10000 muestras.*

Finalmente, el nivel de conocimientos sobre el VIH, presenta un efecto positivo en autoeficacia para usar condón ($\beta = .895$, $IC95\% [.489, 1.301]$, $p < .001$) y negativo con satisfacción sexual ($\beta = -.216$, $IC95\% [.369, -.062]$, $p < .01$). Lo anterior indica que por cada unidad que el migrante aumente en el índice del nivel de conocimientos sobre el VIH, el índice de autoeficacia para usar condón aumentará .895 unidades; y el índice de satisfacción sexual disminuirá .216 unidades. Estas relaciones se muestran en la Figura 4.

Figura 4. Esquema de los efectos directos de las características personales y las cogniciones y afectos relacionados a la conducta.

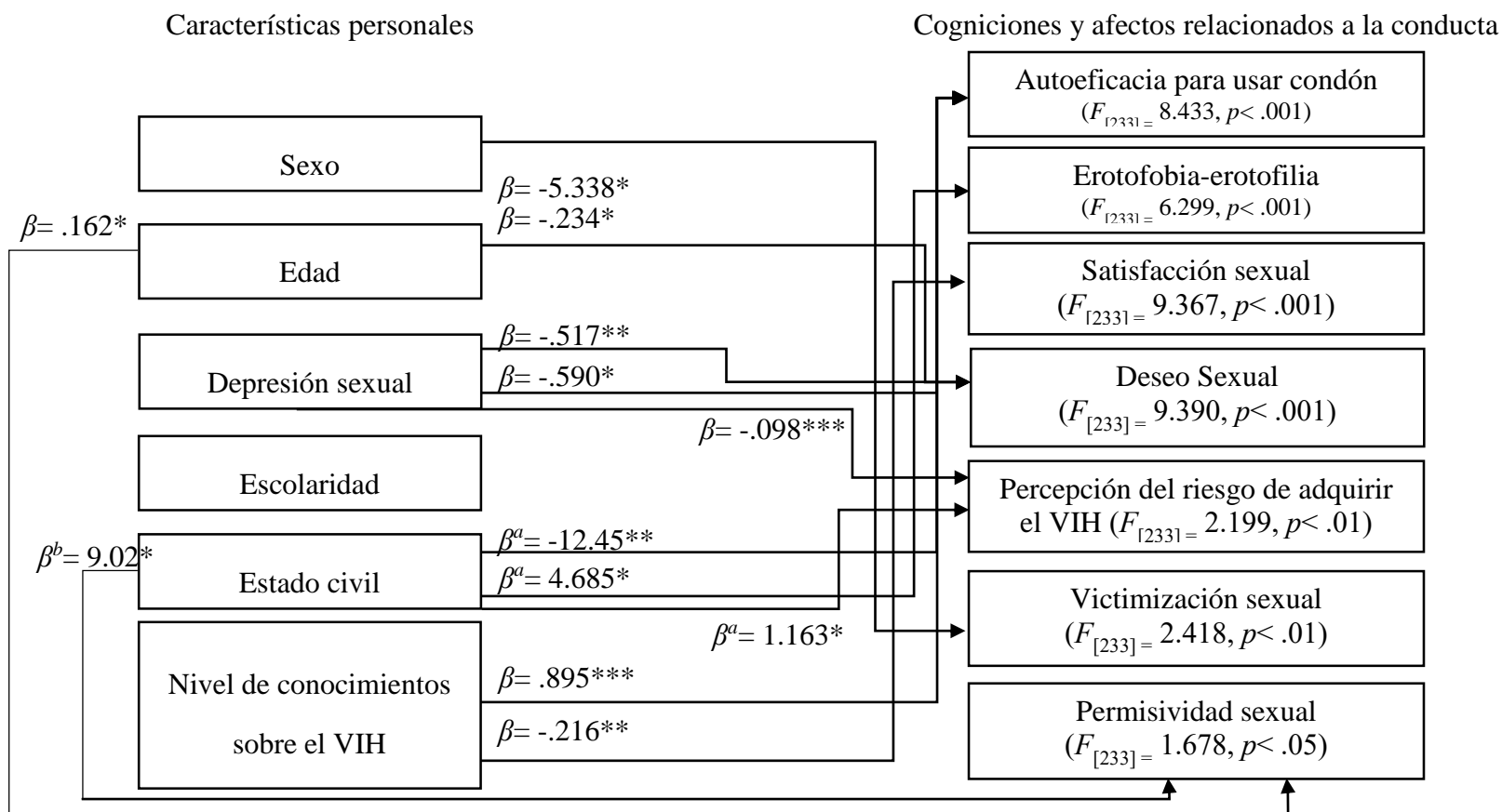


Figura 4. Se presenta los valores del efecto directo entre las características personales y las cogniciones y afectos relacionados a la conducta; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$, ^a = casados, ^b = unión libre.

En la tabla 7, se muestran los efectos directos entre los factores personales con intención de usar condón ($R^2 = .376$, $F_{[232]} = 7.763$, $p < .001$). Se observa que la depresión sexual tiene efecto negativo ($\beta = -.630$, $IC95\% [-.780, -.481]$, $p < .001$) y escolaridad tiene efecto positivo ($\beta = .230$, $IC95\% [.033, .428]$, $p < .05$) con la intención de usar condón. Lo que indica que, por cada unidad que el migrante disminuya en el índice de depresión sexual, el índice de intención de usar condón aumentará .630 unidades. Mientras que por cada unidad que incremente el migrante en escolaridad, el índice de intención de usar condón aumentará .230 unidades. Cabe mencionar, que en el modelo propuesto no se plantea esta relación.

Tabla 7

Efectos directos de los factores personales y la intención de usar condón

Características personales	B	EE	p	IC95%	
				Inferior	Superior
Contante	11.286	3.628	.002	4.137	18.436
Sexo ^a	-.495	.864	.766	-1.946	1.435
Edad	.007	.030	.808	-.053	.067
Depresión sexual	-.630	.075	.001	-.780	-.481
Escolaridad	.230	.100	.021	.033	.428
Estado civil ^b	.497	1.429	.728	-2.319	3.314
Estado civil ^c	-.885	1.570	.573	-3.979	2.207
Estado civil ^d	-.215	1.530	.881	-3.231	2.799
Estado civil ^e	-.447	1.726	.795	-3.849	2.954
NCVIH	.003	.080	.966	-.156	.162

Nota: $n = 249$; Variable dependiente= intención de usar condón; $B = b$; $EE =$ Error estándar; $Beta =$ valor de beta; $a =$ hombres; $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados; $NCVIH =$ Nivel de conocimientos sobre VIH, *Bootstrap para 10000 muestras.*

En la tabla 8, se muestran los efectos directos entre los factores personales (sexo, edad, depresión sexual, escolaridad, estado civil y nivel de conocimientos) con conducta sexual asertiva ($R^2 = .348$, $F_{[232]} = 8.752$, $p < .001$). Se observa que únicamente depresión sexual ($\beta = -.874$, $IC95\% [-1.102, -.645]$, $p < .001$) tienen efecto directo con conducta sexual asertiva, lo que indica que por cada unidad que disminuya el migrante en el índice de depresión sexual, el índice de conducta sexual asertiva incrementará .874 unidades. Estas relaciones se muestran en la Figura 5.

Tabla 8

Efectos directos de los factores personales en la conducta sexual asertiva

Conducta sexual asertiva	B	EE	p	IC95%	
				Inferior	Superior
Contante	35.129	5.538	.001	24.218	46.040
Sexo ^a	2.474	1.319	.062	-.126	5.074
Edad	.006	.046	.882	-.099	.085
Depresión sexual	-.874	.115	.001	-1.102	-.645
Escolaridad	-.051	.152	.736	-.352	.249
Estado civil ^b	.643	2.182	.768	-3.656	4.942
Estado civil ^c	1.844	2.396	.769	-2.877	6.565
Estado civil ^d	2.240	2.335	.959	-2.361	6.842
Estado civil ^e	1.501	2.635	.569	-3.690	6.693
NCVIH	-.074	.123	.546	-.317	.168

Nota: $n = 249$, Variable dependiente= conducta sexual asertiva, $B = b$, $EE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta, $a =$ hombres, $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados, $IC =$ Intervalo de confianza, $NCVIH =$ Nivel de conocimientos sobre el VIH, *Bootstrap para 10000 muestras.*

Figura 5. Esquema de los efectos directos entre los factores personales y la conducta sexual asertiva en migrantes

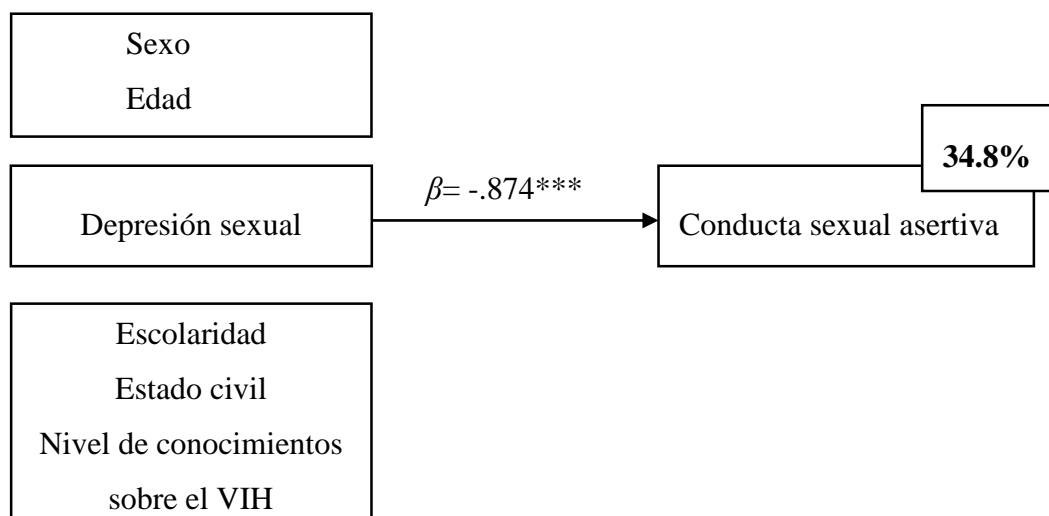


Figura 5. Se presenta los valores del efecto directo entre los factores personales y conducta sexual asertiva; *** $p < .001$.

Para dar respuesta al objetivo dos, el cual está enfocado a identificar el efecto mediador de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo para adquirir el VIH, victimización sexual y permisividad sexual), entre las características personales (edad, sexo, depresión sexual, escolaridad, estado civil, y nivel de conocimientos sobre el VIH) y la intención de usar condón. Se introdujeron como variables independientes las características personales (sexo, edad, depresión sexual, escolaridad, estado civil y nivel de conocimientos), como variable dependiente intención de usar condón, y como variable mediadora cada una de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo para adquirir el VIH, victimización sexual y permisividad sexual).

En la tabla 9, se muestran los resultados del análisis de mediación, entre las variables anteriormente mencionadas. Se encontró que la depresión sexual y escolaridad presentaban efecto directo en la intención de usar condón (Tabla 7). Partiendo de este punto, se encontró que el efecto que tiene la depresión sexual en la intención de usar condón es mediado por la percepción del riesgo de adquirir el VIH ($\beta = -.053$, $IC95\% [-.122, -.015]$). Lo anterior indica que, en los migrantes la depresión sexual afecta la percepción del riesgo de adquirir el VIH, y esta afecta la intención de usar condón.

Por otro lado, el estado civil no tiene efecto directo hacia la intención de usar condón, pero el efecto que tiene el estado civil en la intención de usar condón esta mediado por la percepción del riesgo de adquirir el VIH. Los resultados muestran que los migrantes casados presentan mayor efecto en contraste con migrantes de otro estado civil ($\beta = .633$, $IC95\% [.149, 1.530]$). Lo anterior sugiere que, los migrantes casados tienen mayor percepción del riesgo de adquirir el VIH, y esto hace que tengan mayor intención de usar condón. En este sentido, se encontró que el nivel de conocimientos sobre el VIH no tiene efecto directo con intención de usar el condón, sino que el nivel de conocimientos sobre el VIH ($\beta = -.031$, $IC95\% [-.086, -.001]$) afecta la percepción de la satisfacción sexual y después la intención de usar condón.

En la figura 6, se presentan los efectos directos de las características personales y la intención para usar condón (aunque estas no se proponen en el modelo), los cuales se encuentran señalados con flechas de color azul. Además, se presentan los efectos indirectos de las características personales a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta hacia la intención de usar condón, las cuales se señalan con flechas de color negro.

Tabla 9

Efectos indirectos de las características personales y la intención de usar condón, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta

Variable mediadora	Variables independientes	B	EE	IC 95%	
				Inferior	Superior
Autoeficacia para usar condón $R^2 = .351$	Sexo ^a	.019	.089	-.092	.327
	Edad	.001	.002	-.003	.008
	Depresión sexual	.004	.014	-.019	.041
	Escolaridad	.001	.008	-.010	.026
	Estado civil ^b	.108	.305	-.452	.779
	Estado civil ^c	.117	.334	-.470	.900
	Estado civil ^d	.077	.233	-.311	.686
	Estado civil ^e	.112	.330	-.464	.879
NCVIH	-.008	.024	-.064	.035	
Erotofilia- erotofobia $R^2 = .288$	Sexo ^a	-.011	.059	-.233	.059
	Edad	.001	.002	-.004	.005
	Depresión sexual	-.002	.007	-.026	.008
	Escolaridad	-.002	.008	-.310	.008
	Estado civil ^b	.054	.193	-.230	.637
	Estado civil ^c	.067	.238	-.291	.766
	Estado civil ^d	.057	.205	-.239	.668
Estado civil ^e	.033	.165	-.630	.606	
NCVIH	.001	.005	-.005	.020	

Nota: n= 249; B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta; a= hombres; b= solteros, c= casados, d= unión libre, e= divorciados; NCVIH= Nivel de conocimientos sobre el VIH; *Bootstrap para 10000 muestras.*

(continúa)

Tabla 9

Efectos indirectos de los factores personales y la intención de usar condón, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (Continuación)

Variable mediadora	Variables independientes	B	EE	IC 95%	
				Inferior	Superior
Satisfacción sexual $R^2 = .376$	Sexo ^a	.085	.157	-.143	.528
	Edad	.005	.005	-.002	.022
	Depresión sexual	-.001	.013	-.030	.027
	Escolaridad	.024	.020	-.001	.087
	Estado civil ^b	.054	.205	-.232	.666
	Estado civil ^c	.287	.286	-.041	1.168
	Estado civil ^d	.172	.249	-.140	.938
	Estado civil ^e	.182	.282	-.213	.979
	NCVIH	-.031	.021	-.086	-.001
Deseo sexual $R^2 = .376$	Sexo ^a	-.041	.093	-.341	.078
	Edad	.006	.006	-.002	.024
	Depresión sexual	.015	.016	-.005	.063
	Escolaridad	-.001	.010	-.030	.016
	Estado civil ^b	.173	.235	-.902	.936
	Estado civil ^c	.226	.287	-.092	1.139
	Estado civil ^d	.173	.249	-.101	.989
	Estado civil ^e	.220	.268	-.097	1.044
	NCVIH	.007	.011	-.004	.050

Nota: n= 249; B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta; a= hombres; b= solteros, c= casados, d= unión libre, e= divorciados; NCVIH= Nivel de conocimientos sobre el VIH; *Bootstrap para 10000 muestras.* (continúa)

Tabla 9

Efectos indirectos de los factores personales y la intención de usar condón, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (Continuación)

Variable mediadora	Variables independientes	B	EE	IC 95%	
				Inferior	Superior
Percepción del riesgo de adquirir el VIH $R^2 = .124$	Sexo ^a	.002	.159	-.310	.346
	Edad	.001	.006	-.011	.014
	Depresión sexual	-.053	.025	-.122	-.015
	Escolaridad	-.018	.021	-.080	.012
	Estado civil ^b	.559	.295	.132	1.34
	Estado civil ^c	.633	.331	.149	1.530
	Estado civil ^d	.491	.278	.088	1.232
	Estado civil ^e	.584	.358	.097	1.628
	NCVIH	.006	.015	-.018	.047
Victimización sexual $R^2 = .134$	Sexo ^a	.016	.154	-.282	.364
	Edad	.001	.001	-.005	.002
	Depresión sexual	.001	.007	-.013	.013
	Escolaridad	-.001	.006	-.018	.009
	Estado civil ^b	-.006	.066	-.166	.114
	Estado civil ^c	-.001	.059	-.144	.106
	Estado civil ^d	-.001	.040	-.088	.080
	Estado civil ^e	-.023	.218	-.521	.396
	NCVIH	-.001	.009	-.024	.014

Nota: n= 249; B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta; a= hombres; b= solteros, c= casados, d= unión libre, e= divorciados; NCVIH= Nivel de conocimientos sobre el VIH; *Bootstrap para 10000 muestras.* (continúa)

Tabla 9

Efectos indirectos de los factores personales y la intención de usar condón, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (Continuación)

Variable mediadora	Variables independientes	B	EE	IC 95%	
				Inferior	Superior
	Sexo ^a	.186	.160	-.008	.669
	Edad	-.007	.005	-.024	.002
	Depresión sexual	-.006	.009	-.037	.005
Permisividad	Escolaridad	.003	.011	-.014	.034
sexual	Estado civil ^b	-.362	.271	-1.071	.012
$R^2 = .097$	Estado civil ^c	-.376	.286	-1.137	.021
	Estado civil ^d	-.406	.298	-1.202	.013
	Estado civil ^e	-.074	.194	-.663	.201
	NCVIH	-.002	.009	-.028	.012

Nota: n= 249; B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta; a= hombres; b= solteros, c= casados, d= unión libre, e= divorciados; NCVIH= Nivel de conocimientos sobre el VIH; *Bootstrap para 10000 muestras.*

Figura 6. Esquema del modelo de mediación de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales e intención de usar condón

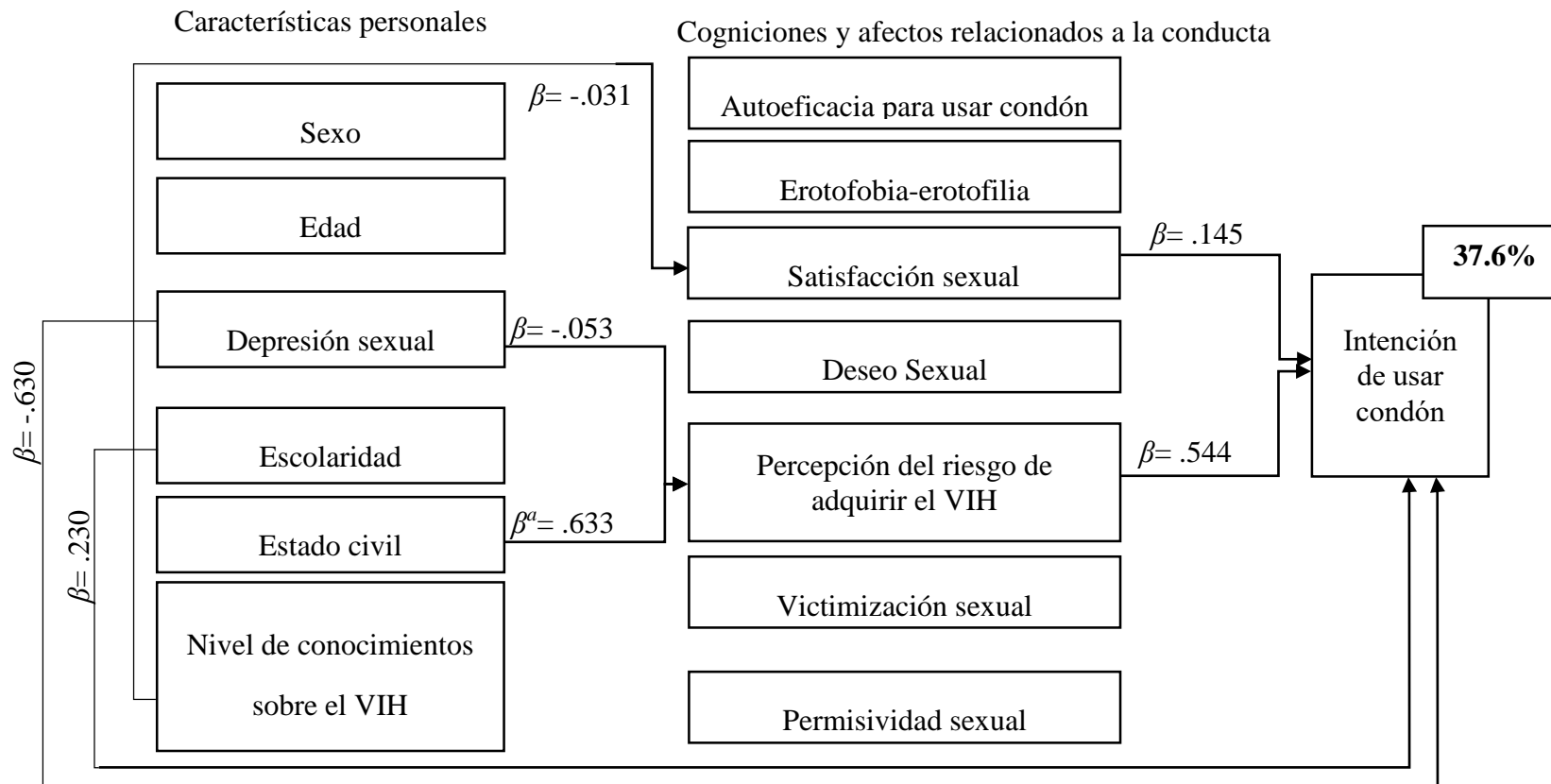


Figura 6. Se presenta los valores del efecto indirecto entre las características personales y la intención de usar condón, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, así como las variables controladas. ^a= casados.

Para dar respuesta objetivo tres, el cual plantea identificar el efecto mediador de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales y el resultado conductual. Se realizó un análisis de mediación, los resultados se presentan en la tabla 10, se observa que la autoeficacia para usar condón tiene un efecto mediador entre el estado civil casado ($\beta = -.806$, $IC95\%$ [-2.316, -.005]) y divorciado ($\beta = -.773$, $IC95\%$ [-2.361, -.011]) en la conducta sexual asertiva. El resultado obtenido indica que los migrantes casados y divorciados tienen menor autoeficacia para usar condón, y esto hace que tengan menor conducta sexual asertiva. En la Figura 7, se representa los efectos mencionados.

Tabla 10

Efectos indirectos de los factores personales y conducta sexual asertiva, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta

Variable mediadora	Variables independientes	B	EE	IC 95%	
				Inferior	Superior
Autoeficacia para usar condón $R^2 = .351$	Sexo ^a	-.133	.199	-.738	.111
	Edad	-.001	.006	-.021	.008
	Depresión sexual	-.033	.028	-.116	.001
	Escolaridad	-.005	.020	-.064	.026
	Estado civil ^b	-.749	.523	-2.115	.022
	Estado civil ^c	-.806	.564	-2.316	-.005
	Estado civil ^d	-.533	.452	-1.877	.014
	Estado civil ^e	-.773	.562	-2.361	-.011
	NCVIH	-.058	.039	-.001	.158

Nota: $n = 249$, Variable dependiente= conducta sexual asertiva, $B = b$, $EE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta, $a =$ hombres, $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados, $IC =$ Intervalo de confianza, *Bootstrap para 10000 muestras.*

(continúa)

Tabla 10

Efectos indirectos de los factores personales y conducta sexual asertiva, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (Continuación)

Variable mediadora	Variables independientes	B	EE	IC 95%	
				Inferior	Superior
Erotofobia-erotofilia $R^2 = .288$	Sexo ^a	-.132	.213	-.697	.195
	Edad	.001	.008	-.016	.020
	Depresión sexual	-.023	.020	-.079	.006
	Escolaridad	-.024	.026	-.092	.015
	Estado civil ^b	.639	.551	-.090	2.090
	Estado civil ^c	.801	.608	-.013	2.393
	Estado civil ^d	.618	.569	-.070	2.199
	Estado civil ^e	.398	.566	-.441	1.935
	NCVIH	.011	.020	-.023	.061
Satisfacción sexual $R^2 = .376$	Sexo ^a	-.017	.102	-.404	.102
	Edad	-.001	.004	-.015	.004
	Depresión sexual	.001	.007	-.014	.018
	Escolaridad	-.005	.017	-.057	.020
	Estado civil ^b	-.011	.122	-.432	.148
	Estado civil ^c	-.060	.221	-.763	.227
	Estado civil ^d	-.036	.176	-.752	.150
	Estado civil ^e	-.038	.195	-.727	.192
	NCVIH	.006	.021	-.030	.059

Nota: $n = 249$, Variable dependiente= conducta sexual asertiva, $B = b$, $EE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta, $a =$ hombres, $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados, $IC =$ Intervalo de confianza,

Bootstrap para 10000 muestras.

(continúa)

Tabla 10

Efectos indirectos de los factores personales y conducta sexual asertiva, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (Continuación)

Variable mediadora	Variables independientes	B	EE	IC 95%	
				Inferior	Superior
Deseo sexual $R^2 = .376$	Sexo ^a	-.003	.081	-.226	.133
	Edad	.001	.006	-.012	.015
	Depresión sexual	.001	.017	-.034	.037
	Escolaridad	-.001	.008	-.019	.015
	Estado civil ^b	.014	.224	-.369	.598
	Estado civil ^c	.018	.277	-.507	.678
	Estado civil ^d	.014	.230	-.401	.597
	Estado civil ^e	.018	.272	-.469	.684
	NCVIH	.001	.011	-.018	.030
Percepción del riesgo de adquirir el VIH $R^2 = .124$	Sexo ^a	.001	.132	-.277	.309
	Edad	.006	.005	-.007	.016
	Depresión sexual	-.033	.036	-.123	.025
	Escolaridad	-.011	.019	-.090	.008
	Estado civil ^b	.344	.404	-.247	1.448
	Estado civil ^c	.390	.432	-.267	1.526
	Estado civil ^d	.302	.357	-.206	1.298
	Estado civil ^e	.360	.431	-.217	1.650
	NCVIH	.004	.013	-.010	.051

Nota: $n = 249$, Variable dependiente= conducta sexual asertiva, $B = b$, $EE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta, $a =$ hombres, $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados, $IC =$ Intervalo de confianza,

Bootstrap para 10000 muestras.

(continúa)

Tabla 10

Efectos indirectos de los factores personales y conducta sexual asertiva, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (Continuación)

Variable mediadora	Variables independientes	B	EE	IC 95%	
				Inferior	Superior
Victimización sexual $R^2 = .134$	Sexo ^a	-.236	.283	-1.070	.073
	Edad	.002	.003	-.001	.016
	Depresión sexual	-.001	.014	-.035	.025
	Escolaridad	.008	.014	-.004	.057
	Estado civil ^b	.091	.122	-.062	.463
	Estado civil ^c	.021	.128	-.156	.367
	Estado civil ^d	.001	.092	-.195	.020
	Estado civil ^e	.326	.442	-.084	1.700
	NCVIH	.009	.016	-.010	.058
Permisividad sexual $R^2 = .097$	Sexo ^a	-.212	.221	-.912	.055
	Edad	.008	.008	-.002	.032
	Depresión sexual	.007	.013	-.007	.054
	Escolaridad	-.003	.014	-.044	.016
	Estado civil ^b	.413	.377	-.141	1.393
	Estado civil ^c	.429	.407	-.148	1.477
	Estado civil ^d	.463	.416	-.153	1.550
	Estado civil ^e	.084	.246	-.228	.872
	NCVIH	.003	.012	-.013	.043

Nota: $n = 249$, Variable dependiente= conducta sexual asertiva, $B = b$, $EE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta, $a =$ hombres, $b =$ solteros, $c =$ casados, $d =$ unión libre, $e =$ divorciados, $IC =$ Intervalo de confianza,

Bootstrap para 10000 muestra..

Figura 7. Esquema del modelo de mediación de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales y la conducta sexual asertiva

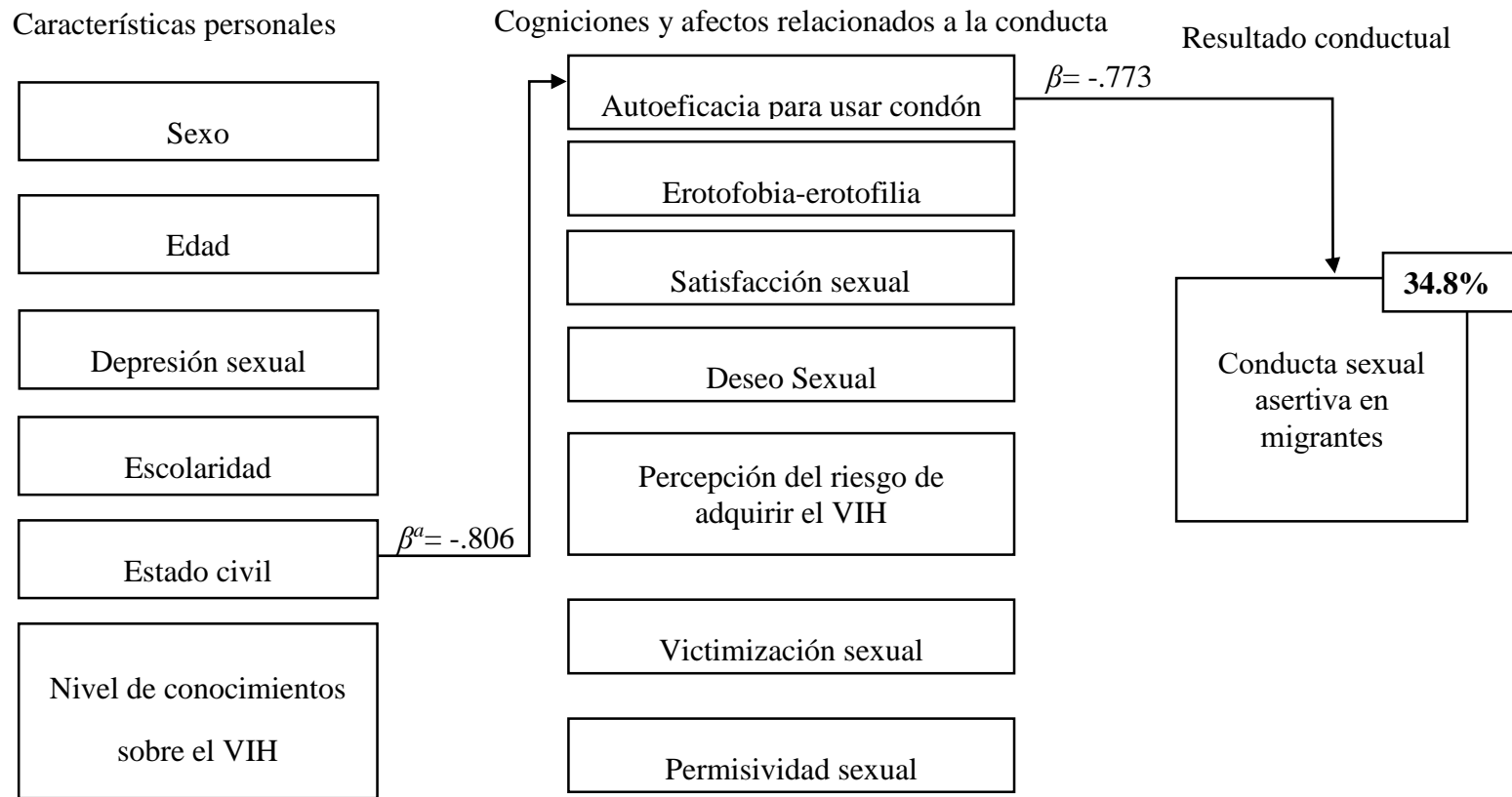


Figura 7. Se presenta los valores del efecto indirecto entre los factores personales y conducta sexual asertiva, a través de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta; ^a= casados.

Para dar respuesta al objetivo cuatro, se realizó un análisis de mediación que contempló los factores personales como variables independientes, conducta sexual asertiva como variable dependiente, como variable mediadora la intención de usar condón. Partiendo de datos anteriormente presentados en las tablas 7 y 8, donde se muestran los efectos directos entre las variables anteriormente mencionadas. Se observa a continuación en la tabla 11, que no existe efecto indirecto entre las variables del modelo. Lo anterior concuerda con el modelo propuesto, donde se consideran que las características personales afectan a las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, antes de la intención de usar el condón para llegar a la conducta sexual asertiva.

Tabla 11

Efectos indirectos de los factores personales y conducta sexual asertiva, a través de la intención de usar condón

Variable mediadora	Variables independientes	B	EE	IC 95%	
				Inferior	Superior
Intención de usar condón	Sexo ^a	.011	.103	-.125	.336
	Edad	-.001	.003	-.012	.004
	Depresión sexual	.028	.071	-.107	.170
	Escolaridad	-.009	.026	-.076	.033
	Estado civil ^b	-.031	.162	-.620	.146
	Estado civil ^c	.011	.160	-.238	.467
	Estado civil ^d	-.004	.161	-.421	.287
	Estado civil ^e	-.011	.180	-.536	.264
NCVIH	.001	.009	-.014	.025	

Nota: n= 249, Variable dependiente= conducta sexual asertiva, B= b, EE= Error estándar, Beta= valor de beta, a= hombres, b= solteros, c= casados, d= unión libre, e= divorciados, IC= Intervalo de confianza, Bootstrap para 10000 muestras.

Respecto al objetivo cinco, el cual está enfocado en identificar el efecto de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo para adquirir el VIH, victimización sexual y permisividad sexual) sobre la intención de usar condón y el resultado conductual (conducta sexual asertiva en migrantes). En la tabla 12 se presenta el análisis de correlación entre los afectos y cogniciones relacionado a la conducta, con la intención de usar condón y con el resultado conductual, en donde se observó que la correlación más significativa de la intención de usar condón fue la percepción del riesgo de adquirir el VIH ($r_s = .296, p < .01$). Por otro lado, la conducta sexual asertiva presentó correlación con diferentes cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre ellas destacó erotofobia-erotofilia ($r_s = .212, p < .01$).

Tabla 12

Matriz de correlación entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual con conducta sexual asertiva

Afectos y cogniciones relacionadas a la conducta	Intención de usar condón	Conducta sexual asertiva
Autoeficacia para usar condón	.146*	.188*
Erotofobia-erotofilia	.106	.212**
Satisfacción sexual	.248**	.182**
Deseo sexual	.116	.130*
PRVIH	.296**	.182**
Victimización sexual	-.041	-.138*
Permisividad sexual	-.138*	.043

Nota: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; $n = 249$.

En la tabla 13, se presentan los efectos directos de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta con la intención de usar condón. Se encontró que satisfacción sexual ($\beta = .157$, $IC95\%$ [.012, .303], $p < .05$), percepción del riesgo de adquirir el VIH ($\beta = .983$, $IC95\%$ [.538, 1.429], $p < .001$) y en permisividad sexual ($\beta = -.064$, $IC95\%$ [-.121, -.007], $p < .05$), tienen efecto directo con la intención de usar condón, explicando el 14.68% de la varianza ($F_{[241]} = 5.981$, $p < .001$). Lo que indica que, por cada unidad que aumente el índice de satisfacción sexual y en la percepción del riesgo de adquirir el VIH, el índice de intención de usar condón aumentará .157 y .983 unidades respectivamente. Por otro lado, por cada unidad que disminuya en el índice de permisividad sexual, el índice de intención de usar condón aumentará .064 unidades.

Tabla 13

Efectos directos de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta con intención de usar condón

Variables independientes	B	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	.363	2.666	.891	-4.890	5.616
Autoeficacia para usar condón	.029	.026	.266	-.022	.080
Erotofobia-erotofilia	.029	.051	.571	-.072	.131
Satisfacción sexual	.157	.073	.033	.012	.303
Deseo sexual	.001	.021	.981	-.041	.043
PRVIH	.983	.226	.001	.538	1.429
Victimización sexual	.012	.032	.709	-.051	.075
Permisividad sexual	-.064	.029	.028	-.121	-.007

Nota: Variable dependiente= intención de usar condón, n= 249, B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta, PRVIH= Percepción del riesgo de adquirir el VIH, *Bootstrap para 10000 muestras.*

Figura 8. Efecto directo de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta con la intención de usar condón

Cogniciones y afectos relacionados a la conducta

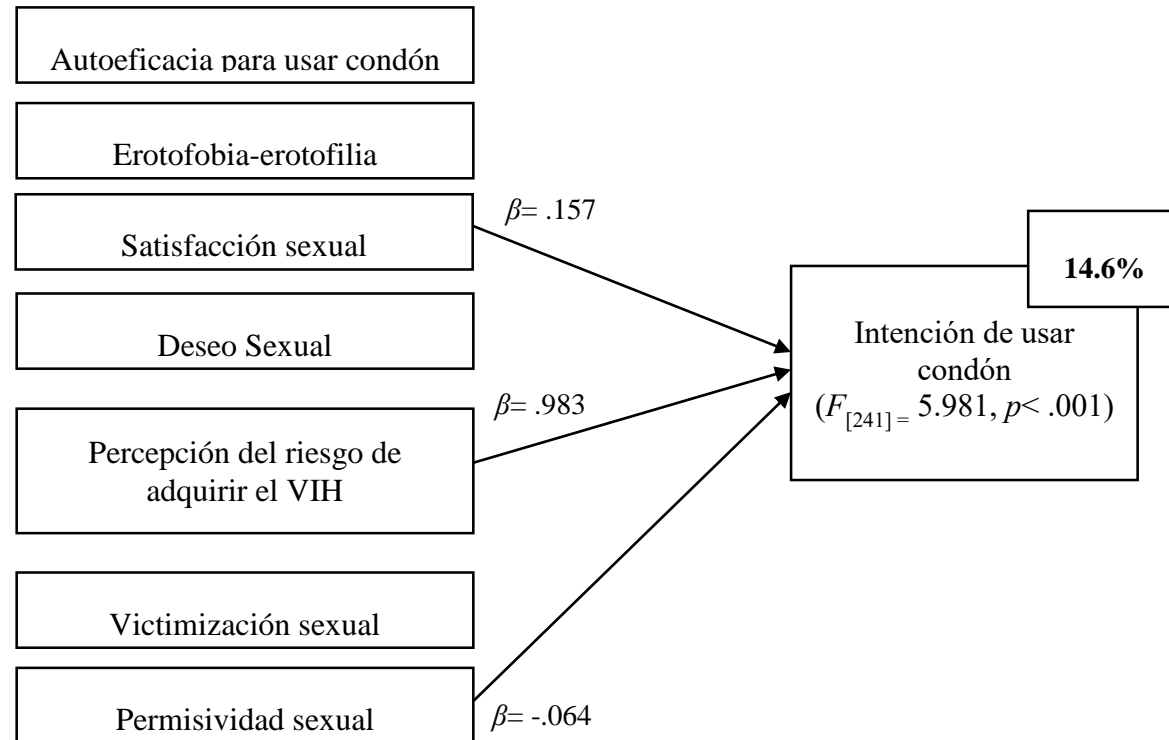


Figura 8. Se presentan los valores del efecto directo entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, con la intención de usar condón, y las variables controladas.

En la tabla 14, se muestra el efecto directo de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, sobre la conducta sexual asertiva. Se encontró efecto directo en autoeficacia para usar condón ($\beta = .094$, $IC95\%$ [.019, .170], $p < .05$), erotofobia-erotofilia ($\beta = .194$, $IC95\%$ [.045, .344], $p < .01$) y en percepción del riesgo de adquirir el VIH ($\beta = .735$, $IC95\%$ [.057, 1.412], $p < .05$), explicando el 18.24% de la varianza ($F_{[240]} = 6.669$, $p < .001$). Lo anterior indica que, por cada unidad que aumente el migrante en el índice de autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, percepción del riesgo de adquirir el VIH, el índice de conducta sexual asertiva aumentará .094, .194 y .735 unidades respectivamente.

Tabla 14

Efectos directos de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y conducta sexual asertiva

Variables independientes	B	EE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	17.905	3.906	.001	10.210	25.600
Autoeficacia para usar condón	.094	.038	.014	.019	.170
Erotofobia-erotofilia	.194	.075	.010	.045	.344
Satisfacción sexual	-.001	.109	.990	-.215	.213
Deseo sexual	.031	.031	.327	-.031	.093
PRVIH	.735	.344	.033	.057	1.412
Victimización sexual	.024	.047	.609	-.068	.116
Permisividad sexual	.041	.043	.332	-.043	.126

Nota: Variable dependiente= intención de usar condón, n= 249, B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta, PRVIH= Percepción del riesgo de adquirir el VIH, *Bootstrap para 10000 muestras.*

Figura 9. Esquema de los efectos directos de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta con la conducta sexual asertiva en migrantes

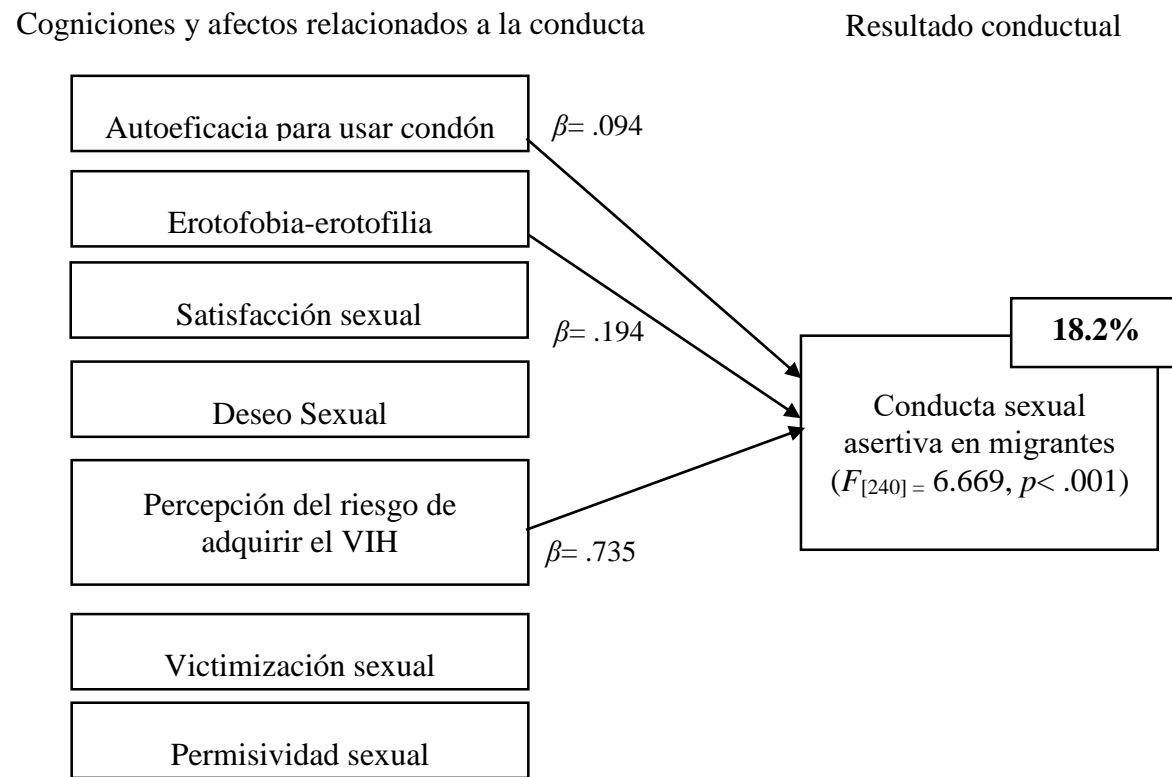


Figura 9. Se presentan los valores del efecto indirecto entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, con la intención de usar condón, y las variables controladas.

En cuanto al objetivo seis, el cual está enfocado en identificar el efecto mediador de la intención de usar condón, entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo para adquirir el VIH, victimización sexual y permisividad sexual) y el resultado conductual (conducta sexual asertiva en migrantes). Para dar respuesta a este objetivo se realizó un análisis de mediación, donde se consideró como variables independientes las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, como variable dependiente la conducta sexual asertiva, y como variable de mediación la intención para usar el condón.

Se encontró que la intención de usar condón tiene un efecto mediador entre satisfacción sexual ($\beta = .043$, $IC95\%$ [.006, .120]) y conducta sexual asertiva. Lo anterior indica que no hay efecto directo de la satisfacción sexual en la conducta sexual asertiva (Tabla 14), sino que la satisfacción sexual afecta la intención de usar condón y después a la conducta sexual asertiva (Tabla 15).

En cuanto a la percepción del riesgo, existe un efecto directo hacia la conducta sexual asertiva (Tabla 14), aunque también se encontró efecto indirecto a través de la intención de usar condón ($\beta = .271$, $IC95\%$ [.089, .563]), es decir, que el efecto que tiene la percepción del riesgo de adquirir el VIH en la conducta sexual asertiva se encuentra mediado por la intención de usar condón (Tabla 15). Esto significa que, los migrantes que tienen mayor percepción del riesgo de adquirir el VIH, tienen mayor intención de usar condón, y con ello mayor conducta sexual asertiva.

Por otro lado, no existe efecto directo de la permisividad sexual en la conducta sexual asertiva (Tabla 14). Sin embargo, su efecto en la conducta sexual asertiva se encuentra mediado por la intención de usar condón ($\beta = -.017$, $IC95\%$ [-.046, -.003]). Es decir, los migrantes con mayor permisividad sexual tienen menor intención de usar condón, y con ello, menor conducta sexual asertiva.

Tabla 15

Efectos indirectos de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y conducta sexual asertiva, a través de la intención de usar condón

Variables independientes	B	EE	IC 95%	
			Inferior	Superior
Autoeficacia para usar condón	.008	.008	-.004	.031
Erotofobia-erotofilia	.008	.014	-.014	.047
Satisfacción sexual	.043	.027	.006	.120
Deseo sexual	.001	.006	-.012	.012
PRVIH	.271	.115	.089	.563
Victimización sexual	.003	.008	-.012	.024
Permisividad sexual	-.017	.010	-.046	-.003

Nota: Variable dependiente= conducta sexual asertiva, variable mediadora= intención de usar condón, $n=249$, $B= b$, $EE=$ Error estándar, $Beta=$ valor de beta, PRVIH= Percepción del riesgo de adquirir el VIH, *Bootstrap para 10000 muestras.*

Figura 10. Esquema del modelo de mediación de la intención de usar condón, entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta y la conducta sexual asertiva en migrantes

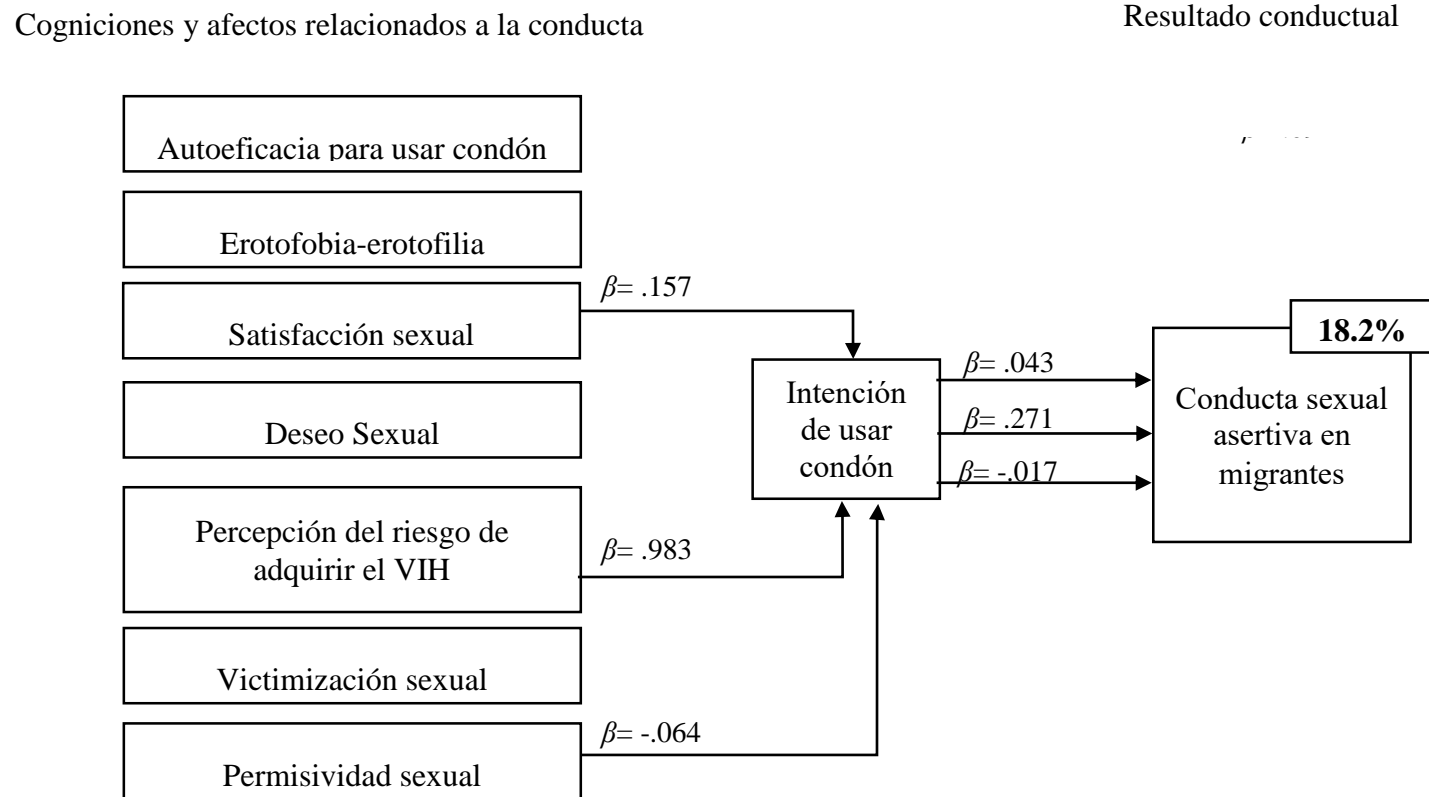


Figura 10. Se presenta los valores del efecto indirecto entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta y la conducta sexual asertiva, a través de la intención de usar condón, y las variables controladas.

De acuerdo al objetivo siete, el cual está enfocado en identificar si la erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual afectan la autoeficacia para usar condón, la intención de usar condón y la conducta sexual asertiva. En la tabla 16, se muestran los resultados del análisis de correlación, se encontró que existe relación positiva y estadísticamente significativa entre erotofobia-erotofilia ($r = .333, p < .01$), satisfacción sexual ($r = .402, p < .01$) con autoeficacia para usar condón.

Tabla 16

Matriz de correlación entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual con autoeficacia para usar condón

	Autoeficacia para usar condón
Erotofobia-erotofilia	.333**
Satisfacción sexual	.402**
Deseo sexual	.150*

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$; $n = 249$.

Se realizó un análisis para determinar el efecto directo entre las variables, se consideró como variables independientes erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, y como variable dependiente autoeficacia para usar condón. El modelo fue significativo, y explica el 22.6% de la varianza ($F_{[248]} = 147.069, p < .001$). Se encontró que erotofobia-erotofilia ($\beta = .557, IC95\% [.318, .796], p < .001$) y satisfacción sexual ($\beta = .962, IC95\% [.629, 1.290], p < .001$) afectan directamente la autoeficacia para usar condón (Tabla 17). Lo anterior indica que, por cada unidad que se aumente en el índice de erotofobia-erotofilia y satisfacción sexual, el índice de autoeficacia para usar condón aumentará .557 y .962 unidades respectivamente. En la figura 11 se representa el efecto directo mencionado.

Después se tomó como variables independientes erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, y como variable dependiente intención de usar condón. Este modelo fue significativo, y explicó el 6.15% de la varianza ($F_{[244]} = 4.000$, $p < .01$). Se encontró efecto directo de satisfacción sexual ($\beta = .189$, IC95% [.038, .339], $p < .05$) sobre la intención de usar condón (Figura 12). Por último, se consideraron como variables independientes erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, y como variable dependiente la conducta sexual asertiva. Se encontró efecto directo en erotofobia-erotofilia ($\beta = .179$, IC95% [.026, .331], $p < .05$) sobre la conducta sexual asertiva (Figura 13). El modelo fue significativo, y explicó el 12.02% de la varianza ($F_{[244]} = 8.334$, $p < .001$).

Tabla 17

Efectos directos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual sobre la autoeficacia para usar condón, intención de usar condón y conducta sexual asertiva

Variable dependiente	Variables independientes	B	EE	p	IC 95%	
					Li	Ls
Autoeficacia para usar condón $R^2 = 22.61$	Constante	22.451	3.913	.001	14.745	30.160
	Erotofobia-erotofilia	.557	.121	.001	.318	.796
	Satisfacción sexual	.962	.169	.001	.629	1.296
	Deseo sexual	-.074	.052	.155	-.176	.028
Intención de usar condón $R^2 = 6.15\%$	Constante	6.802	1.765	.001	3.324	10.279
	Erotofobia-erotofilia	.022	.053	.677	-.083	.127
	Satisfacción sexual	.189	.076	.013	.038	.339
	Deseo sexual	.001	.022	.918	-.043	.044

Nota: variable mediadora= intención de usar condón, $n = 249$; B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta, Li= Límite inferior, Ls= Límite superior, *Bootstrap para 10000 muestras (continúa)*

Tabla 17

Efectos directos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual sobre la autoeficacia para usar condón, intención de usar condón y conducta sexual asertiva
(Continuación)

Variable dependiente	Variables independientes	B	EE	p	IC 95%	
					Li	Ls
Conducta sexual asertiva	Constante	27.165	2.552	.001	22.137	32.194
	Erotofobia-erotofilia	.179	.077	.021	.026	.331
	Satisfacción sexual	.077	.110	.484	-.140	.294
$R^2 = 12.0\%$	Deseo sexual	.025	.031	.421	-.037	.088

Nota: variable mediadora= intención de usar condón, $n = 249$; B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta, Li= Límite inferior, Ls= Límite superior, Bootstrap para 10000 muestras.

Figura 11. Esquema de efectos directos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual sobre la autoeficacia para usar condón

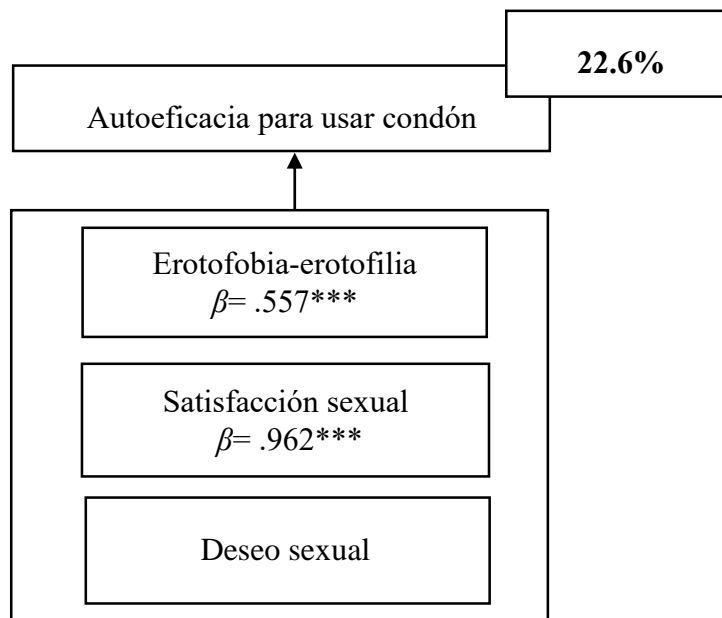


Figura 11. $**p < .01$; $***p < .001$.

Figura 12. Esquema de efectos directos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual sobre la intención de usar condón

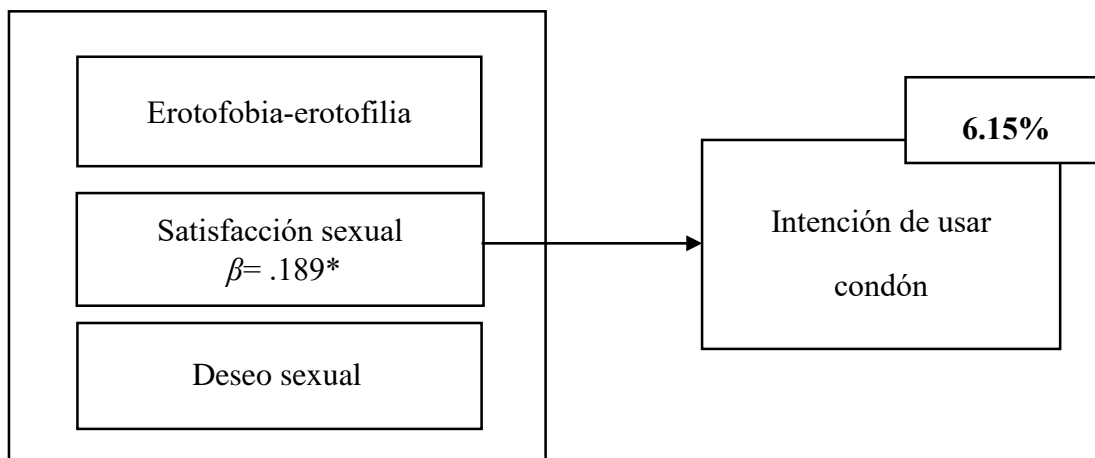


Figura 12. $*p < .05$.

Figura 13. Esquema de efectos directos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual sobre la conducta sexual asertiva

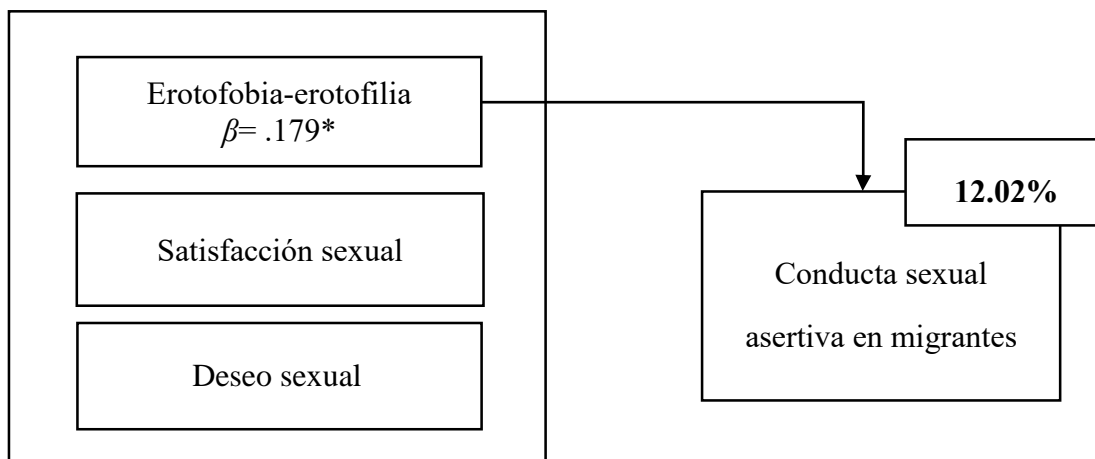


Figura 13. $*p < .05$.

Para dar respuesta al objetivo ocho, el cual está encaminado a examinar el efecto mediador que tiene la autoeficacia para usar condón, entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, con la intención de usar condón. Se realizó un análisis de mediación, que contempló como variables independientes erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, como variable dependiente la intención de usar condón, y como variable mediadora autoeficacia para usar condón. En la tabla 18, se presentan los resultados del análisis de mediación, los cuales no fueron significativos. Esto indica que la autoeficacia para usar condón no tiene un efecto mediador entre las variables introducidas en el modelo.

Tabla 18

Efectos indirectos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual con intención de usar condón, a través de la autoeficacia para usar condón

Variables independientes	B	EE	IC 95%	
			Inferior	Superior
Erotofobia-erotofilia	.018	.019	-.012	.061
Satisfacción sexual	.032	.029	-.022	.096
Deseo sexual	-.002	.003	-.014	.001

Nota: Variable dependiente= conducta sexual asertiva, variable mediadora= intención de usar condón, n= 249; B= b; EE= Error estándar, Beta= valor de beta, *Bootstrap para 10000 muestras.*

Con respecto al objetivo nueve, el cual está enfocado en examinar el efecto mediador de la autoeficacia para usar condón, entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, con la conducta sexual asertiva. Se realizó un análisis de mediación, que contempló como variables independientes erotofobia-erotofilia,

satisfacción sexual y deseo sexual, como variable dependiente conducta sexual asertiva, y como variable mediadora autoeficacia para usar condón.

Se encontró que la autoeficacia para usar condón tiene efecto mediador entre la erotofobia-erotofilia y satisfacción sexual en la conducta sexual asertiva (Tabla 19). Lo anterior indica que, el efecto que tiene la erotofobia-erotofilia en la conducta sexual asertiva se encuentra mediado por la autoeficacia para usar condón. Por otro lado, no hay efecto directo en la satisfacción sexual sobre la conducta sexual asertiva (Tabla 14), sin embargo, el efecto que tiene la satisfacción sexual sobre la conducta sexual asertiva se encuentra mediado por la intención de usar condón. En la figura 14, se encuentran representados los efectos indirectos presentados en las tablas 19.

Tabla 19

Efectos indirectos de erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual con conducta sexual asertiva, a través de la autoeficacia para usar condón

Variables independientes	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>IC 95%</i>	
			<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Erotofobia-erotofilia	.063	.031	.016	.143
Satisfacción sexual	.109	.046	.033	.221
Deseo sexual	-.008	.007	-.029	.001

Nota: Variable dependiente= conducta sexual asertiva, variable mediadora= intención de usar condón, *n*= 249; *B*= *b*; *EE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, *Bootstrap* para 10000 muestras.

Figura 14. Esquema de efectos mediador de la autoeficacia para usar condón, entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, y la conducta sexual asertiva en migrantes

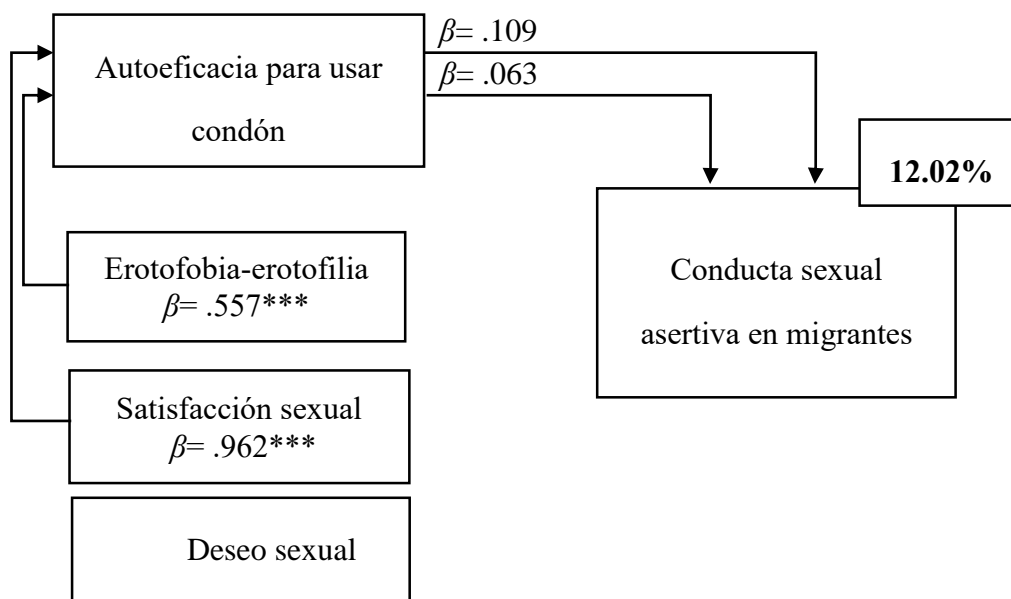


Figura 14. $**p < .01$; $***p < .001$.

Para dar respuesta al objetivo diez, el cual está enfocado en determinar si la intención de usar condón afecta la conducta sexual asertiva en migrantes. Se encontró que existe relación positiva entre la intención de usar condón y la conducta sexual asertiva en migrantes ($r_s = .246$, $p < .05$). Se realizó un modelo de regresión lineal simple, donde la variable independiente fue la intención de usar condón, y como variable dependiente conducta sexual asertiva. Este modelo explicó el 7.3% de la varianza ($F_{[248]} = 57.401$, $p < .001$). En la tabla 20, se encontró que la intención de usar condón afecta de manera positiva a la conducta sexual asertiva ($\beta = .404$, $IC95\% [.224, .584]$, $p < .001$), esto indica que por cada unidad que aumente en el índice de intención de usar condón, el índice de conducta sexual asertiva aumentará .404 unidades.

Tabla 20

Modelo de regresión entre intención de usar condón y conducta sexual asertiva

Conducta sexual asertiva	B	EE	Beta	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	35.829	1.302		.001	33.265	38.393
Intención de usar condón	.404	.091	.271	.001	.224	.584

Nota: Variable dependiente= Conducta sexual asertiva; B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta; IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; n= 249.

Para confirmar los resultados anteriores, se realizó un análisis de regresión con contraste de *Bootstrap*, con lo cual se puede concluir que la intención de usar condón afecta de manera positiva a conducta sexual asertiva (tabla 21). Lo cual confirma que, por cada unidad que aumente el migrante en el índice de intención de usar condón, el índice de conducta sexual asertiva aumentará .404 unidades.

Tabla 21

Modelo de regresión entre intención de usar condón y conducta sexual asertiva con Bootstrap

Conducta sexual asertiva	B	EE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	35.829	1.691	.001	32.573	39.073
Intención de usar condón	.404	.108	.001	.194	.614

Nota: Variable dependiente= Conducta sexual asertiva; B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta; IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; n= 249.

Resultados de acuerdo con el Objetivo General del Estudio

El objetivo general fue analizar la capacidad explicativa-predictiva del Modelo de Conducta Sexual Asertiva en migrantes adultos con domicilio provisional en la frontera Norte de Tijuana Baja California, siguiendo las relaciones establecidas en el Modelo de Promoción de la Salud. Para dar respuesta al objetivo general se realizó un modelo de regresión múltiple, donde se introdujeron las siguientes variables independientes: edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel de conocimientos sobre el VIH, autoeficacia para usar condón, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo de adquirir el VIH, victimización sexual, permisividad sexual e intención de usar condón, y como variable dependiente la conducta sexual asertiva.

Los resultados del modelo de regresión muestran que, la depresión sexual y erotofobia-erotofilia predicen la conducta sexual asertiva en migrantes. Este modelo fue significativo ($F_{[231]} = 7.319, p < .001$), explica 35% de la varianza (Tabla 22). Esto indica que, a mayor depresión sexual, menor conducta sexual asertiva; y a mayor puntuación en erotofobia-erotofilia, mayor puntuación en conducta sexual asertiva.

Posteriormente, se introdujeron las variables anteriormente mencionadas, para realizar un modelo de regresión por pasos sucesivos. El modelo fue significativo y explica el 31.9% de la varianza ($F_{[248]} = 7.301, p < .001$). Las variables que predicen la conducta sexual asertiva fueron depresión sexual y erotofobia-erotofilia (Tabla 23). En la tabla 24, se muestran los resultados del modelo de regresión con contraste de *Bootstrap*, en este análisis se muestra que además de la depresión sexual y la erotofobia-erotofilia, el sexo también predice la conducta sexual asertiva en migrantes (Figura 15). Por lo tanto, quedaron en el modelo final sexo, depresión sexual, erotofobia-erotofilia y la conducta sexual asertiva (tabla 24). Las varianzas explicadas entre los constructos del modelo se pueden apreciar en el apéndice S.

Tabla 22

Modelo lineal de características personales, cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y la intención de usar condón, con conducta sexual asertiva.

Conducta sexual asertiva	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	35.740	5.661	.001	24.587	46.894
Sexo ^a	2.447	1.323	.066	-.159	5.053
Edad	-.007	.047	.890	-.099	.086
Depresión sexual	-.908	.132	.001	-1.169	-.648
Escolaridad	-.039	.155	.801	-.344	.266
Estado civil ^b	.670	2.186	.759	-3.637	4.977
Estado civil ^c	1.796	2.402	.455	-2.936	6.528
Estado civil ^d	2.228	2.339	.342	-2.381	6.838
Estado civil ^e	1.477	2.639	.576	-3.723	6.678
NCVIH	-.074	.124	.548	-.318	.169
Autoeficacia para usar condón	.064	.038	.091	-.010	.139
Erotofobia-erotofilia	.172	.070	.015	.033	.310
Satisfacción sexual	-.023	.103	.827	-.226	.181
Deseo sexual	-.004	.030	.902	-.062	.055
PRVIH	.365	.322	.259	-.270	1.001
Victimización sexual	.044	.045	.327	-.044	.133
Permisividad sexual	.049	.040	.228	-.031	.129
Intención de usar condón	-.054	.100	.590	-.252	.144

Nota: n= 249, Variable dependiente= conducta sexual asertiva, *B*= b, *EE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, *a*= hombres, *b*= solteros, *c*= casados, *d*= unión libre, *e*= divorciados, *IC*= Intervalo de confianza, *NCVIH*= Nivel de conocimientos sobre el VIH, *PRVIH*= Percepción del riesgo de adquirir el VIH, *Bootstrap* para 10000 muestras.

Tabla 23

Modelo de regresión de depresión sexual y erotofobia-erotofilia con conducta sexual asertiva en migrantes

Conducta sexual asertiva	B	EE	p	IC95%	
				Inferior	Superior
Constante	44.211	2.075	.001	40.123	48.298
Depresión sexual	-.959	.103	.001	-1.163	-.755
Erotofobia-erotofilia	.184	.060	.003	.065	.302

Nota: Variable dependiente= Conducta sexual asertiva; B= b; EE= Error estándar; Beta= valor de beta; IC95%= Intervalo de confianza al 95%; n= 249.

Tabla 24

Modelo lineal de características personales, cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y la intención de usar condón, con conducta sexual asertiva, Bootstrap

Conducta sexual asertiva	B	EE.	p	IC95%	
				Inferior	Superior
Constante	35.740	5.721	.001	24.741	47.349
Sexo ^a	2.447	1.195	.035	.169	4.760
Edad	-.007	.048	.893	-.102	.085
Depresión sexual	-.908	.117	.001	-1.156	-.690
Escolaridad	-.039	.166	.809	-.378	.284
Estado civil ^b	.670	2.257	.760	-3.764	5.102
Estado civil ^c	1.796	2.368	.443	-2.747	6.444

Nota: n= 249, Variable dependiente= conducta sexual asertiva, B= b, EE= Error estándar, Beta= valor de beta, a= hombres, b= solteros, c= casados, d= unión libre, e= divorciados, IC= Intervalo de confianza, NCVIH= Nivel de conocimientos sobre el VIH, PRVIH= Percepción del riesgo de adquirir el VIH, Bootstrap para 10000 muestras.

(continúa)

Tabla 24

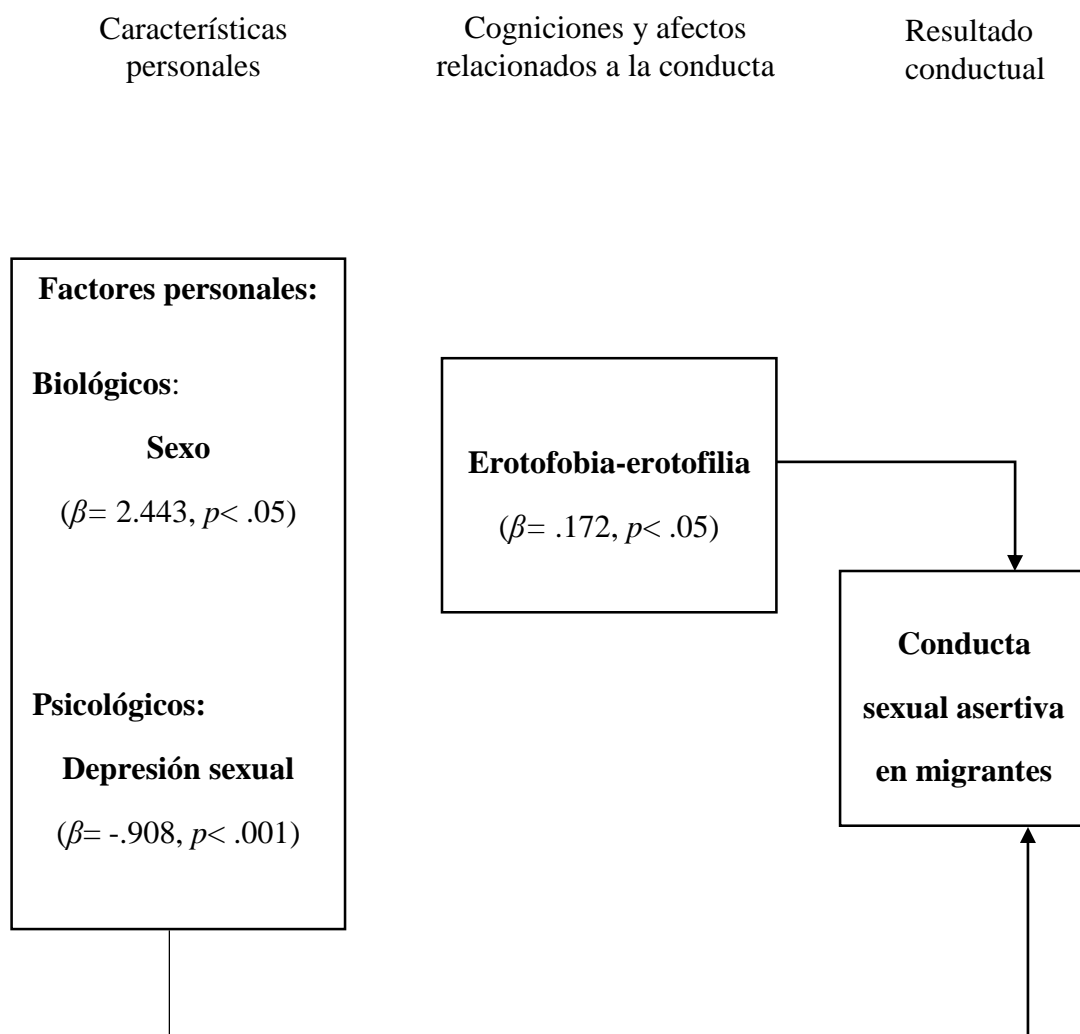
Modelo lineal de características personales, cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y la intención de usar condón, con conducta sexual asertiva, Bootstrap

(Continuación)

Conducta sexual asertiva	B	EE.	p	IC95%	
				Inferior	Superior
Constante	35.740	5.721	.001	24.741	47.349
Estado civil ^d	2.228	2.321	.324	-2.157	6.870
Estado civil ^e	1.477	2.489	.541	-3.424	6.270
NCVIH	-.074	.121	.525	-.327	.158
Autoeficacia para usar condón	.064	.039	.098	-.013	.140
Erotofobia-erotofilia	.172	.066	.010	.047	.306
Satisfacción sexual	-.023	.091	.800	-.203	.154
Deseo sexual	-.004	.027	.896	-.057	.050
PRVIH	.365	.352	.302	-.324	1.040
Victimización sexual	.044	.046	.262	-.058	.125
Permisividad sexual	.049	.040	.218	-.025	.129
Intención de usar condón	-.054	.101	.602	-.265	.134

Nota: n= 249, Variable dependiente= conducta sexual asertiva, B= b, EE= Error estándar, Beta= valor de beta, a= hombres, b= solteros, c= casados, d= unión libre, e= divorciados, IC= Intervalo de confianza, NCVIH= Nivel de conocimientos sobre el VIH, PRVIH= Percepción del riesgo de adquirir el VIH, Bootstrap para 10000 muestras.

Figura 15. Esquema lineal del Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes



$$(R^2 = .350, F_{[248]} = 7.301, p < .001)$$

Figura 15. Se presenta el esquema lineal del Modelo de conducta sexual asertiva en migrante (MCSAM), con las variables estadísticamente significativas.

Modelo de conducta sexual asertiva en migrantes (MCSAM).

Este modelo propuso una serie de conceptos y sus relaciones, que tratan de explicar la conducta sexual asertiva en migrantes. Este modelo fue desarrollado a partir de la subestructuración teórica del MPS. El modelo estuvo conformado por los siguientes conceptos: 1) Sexo, 2) Edad, 3) Depresión Sexual, 4) Escolaridad, 5) Estado civil, 6) Nivel de conocimientos sobre el VIH, 7) Autoeficacia para usar condón, 8) Erotofobia-erotofilia, 9) Satisfacción sexual, 10) Deseo sexual, 11) Percepción del riesgo de adquirir el VIH, 12) Victimización sexual, 13) Permisividad sexual, 14) Permisividad sexual, 15) intención de usar condón y 16) conducta sexual asertiva.

Con base en los resultados obtenidos, el modelo de la conducta sexual asertiva en migrantes comprueba las siguientes proposiciones:

1. El sexo, edad, depresión sexual, estado civil, y nivel de conocimientos sobre el VIH influyen en las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y en la conducta sexual asertiva en migrantes.
2. Las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (satisfacción sexual y percepción del riesgo de adquirir el VIH) tienen un efecto mediador entre las características personales y la intención de usar condón.
3. Las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (autoeficacia para usar condón) tienen un efecto mediador entre las características personales (estado civil) y la conducta sexual asertiva en migrantes.
4. Las cogniciones y afectos relacionados a la conducta influyen en la intención de usar condón y en la conducta sexual asertiva.
5. La intención de usar condón es un mediador entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta (satisfacción sexual, percepción del riesgo de adquirir el VIH y permisividad sexual) y la conducta sexual asertiva en migrantes.

6. La erotofobia-erotofilia y satisfacción sexual influyen en la autoeficacia para usar condón.
7. La autoeficacia para usar condón es un mediador entre la erotofobia-erotofilia y satisfacción sexual, y la conducta sexual asertiva.
8. La intención de usar condón influye en la conducta sexual asertiva en migrantes.

Figura 16. Relación entre las variables del Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes

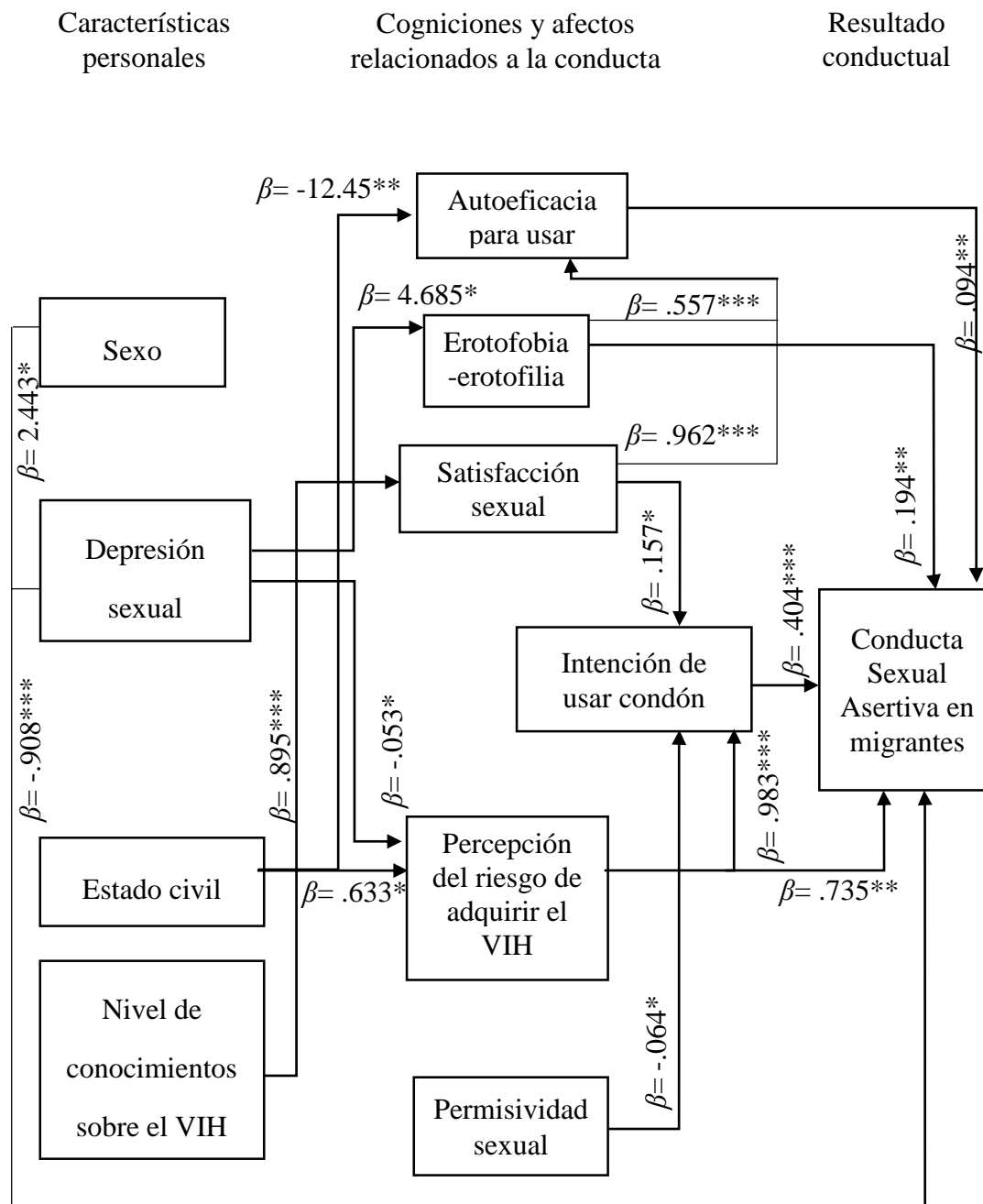


Figura 16. Se presenta un esquema que muestra las relaciones entre los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales) y cogniciones y afectos relacionados a la conducta, intención para usar condón, en la conducta sexual asertiva en migrantes.

Capítulo IV

Discusión

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar la capacidad explicativa-predictiva de la TRM en población migrante adulta con domicilio provisional en la frontera Norte de Tijuana Baja California, siguiendo las relaciones establecidas en el Modelo de Promoción de la Salud. A continuación, se discuten los resultados obtenidos de los objetivos planteados. Posteriormente se presentan las limitaciones de este estudio, conclusiones y recomendaciones en función de los hallazgos.

Con respecto a si los factores personales afectan las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, la intención de usar condón y la conducta sexual asertiva, se encontró que cuando un migrante es hombre, su puntuación en el índice de victimización sexual disminuye con respecto a las mujeres migrantes. Es importante señalar, que en este estudio se encontró menor frecuencia en victimización sexual, en comparación a las reportadas en otros estudios, así como la participación predominante de hombres, a diferencia de los estudios que exploran la victimización sexual, en donde participan en su mayoría mujeres universitarias (Livingstorm et al., 2007; Morokoff et al., 2009; Zerubavel & Messman-Moore, 2013). Además, de que existe la posibilidad de sesgo en la respuesta, ya que es posible que algunos de los migrantes no hayan sido completamente honestos al responder a este instrumento.

Con respecto a la edad, se encontró que a mayor edad, menor deseo sexual, y mayor permisividad sexual. Los resultados concuerdan con los obtenidos por Zheng, Islam, Bell, Skiba y Davis (2020), quienes encontraron que la prevalencia de bajo deseo sexual incrementó conforme avanzaba la edad. En cuanto a la depresión sexual, se encontró que, esta afecta de manera negativa a la autoeficacia para usar condón, al deseo sexual y a la percepción del riesgo para adquirir el VIH. Aunque no existe evidencia empírica para contrastar estos resultados, el MPS propone que los factores personales

psicológicos (depresión sexual) influyen en las creencias y cogniciones relacionadas al resultado conductual (autoeficacia para usar condón, al deseo sexual y a la percepción del riesgo para adquirir el VIH). Es importante mencionar que, en lo correspondiente al deseo sexual, los resultados obtenidos se encuentran acordes a lo mencionado por Achotegui (2003), quien menciona que en el contexto de la migración la persona se encuentra en lucha constante por el éxito de la migración, aunado a esto, los migrantes sufren tensión, originada por todas las vulnerabilidades que padecen, con lo cual aparecen síntomas depresivos de carácter sexual, como consecuencia de esto, se inhibe el interés sexual.

En este mismo sentido, se encontró que la depresión sexual influye negativamente en la conducta sexual asertiva en migrantes. Estos resultados coinciden con Soler et al. (2016) y Vallejo-Medina et al. (2016) quienes encontraron relaciones negativas entre depresión sexual y asertividad sexual en población española y colombiana.

Con respecto al estado civil, se encontró que los migrantes casados presentaron mayor autoeficacia para usar condón, mayores puntuaciones en erotofobia-erotofilia (actitudes sexuales), y mayor percepción del riesgo de adquirir el VIH. Los migrantes con estado civil en unión libre presentaron mayor permisividad sexual. Por otro lado, se encontró que el nivel de conocimientos sobre el VIH afecta de manera positiva a la autoeficacia para usar condón. Sin embargo, se encontró un efecto negativo en la satisfacción sexual, esto puede deberse a que los migrantes que tienen menor nivel de conocimientos sobre el VIH no perciben los riesgos a los que están expuestos, y por lo tanto presentan mayor satisfacción sexual.

Se esperaba encontrar relación entre los factores personales y la conducta sexual asertiva, debido a que la teoría de la que se deriva el presente estudio remarca la importancia de los factores personales en la conducta resultado (Pender et al., 2011). A pesar de que la teoría establece esta relación, los resultados encontrados pueden

atribuirse a las circunstancias diferentes en las que vive la población de estudio, además la evidencia empírica existente fue estudiada en población de culturas diferentes (Curtin et al., 2011; Kim & Choi, 2016; Soler et al., 2016; Vallejo-Medina et al., 2016; Weinstein et al., 2008).

Al analizar el efecto mediador de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales y la intención de usar condón, se encontraron diferentes asociaciones, las cuales se describen a continuación. Se encontró que la percepción del riesgo de adquirir VIH tiene un efecto mediador entre la depresión sexual y la intención de usar condón. Esto indica que, la depresión sexual afecta en primera instancia la percepción del riesgo de adquirir el VIH, y después la intención de usar condón. Este resultado vincula los aspectos psicológicos y cognitivos, donde el migrante con determinada depresión sexual, se percibe asimismo ante un riesgo para adquirir el VIH. Al percibirse en riesgo, esto representaría un aspecto motivacional, que es necesario para el desarrollo de un comportamiento. Por lo tanto, la percepción del riesgo de adquirir el VIH puede explicarse como un factor que conlleva a la intención de usar condón, para el desarrollo de la conducta sexual asertiva, en los migrantes.

Por otro lado, se encontró que los migrantes casados presentan mayor percepción del riesgo de adquirir el VIH, por lo tanto, mayor intención de usar condón. Sin embargo, no por el hecho de ser casado se tiene intención de usar condón, sino que al estar casado la percepción del riesgo de adquirir el VIH incrementa la intención de usar condón. Estos datos difieren de los encontrados en Rizwan et al. (2014), quienes encontraron que los solteros tenían mayor intención de usar condón, pero concuerdan con Li et al. (2004), quienes reportan que las personas que presentan niveles bajos de percepción del riesgo aumentaban el riesgo de adquirir alguna ITS, debido al bajo uso del condón.

Además de lo anterior, se encontró que la satisfacción sexual tiene un efecto mediador entre el nivel de conocimientos sobre el VIH y la intención de usar condón.

Con base en los datos anteriores, el nivel de conocimientos sobre el VIH afecta la percepción de la satisfacción sexual, y después a la intención de usar condón. Los resultados muestran que no existe un efecto directo entre el nivel de conocimientos sobre el VIH en la intención de usar condón, estos datos difieren a los encontrados por Kocken et al. (2006), quienes encontraron que las personas que tienen mayor conocimientos sobre el VIH, tienen mayor intención de usar condón; y con los encontrados en el estudio de Knipper et al. (2007), donde encontraron que los que tenían altos niveles de conocimiento sobre transmisión y prevención del VIH, tenían más probabilidad de usar el condón.

Al examinar el efecto mediador de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre las características personales y el resultado conductual en migrantes, se encontró que los migrantes casados, tenían mayor autoeficacia para usar condón, y presentaban mayor conducta sexual asertiva. Sin embargo, no por el hecho de ser casados tienen mayor conducta sexual asertiva, sino que, al estar casado, la percepción sobre la autoeficacia para usar condón incrementa, y con ello, incrementa la conducta sexual asertiva. En el presente estudio, la influencia directa del estado civil en la conducta sexual asertiva no fue significativa, lo cual difiere con el estudio de Rickert et al. (2000) quienes reportaron que las mujeres casadas presentan mayor probabilidad de tener baja asertividad sexual. Por otro lado, estos resultados son consistentes con la literatura, donde se encontró que, existe una relación positiva, a menor autoeficacia para usar condón, menor conducta sexual asertiva (Baele et al., 2001; Curtin et al., 2011; Osorio-Leyva et al., 2017; Uribe-Alvarado et al., 2017; Riaño et al., 2016).

Se esperaba obtener efecto mediador de las variables correspondientes a las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, entre los factores personales y la conducta sexual asertiva, debido a que el modelo a partir del cual se subestructura el modelo presente, señala las relaciones indirectas de los factores personales en la conducta resultado (Pender et al., 2011). A pesar de que la teoría establece esta relación,

los resultados del estudio pueden atribuirse a las vulnerabilidades y factores en las que se encuentra la población de estudio, tales como la migración misma, la experiencia sexual, cultura, entre otras, además la evidencia empírica existente fue estudiada en poblaciones diferentes (Curtin et al., 2011; Osorio-Leyva et al., 2017; Uribe-Alvarado et al., 2017; Riaño et al., 2016; Sierra et al., 2014; Soler et al., 2016; Vallejo-Medina et al., 2016).

Al analizar el efecto mediador de la intención de usar condón, entre las características personales y el resultado conductual en migrantes, los resultados no fueron significativos, por lo cual, se concluye que la intención de usar el condón no tiene un efecto mediador entre los factores personales y la conducta sexual asertiva. Este resultado concuerda con la estructura del MPS, el cual estipula que, para desarrollar una intención de una conducta deseada, se tienen que vincular aspectos cognitivos de la persona (Pender et al., 2011). Cabe mencionar que, se encontraron efectos directos entre los factores personales y la intención de usar condón. Sin embargo, el MPS no establece una relación directa de los factores personales con la intención de usar condón, lo que difiere de los resultados obtenidos.

En cuanto al efecto de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta sobre la intención de usar condón y el resultado conductual, los resultados muestran que la satisfacción sexual, la percepción del riesgo y la permisividad sexual afectan la intención de usar condón. Es importante señalar, que dentro de este modelo la autoeficacia para usar condón no fue significativa, a pesar de que la literatura sugiere que esta es el mejor predictor de la intención de usar condón. Esto puede deberse a que, en el caso de los migrantes la percepción de sentirse eficaces para usar condón no influye en la intención de usarlos, probablemente porque no se tengan disponibles, porque no desean utilizarlos, o porque tienen relaciones sexuales bajo la influencia de alguna sustancia.

Mientras que la autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia y percepción del riesgo de adquirir el VIH afectan a la conducta sexual asertiva. Estos datos concuerdan con otros estudios donde se reportaron asociaciones positivas entre autoeficacia para usar condón (Osorio-Leyva et al., 2017; Uribe-Alvarado et al., 2017; Riaño et al., 2016), erotofobia-erotofilia (Blanc, 2013; Blanc et al., 2017; Sierra et al., 2014; Soler et al., 2016) y percepción del riesgo de adquirir el VIH (Taiwo, 2015), con asertividad sexual.

Por otro lado, el deseo sexual y victimización no presentaron asociación con la intención de usar condón y el resultado conductual. Esto puede deberse a cuestiones de multicolinealidad, donde se puede asumir que dentro de esta muestra existe relación alta entre el deseo sexual y victimización sexual, lo cual está acorde al estudio de Moyano y Sierra (2014), quienes reportan que existe asociación entre el número de veces en que se había sufrido victimización sexual (con y sin penetración) con cada una de las dimensiones de funcionamiento sexual, entre ellas el deseo sexual.

Al examinar el efecto mediador de la intención de usar condón, entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y el resultado conductual. Los resultados muestran que la intención para usar condón tiene un efecto mediador entre satisfacción sexual, percepción del riesgo de adquirir el VIH y permisividad sexual, hacia la conducta sexual asertiva. Estos datos sugieren que, el migrante que tiene mayor satisfacción sexual, tiene mayor intención de usar el condón, por lo tanto, tendrá mayor conducta sexual asertiva. A pesar de la relación positiva entre la satisfacción y conducta sexual asertiva, cuyos resultados concuerdan con otros estudios (Brassard et al., 2013; Carrobbles, 2011; Leclerc et al., 2015), el efecto directo no fue significativo. El efecto indirecto indica que, la percepción de la satisfacción sexual afecta primero la intención de usar condón y después la conducta sexual asertiva.

La percepción del riesgo de adquirir el VIH se relacionó con la intención de usar condón, estos datos se aproximan con los resultados del estudio de Uribe-Alvarado et al.

(2017) donde reportaron que la baja percepción del riesgo se relaciona con el bajo uso del condón. De la misma manera que el estudio de Uribe-Alvarado et al. (2013), quienes afirman que la baja percepción del riesgo se relaciona con menor aceptación del uso del condón. Estos resultados pueden deberse a que los participantes que se perciben en riesgo de adquirir el VIH tienden a tomar medidas preventivas para disminuir su exposición al riesgo, como el uso del condón (Taiwo, 2015). En cuanto al efecto mediador que tiene la intención de usar condón, los datos sugieren que a mayor percepción del riesgo de adquirir el VIH que presente el migrante, mayor intención de usar condón, por lo tanto, tendrá mayor conducta sexual asertiva.

En cuanto al efecto que tiene la permisividad sexual en la conducta sexual asertiva en migrantes. No se encontró evidencia estadística de que la permisividad sexual tenga efecto sobre la conducta sexual asertiva. Estos datos coinciden parcialmente con los presentados en el estudio de Haavio-Mannila & Kontula (1997), quienes muestran resultados no significativos entre estas variables, en el caso de los hombres. Sin embargo, presentan relación entre permisividad sexual y asertividad sexual, en las mujeres. Se difiere de los resultados reportados por Snell et al. (1993), quien afirma que existe relación positiva entre las variables.

Por otro lado, se encontró que la permisividad sexual tiene efecto negativo en la intención de usar condón. Estos resultados difieren del estudio de Guerra et al. (2017), quienes indican que el uso del condón se relaciona de manera positiva con la permisividad sexual. Esto puede deberse a que la permisividad sexual se encuentra asociada a conductas de riesgo, es por ello, que en primera instancia afecta la intención de usar condón y después la conducta sexual asertiva.

Con respecto a que la erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual afectan la autoeficacia para usar condón en migrantes, los resultados obtenidos muestran que la erotofobia-erotofilia y satisfacción sexual afectan de manera positiva la autoeficacia para usar condón, por lo tanto, a mayor puntuación en los índices de

erotofobia-erotofilia y satisfacción sexual, mayor puntuación en autoeficacia para usar condón. Cabe mencionar que este planteamiento y resultados difieren de otro estudio, donde se considera que la autoeficacia para el uso del condón predice la satisfacción sexual (Orgalla-Blanco, 2017). Los resultados anteriores pudieran sugerir la existencia de relación recíproca entre las variables.

Por otro lado, no se encontró efecto en el deseo sexual, estos datos concuerdan con los presentados por Zea, Raisen, Poppen y Bibianchi (2009) quienes reportaron que el aumento del deseo sexual se asoció con una mayor probabilidad de un encuentro sexual sin protección, en los migrantes que presentaban baja autoeficacia. La literatura sugiere que, dentro de los roles culturales, los hombres tienden a iniciar las actividades sexuales, esto incluye el deseo sexual, descrito como un impulso incontrolable, que esto a su vez dificulta la negociación del uso del condón y su capacidad para utilizarlo (Vanoss-Marin, Tschann, Gomez & Gregorich, 1998).

De acuerdo con el efecto mediador de la autoeficacia para usar condón, entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, con intención de usar condón. Los resultados no fueron significativos, por lo tanto, la autoeficacia para usar condón no tiene un efecto mediador entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual en la intención de usar condón. Estos resultados difieren con lo encontrado en el estudio de Heeren, Jemmott, Mandella y Tyler (2007) quienes mencionan que las actitudes favorables hacia el condón predicen de forma significativa la intención de usarlo, y que la autoeficacia es un predictor en la intención y en el uso del condón en las relaciones sexuales. También, difiere del estudio de Villarruel, Jemmott, Jemmott y Ronis (2004) quienes afirman que las actitudes y la autoeficacia predicen la intención de usar condón. Estas diferencias pueden estar originadas a partir de las características de los participantes, ya que en ambos estudios fueron jóvenes universitarios, lo cual sugiere que, tienen mayor escolaridad a la reportada en este estudio. Además, no presentan la exposición a los factores de migración.

Davis et al. (2014) concluyeron que, si se incrementan las expectativas de la autoeficacia en el uso del condón, se puede elevar la intención de utilizarlo. Cabe mencionar que durante la recolección de los datos, algunos de los participantes externaron su desagrado en el uso del condón, otros mencionaron que de tenerlos disponibles los usarían. A pesar de que los migrantes reconocen los beneficios y la necesidad del uso del preservativo para reducir el riesgo de adquirir ITS, e incluso considerarse autoeficaces para utilizarlos, la adquisición de estos no es una prioridad para ellos.

Con respecto al efecto mediador que tiene la autoeficacia para usar condón, entre erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual y deseo sexual, con la conducta sexual asertiva en migrantes, se encontró que, la autoeficacia para usar condón tiene un efecto mediador entre la erotofobia-erotofilia y satisfacción sexual, en la conducta sexual asertiva. Lo anterior sugiere que los migrantes que presentan mayores puntuaciones en el índice de erotofobia-erotofilia y satisfacción sexual, presentan mayor autoeficacia para usar condón, lo cual incrementa la conducta sexual asertiva en los migrantes.

Esta relación positiva entre las variables muestra que los migrantes se encuentran más cerca del polo positivo (erotofilia), los resultados concuerdan con otros estudios, que estipulan que mayores puntuaciones en erotofobia-erotofilia se relacionan de manera positiva con la conducta sexual asertiva (Blanc, 2013; Blanc et al., 2017; Sierra et al., 2014; Soler et al., 2016). Esto puede deberse a que, en el contexto de la migración, la persona se encuentra constantemente expuesta a estímulos de carácter sexual, y que los migrantes responden de manera positiva hacia estos. Estos datos concuerdan con el estudio de Addon et al. (2017), quienes afirman que la autoeficacia se asociaba con el aumento de la práctica del sexo seguro. Los resultados también muestran que, la satisfacción sexual se correlaciona con conducta sexual asertiva en migrantes, estos resultados concuerdan con otros estudios, donde reportan que, a mayor nivel en

satisfacción sexual, mayor nivel de asertividad sexual (Brassard et al., 2015; Carrobles et al., 2011; Leclerc et al., 2015; Snell et al., 1993).

Al analizar si la intención de usar condón afecta la conducta sexual asertiva en migrantes, los resultados obtenidos muestran que la intención de usar condón afecta de manera positiva la conducta sexual asertiva en los migrantes, estos resultados concuerdan con otros estudios, donde se encontró que, a mayor intención de usar condón, mayor asertividad sexual (Baele et al., 2001; Roberts & Kennedy, 2006). Los migrantes que tienen intenciones de usar condón, presentan mayor conducta sexual asertiva.

Finalmente, con respecto a las variables que explican de manera directa la conducta sexual asertiva, las cuales fueron sexo, depresión sexual y erotofobia-erotofilia. Se tomó como punto de referencia el sexo hombre debido a que este predominó en este estudio, los resultados muestran que cuando un migrante es hombre su índice en la conducta sexual asertiva aumenta 2.443 unidades con respecto a las migrantes mujeres. Estos resultados concuerdan con los estudios que reportan que los hombres son más asertivos que las mujeres (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Pierce & Hulbert, 1999). Cabe mencionar que, en el presente estudio no es posible comparar las medias del índice de conducta sexual asertiva por sexo, debido a que las muestras no son de tamaños similares.

En cuanto a la depresión sexual, se encontró que esta tiene un efecto negativo en la conducta sexual asertiva. Los resultados concuerdan con otros estudios (Soler et al., 2016; Vallejo-Medina et al., 2016), que reportan relación negativa entre la depresión y asertividad sexual. En el contexto de la migración, la persona se encuentra en lucha constante por el éxito de la migración, aunado a esto, los migrantes sufren tensión, originada por todas las vulnerabilidades que padecen, con lo cual aparecen síntomas depresivos de carácter sexual (Achotegui, 2003), por lo que, al aumentar la depresión sexual, la conducta sexual asertiva disminuye.

Por otro lado, la erotofobia-erotofilia afecta de manera positiva a la conducta sexual asertiva. Estos resultados concuerdan con otros estudios que reportan relación positiva entre estas variables (Blanc, 2013; Blanc et al., 2017; Sierra et al., 2008a; Vallejo-Medina et al., 2014). Esto sugiere que, los migrantes responden de manera positiva a los estímulos sexuales, es decir que tienen emociones y evaluaciones más favorables ante la estimulación sexual que les conducen a la búsqueda de estímulos sexuales. Al aumentar el índice de erotofobia-erotofilia, el índice de conducta sexual asertiva aumenta.

Limitaciones del estudio

El presente trabajo de investigación presentó algunas limitaciones en su desarrollo. En primera instancia, los escasos de estudios previos que facilitarían el abordaje empírico de manera adecuada de los conceptos planteados en la población de estudio. En el aspecto metodológico, el diseño transversal limita la causalidad, y el muestreo no probabilístico no permite la representatividad o generalidad de los resultados para la población de estudio, cabe señalar, que se planeó un muestreo aleatorio, el cual no fue posible debido a que por cuestiones de contingencia sanitaria, el número de migrantes se redujo considerablemente en los centros de asistencia social, por lo que fue necesario aplicar un procedimiento de reclutamiento para identificar a las personas migrantes que cumplieran con los criterios de inclusión para participar en el estudio.

En cuanto a los instrumentos, el tiempo empleado por parte de los participantes fue aproximadamente de 45 minutos, algunos se sintieron incómodos por el tipo de cuestionamientos, por lo que es posible que algunos de los participantes no hayan sido honestos en sus respuestas. Algunos de los instrumentos fueron elaborados originalmente alrededor de los años 80, aunque existen versiones actualizadas en idiomas como el español, los cambios generacionales pudieran dar pie a alejarse de la realidad de estos tiempos. Aunado a lo anterior, los instrumentos fueron autoinformados,

completados en presencia de los encuestadores y posteriormente revisados para verificar que estén completos. Esto pudo haber dado lugar a un sesgo de respuesta.

Otro aspecto importante que considerar es la escasa participación de las mujeres y de migrantes originarios de otros países en el estudio, a pesar de las garantías de confidencialidad, dado que la mayoría de los participantes son hombres, no permite determinar de manera clara la conducta sexual en mujeres migrantes. Lo anterior puede deberse a que la migración masculina es mayor que la migración femenina. Se considera como limitación la falta de una conducta previa, para confirmar algún cambio en la conducta sexual del migrante a partir de la migración.

Con respecto a los resultados obtenidos, los datos fueron recabados en la ciudad de Tijuana, Baja California, por lo que no se pueden generalizar los resultados hasta probarse en otras regiones tanto de la frontera Norte, así como de la frontera Sur. Además, que los tiempos por cuestiones de contingencia sanitaria, la cual pudiera haber influido en algún cambio en el comportamiento sexual del migrante.

Conclusiones

En el presente estudio de investigación fue posible responder a los objetivos planteados. En relación con los resultados obtenidos se puede concluir que los participantes de este estudio cuentan con un perfil caracterizado por inicio de vida sexual activa alrededor de los 15 años, promedio de edad de 43 años, solteros, con secundaria terminada, se encontraban en centros de asistencia social para migrantes en la ciudad de Tijuana, Baja California.

Dentro de características personales, se encuentran los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales. Con respecto a los factores personales biológicos, se encontró que, si un migrante es hombre, su índice de victimización sexual disminuye con respecto a las mujeres migrantes. A pesar de que en este estudio los hombres fueron mayoría, existe mayor victimización sexual reportada por las mujeres migrantes. En cuanto a la edad, se encontró que tiene un efecto negativo en el deseo

sexual y un efecto positivo en la permisividad sexual, lo cual sugiere que, a mayor edad, menor deseo sexual; y que, a mayor edad, mayor permisividad sexual.

Con respecto al factor personal psicológico, depresión sexual, se encontró influencia negativa en la conducta sexual asertiva, lo cual indica, que, a menor depresión sexual, mayor conducta sexual asertiva. También, tiene efecto negativo con autoeficacia para usar condón, es decir que, a menor depresión sexual, mayor autoeficacia para usar condón. Se obtuvo que, a menor puntuación en el índice de depresión sexual, mayor puntuación en el índice del Inventario de Deseo Sexual. Además, tiene efecto negativo con percepción del riesgo de adquirir el VIH, lo que indica que, a menor depresión sexual, mayor percepción del riesgo de adquirir el VIH; no obstante, no se encontró relación con victimización sexual. Finalmente, en el análisis de los modelos de mediación, se mostró que su efecto en la intención de usar condón está mediado por la percepción del riesgo de adquirir el VIH.

En cuanto a los factores personales socioculturales, el estado civil tiene un mayor efecto negativo en la autoeficacia para usar condón cuando el migrante es casado. Los migrantes casados tienen menor autoeficacia para usar condón, pero presentan mayores puntuaciones en el índice de erotofobia-erotofilia y mayor percepción del riesgo de adquirir el VIH. Por otro lado, los migrantes que reportan un estado civil unión libre, tienen mayor permisividad sexual. En el análisis de mediación, el efecto del estado civil sobre la intención de usar condón esta mediado por la percepción del riesgo de adquirir el VIH. Por otro lado, su efecto la conducta sexual asertiva, se encuentra mediado por la autoeficacia para usar condón.

Otro de los factores personales socioculturales es el nivel de conocimientos sobre el VIH. El cual tiene un efecto positivo sobre la autoeficacia para usar condón, lo que indica que, a mayor conocimiento sobre el VIH, mayor autoeficacia para usar condón. Por otro lado, tiene efecto negativo con satisfacción sexual, esto indica que, a mayor nivel de conocimientos sobre el VIH, menor satisfacción sexual. Es preciso mencionar

que, en el análisis de mediación se encontró que tiene un efecto directo con la intención de usar condón, aunque esta relación no se encuentra planteada en el modelo. Además, de que este efecto se encuentra mediado por la satisfacción sexual.

Los datos anteriormente mencionados, indican que existe una relación entre las características personales con las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, la intención de usar condón y el resultado conductual. Los efectos de mediación indican que el efecto de los factores personales hacia la conducta sexual asertiva, se encuentran mediados por las cogniciones y afectos relacionados a la conducta y la intención de usar condón. Por lo que no es posible que la intención de usar condón medie la influencia de los factores personales en la conducta sexual asertiva.

En las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, se encuentran la autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo de adquirir el VIH, victimización y permisividad sexual. La autoeficacia para usar condón predice la conducta sexual asertiva. La erotofobia-erotofilia influye en la conducta sexual asertiva de manera positiva, lo que indica que, mayor puntuación en erotofobia-erotofilia, mayor puntuación en conducta sexual. Además, tiene un efecto positivo en la autoeficacia para usar condón. Se encontró que la satisfacción sexual tiene influencia positiva en la intención de usar condón, y tiene efecto sobre la conducta sexual asertiva que esta mediado por la intención de usar condón. No obstante, no se encontró influencia del deseo sexual sobre intención de usar condón y conducta sexual asertiva.

Con respecto a la percepción del riesgo de adquirir el VIH, se encontró que influye de manera positiva en la conducta sexual asertiva y en la intención de usar condón. Además, su efecto en la conducta sexual asertiva se encuentra mediado por la intención de usar condón. En cuanto a la victimización sexual, se encontró relación negativa con conducta sexual asertiva, sin embargo, no la predice. Por otro lado, la permisividad sexual tiene un efecto negativo con la intención de usar condón, y que

tiene un efecto hacia la conducta sexual asertiva mediado por la intención de usar condón. Finalmente, se encontró que la intención de usar condón predice la conducta sexual asertiva en migrantes.

A partir de los modelos de mediación se determinaron los efectos directos e indirectos entre las tres categorías que componen el modelo: 1) características personales (sexo, edad, depresión sexual, escolaridad, estado civil, nivel de conocimientos sobre el VIH), 2) cogniciones y afectos relacionados a la conducta (autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, satisfacción sexual, deseo sexual, percepción del riesgo de adquirir el VIH, victimización sexual y permisividad sexual), y 3) resultado conductual (conducta sexual asertiva). Además de lo anterior, se integró la intención de usar condón, el cual no corresponde a las categorías anteriormente mencionadas, pero se ubica entre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta y el resultado conductual.

Por lo anterior, las principales variables que deben de ser consideradas y que explican la conducta sexual asertiva del migrante son la depresión sexual, autoeficacia para usar condón, erotofobia-erotofilia, percepción del riesgo de adquirir el VIH y la intención de usar condón. Por lo tanto, las intervenciones que puedan ser generadas para incrementar la conducta sexual asertiva en migrantes, deberán estar enfocadas en reducir la depresión sexual, así como aumentar la autoeficacia para usar condón, incrementar las actitudes sexuales positivas, aumentar la percepción del riesgo de adquirir el VIH e incrementar la intención de usar condón.

Recomendaciones

Se sugiere continuar realizando estudios sobre asertividad sexual y sus implicaciones en la salud sexual de los migrantes, en especial en las mujeres migrantes pues tienen mayor riesgo de ser víctimas de abuso sexual. Con respecto al MPS, se sugiere continuar con su uso pues se considera que apoyó de forma teórica, mientras que las relaciones entre variables proponen el análisis estadístico, a aproximarse y

comprender el fenómeno de la conducta sexual asertiva en migrantes. Con los resultados obtenidos se pudieran plantear, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones de enfermería enfocadas a potenciar la conducta sexual asertiva en migrantes, con especial interés en las variables que presentaron mayor influencia sobre esta, y con ello, contribuir a la reducción de conductas sexuales de riesgo y de ITS en poblaciones vulnerables.

Sería importante seguir estudiando las variables presentadas, pero se sugiere agregar las experiencias previas, como el uso del preservativo y el número de parejas sexuales antes de la migración. Así como evitar encasillar el factor personal biológico como hombres y mujeres, ya que dentro de este estudio algunos de los participantes externaron su desaprobación al no identificarse dentro de estas dos categorías, además considerar la perspectiva de la orientación sexual. Se considera explorar tanto la autoestima y preocupación sexual como factores psicológicos para tener una idea más clara de su influencia en la conducta sexual asertiva.

Por cuestiones de contingencia sanitaria, fue necesario ajustar la metodología para poder desarrollar el estudio, como el tipo de muestreo, el cual se planteó en primera instancia como probabilístico. Otro de los ajustes realizados, fue el uso de equipo de protección de salud, se sugiere continuar utilizando el cubrebocas, esto debido a que en esta población predominan enfermedades de tipo respiratorias que son altamente contagiosas, como la tuberculosis pulmonar o neumonías adquiridas en comunidad.

Durante la recolección de los datos se suscitaron algunas situaciones que no se tenían contempladas de inicio en la metodología. Ejemplo de estas situaciones fueron las siguientes: A pesar de que en todo momento se recibió apoyo por parte de las instituciones y centros de asistencia social para migrantes, la figura de autoridad por parte de alguna persona de estas instituciones fue vital para que reinara el orden y la armonía. Sin embargo, existieron en dos ocasiones, situaciones de violencia entre

participantes, lo que llevó a retirarlos del espacio y por lo tanto del estudio. Por lo que se sugiere, que en estudios futuros, los encuestadores sean del mismo sexo.

Con respecto a los instrumentos, se utilizaron encuestas impresas, lo cual permitió alcanzar la población estimada. Se sugiere continuar utilizando instrumentos cortos, para evitar sesgos por respuestas ya que se invierte mucho tiempo en contestar los instrumentos largos, además de que se puede llegar a perder la atención y el interés de los participantes. Finalmente, se sugiere continuar con la entrega de información sobre el VIH, la dotación de preservativos, así como ofrecer información de las clínicas cercanas donde pueden tener acceso a preservativos de manera gratuita, y de ser posible en estudios futuros, incluir pruebas rápidas de VIH.

Con respecto a la población de estudio, se sugiere ampliar el alcance a participantes del género femenino, para futuros estudios, abordar el modelo desde una perspectiva de género. Se recomienda continuar realizando estudios con población migrante en las regiones fronterizas, debido a la escasa literatura que aborda el fenómeno de la conducta sexual asertiva en esta población, también considerar como característica con respecto a la migración, si es deportado, si viaja hacia el norte o hacia el sur, y el tiempo y número de intentos de migración. Esto último, permite poder hacer una comparación e identificar quienes presentan menor o mayor conducta sexual asertiva. Se sugiere realizar estudios con métodos mixtos, ya que tanto los datos cuantitativos y cualitativos permiten comprender el fenómeno de la conducta sexual asertiva.

Finalmente, con base en los resultados se sugiere que, para incrementar la intención de usar condón, realizar intervenciones enfocadas a incrementar percepción del riesgo de adquirir el VIH, así como mostrar los beneficios de uso más allá de la satisfacción sexual; esto a la vez incrementará la conducta sexual asertiva. Por otro lado, es importante realizar intervenciones encaminadas a potenciar la capacidad para usar el condón, en migrantes jóvenes, ya que son ellos los que presentan mayor deseo sexual.

Además, se sugiere fomentar actitudes positivas hacia la sexualidad, y con ello, elevar la intención de usar condón y la conducta sexual asertiva.

Referencias

- Achotegui, J. (2003). La depresión en los inmigrantes extracomunitarios: características del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 3, 1-9.
- Addoh, O., Sng, E., Loprinzi, P. D. (2017). Safe sex self-efficacy and safe sex practice in a Southern United States College. *Health Promotion Perspectives*, 7(2), 74-9.
- Althoff, M. D., Anderson-Smits, C., Kovacs, S., Salinas, O., Hembling, J., Schmidt, N. & Kissinger, P. (2013). Patterns and predictors of multiple sexual partnerships among newly arrived Latino migrant men. *AIDS and Behavior*, 17(7), 2416–2425.
- Apt, C., & Hurlbert, D. F. (1993). The sexuality of women in physically abusive marriages: A comparative study. *Journal of Family Violence*, 8, 57-69.
- Arcos-Romero, A. I., Calvillo, C., Granados, R., Álvarez-Muelas, A., & Sierra, J. C. (2020). The Spanish version of the Sexual Opinion Survey (SOS-6): Evidence of validity of a short version. *International Journal of Psychological Research*, 13(1), 40-49.
- Artz, L., Demand, M., Pulley, L., Posner, S.F. & Macaluso, M. (2002). Predictors of difficulty inserting the female condom. *Contraception*, 65, 151-157.
- Berenguera, A., Almeda, J., Violan, C., & Pujol-Ribera, E. (2012). Percepción del riesgo de infección por VIH-sida de los usuarios de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención-control del VIH-sida en Catalunya. *Atención primaria*, 44(5), 293–295.
- Baele, J., Dusseldorp, E. & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: Effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 421-431.
- Ballester, R., Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E., & Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29(1), 76-82.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Uribe, A. F. (2005). Adaptación al colombiano de la escala VIH-65. Granada: Universidad de Granada.
- Blanc, A. (2013). Autoestima, actitud hacia la sexualidad y asertividad sexual en mujeres españolas, migrantes y españolas gitanas. (Tesis grado maestría). Universidad de Almería, España.
- Blanc, A., Rojas A. J. & Sayans-Jiménez P. (2017). Erotofobia-erotofilia, Asertividad Sexual y deseo sexual de las mujeres migrantes que ejercen la prostitución. *Revista Internacional de Andrología*, 15(1), 15-22.
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. (2013). Attachment Insecurities and Women's Sexual Function and Satisfaction: The Mediating Roles of Sexual Self-Esteem, Sexual Anxiety, and Sexual Assertiveness. *Journal of Sex Research*, 52(1), 1-10.
- Bronfman, M., Leyva R. & Negroni, M. (2004). Movilidad poblacional y VIH/SIDA contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. *Instituto de Nacional de Salud Pública*, Cuernavaca, México.
- Byers, E. S., Demmons, S. & Lawrance, K. (1998). Sexual satisfaction with dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 257-267.
- Cai, Y., Wang, Y., Zheng, Z., Wang, J., Yao, W. & Ma, J. (2013). Predictores de la reducción de los comportamientos de riesgo sexual y reproductivo basados en el modelo de información-Motivación-Comportamiento Habilidades (IMB), en el modelo rural-urbano no casado Mujeres migrantes en Shanghai, China. *Plos ONE*, 8(4).

- Cañizo-Gómez, E. & Salinas-Quiroz, F. (2010). Conductas sexuales alternas y permisividad en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 5(2), 285-309.
- Carey, M. P., y Schroder, K. E. (2002). Desarrollo y evaluación psicométrica del breve cuestionario de conocimientos sobre VIH. *Educación y prevención del SIDA: publicación oficial de la Sociedad Internacional para la Educación sobre el SIDA*, 14(2), 172-82.
- 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.
- CENSIDA (2019). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al cierre del 2019.
- Chávez, V. (19 de enero 2017). 63 mil migrantes llegaron a Baja California en 2016, revelan diputados. Tijuana, Baja California. El financiero. Recuperado de: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/63-mil-migrantes-llegaron-a-baja-california-en-2016-revelan-diputados>.
- Chen, X., Stanton, B., Chen, D., & Li, X. (2013). Intention to use condom, cusp modeling, and evaluation of an HIV prevention intervention trial. *Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences*, 17(3), 385–403.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2018). Los desafíos de la migración y los albergues como oasis. Encuesta nacional de personas migrantes en tránsito por México. Primera Edición. Ciudad de México, México
- Curtin, N. L., Ward, M., Merriwether, A., & Caruthers, A. (2011) Femininity Ideology and Sexual Health in Young Women: A focus on Sexual Knowledge, Embodiment, and Agency. *International Journal of Sexual Health*, 23:1, 48-62.

- Davis, K. C., Masters, N. T., Eakins, D., Danube, C. L., George, W. H., Norris, J., & Heiman, J. R. (2014). Alcohol intoxication and condom use self-efficacy effects on women's condom use intentions. *Addictive behaviors*, 39(1), 153–158.
- Deb, A. K., Deb, M., Saha, M. K., Chakraborty, S., Bhattacharya, S. K., & Detels, R. (2009). HIV transmission potential among local and migrant factory workers in Kolkata, India. *AIDS and behavior*, 13(5), 928–938.
- Dolcini, M. M. & Catania, J. A. (2000). Psychosocial Profiles of Women with Risky Sexual Partners: The National AIDS Behavioral Surveys (NABS). *AIDS and Behavior*, 4(3), 297-308
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1993). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
- Emol (Noviembre 2018). Número de migrantes en el mundo aumentó 41% en 15 años: ya son 224 millones. Santiago, Chile. Emol.com.
<https://www.emol.com/noticias/Internacional/2016/01/12/768186/Migracion-en-el-mundo-aumento-41-en-15-anos.html>.
- Espinosa De Santillana, I. A., Acatitla Dávila, A. K., & Torres Escobar, I. D. (2019). Evaluación de la susceptibilidad y autoeficacia ante VIH/sida en profesionales de Estomatología. *Revista Información Científica*, 98(1), 64-76.
- Finkelhor, D. (1987). El trauma del abuso sexual infantil: dos modelos. *Revista de Violencia Interpersonal*, 7(2), 348–366.
- Fishbein M. & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley. Recuperado de <https://philarchive.org/archive/FISBAI>.
- Fisher, W.A., Byrne, D., White, L.A. & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25, 123-151.

- Fontanilla, S., & Bello, A., & Palacio, J. (2011). Conocimientos, habilidades de aserción sexual y toma de decisiones en función de la intención de los comportamientos sexuales y reproductivos en adolescentes. *Psicogente*, 14(26), 294-309.
- González-Rivera, J. A., & Hernández-Gato, I. (2019). Validación de una versión breve de la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva (ESSS-B) en Puerto Rico. *Revista Evaluar*, 19(2), 43-57.
- Gray, J. R., Grove S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns & Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. Saunders, 8th edition. St. Louis, Mo, USA
- Guerra-Ordoñez, J. A. (2017). Modelo de transición de la conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.
- Guerra-Ordoñez, J. A., Benavides-Torres R. A., Zapata-Garibay, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Márquez-Vega, M. A. & Zamora-Carmona, G. (2017). Facilitating and Inhibiting Factors of Sexual Behavior among Migrants in Transition from Mexico to the United States. *Front Public Health*, 30(5), 149.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (1997). What Increases Sexual Satisfaction?. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 1-32.
- Hahn, C. K., Morris, J. M., & Jacobs, G. A. (2016). Predictors of bystander behaviors and sexual assertiveness among college women attending a sexual assault prevention program. *Journal Community Psychology*, 00, 1-6.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Heeren, G. A., Jemmott, J. B., Mandella, A. & Tyler, J. C. (2007). Theory-based predictors of condom use among university students in the United States and South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 19(1), 1-12.

- Hendrick, C., Hendrick, S. & Reich, D. (2006). The Brief Sexual Attitudes Scale. *The Journal of Sex Research*, 43(1), 76-86.
- Hernández-Vázquez, J. M. (2013). Beneficios de la educación sobre el bienestar en salud de la población adulta en México, 2006. *Revista electrónica de investigación educativa*, 15(2), 69-81.
- Hidalgo, I., García, F., Flores, Á., Castañeda, X., Lemp, G. F. & Ruiz, J. (2008). Aquí y en el otro lado: Los significados socioculturales de la sexualidad y sus implicaciones en la salud sexual de los migrantes mexicanos. *Migraciones internacionales*, 4(3), 27-50.
- Honold, A. (2006). Estudio de correlación entre satisfacción sexual y asertividad sexual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 12(2), 199-217.
- 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.
- Ilabaca, P., Fuertes, A. & Orgaz, B. (2015). Impacto de la Coerción Sexual en la Salud Mental y Actitud Hacia la Sexualidad: Un Estudio Comparativo Entre Bolivia, Chile y España. *Psyche*, 24(1), 1-13
- Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3, 3-9.
- Kim, M., & Choi, J. H. (2016). A study on sexual behavior, sexual knowledge, and sexual assertiveness among Korean college students. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(29), 1-8.
- Kim, Y., Lee, E., & Lee, H. (2019). Sexual Double Standard, Dating Violence Recognition, and Sexual Assertiveness among University Students in South Korea. *Asian Nursing Research*, 13, 47-52.

- Knipper, E., Rhodes, S. D., Lindstrom, K. Bloom, F. R., Leichter, J. S. & Montañó, J. (2007). Condom use among heterosexual immigrant Latino men in the southeastern United States. *AIDS Education and Prevention*, 19(5), 436–447.
- Kocken, P. L., Van Dorst, A. G. & Schaalma, H. (2006). The relevance of cultural factors in predicting condom-use intentions among immigrants from the Netherlands Antilles. *Health education research*. 21(2), 230-238.
- Koss, M. P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., Ullman, S., West, C., & White, J. (2007). Revising the SES: a collaborative process to improve assessment of sexual aggression and victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 57–370.
- Lameiras-Fernández, M., Núñez-Mangana, A.M., Rodríguez-Castro, Y., Bretón-López, J. & Agudelo, D. (2007). Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 207-216.
- Leclerc, B., Bergeron, S., Brassard, A., Bélanger, C., Steben, M., & Lambert, B. (2015). Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: A mediation model. *Archives of sexual behavior*, 44(6), 1561-1572.
- Leyva-Flores, R., Aracena-Genao B. & Serván-Mori E. (2014). Movilidad poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(3), 143–9.
- Li, X., Fang, X., Lin, D., Mao, R., Wang, J., Cottrel, L., Harris, C., & Staton B. (2004). HIV/STD risk behaviors and perceptions among rural-to-urban migrants in china. *AIDS Education and Prevention*, 16(6), 538–556.
- Livingston, J.A., Testa, M. & VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13, 298-313.

- Magis-Rodríguez, C.; Lemp, G; Hernández, M. T.; Sánchez, M. A.; Estrada, F. & Bravo-García, E. (2009). Going to the North: Mexican Migrants and Their Vulnerability to HIV. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51, S21-S25.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M. & Gibson, P. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.
- Morokoff, P.J., Redding, C.A., Harlow, L.L., Cho, S., Rossi, J.S., Meier, K.S., Mayer, K. H., Kobin, B. & Brown-Peterside, P. (2009). Associations of sexual victimization, depression, and sexual assertiveness with unprotected sex: A test of multifaceted model of HIV risk across gender. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14, 30-54.
- Moyano, N., & Carlos Sierra, J. (2014). Validation of the Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales-Short Form (SIS/SES-SF). *Terapia Psicológica*, 32(2), 87-99.
- Moyano, N., Vallejo-Medina, P. & Sierra J. C. (2016). Sexual Desire Inventory: Two or Three Dimensions?. *Journal of Sex Research*, (1), 12-2016.
- Muñoz, F. A., Servin, A. E., Garfein, R. S., Ojeda, V. D., Rangel, G., & Zuñiga, M. L. (2015). Deportation History Among HIV-Positive Latinos in Two US–Mexico Border Communities. *Journal of Immigrant Minority Health*, 17, 104-111.
- Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. L. (2012). Development of the perceived risk of HIV scale. *AIDS and Behavior*, 16, 1075-1083.
- Núñez-Rojas, A. C., Tobón-Tobón, S., Arias-Henao, D., Serna-Núñez, J., Rodríguez-Hoyos, M. A. & Muñoz-Pérez, A. A. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos en poblaciones no clínicas de dos municipios colombianos. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(2), 125-142.
- OMS (2018). Temas de salud/Salud sexual. Recuperado de:
http://www.who.int/topics/sexual_health/es/.

- ONU (2016). Resolución aprobada por la asamblea General el 19 de septiembre de 2016: Declaración de New York para los Refugiados y los migrantes. Septuagésimo primer período de sesiones.
- ONUSIDA (2014). Hoja informativa 2014.
- ONUSIDA (2018). Hoja informativa julio de 2018. Página de internet acceso 6 de septiembre del 2018. Recuperado de:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf.
- Organización Internacional de Migración (2019). Ley internacional de migración: Glosario de migración. Pp. 130
- Ortega, V., Zubeidat, I. & Sierra, J. C. (2006). Further examination of measurement properties of Spanish version of the Sexual Desire Inventory with undergraduates and adolescent students. *Psychological Reports*, 99, 147-165.
- Osorio-Leyva, A., Álvarez-Aguirre, A., Hernández-Rodríguez, V. M., Sánchez-Perales, M. & Muñoz-Alonso, L. R. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/sida en jóvenes universitarios del área de la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14).
- Paniagua, F. A., O'boyley, M., & Wagner, K. D. (1997). The assessment of HIV/AIDS knowledge, attitudes, self-efficacy, and susceptibility among psychiatrically hospitalized. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*, 1(3-4), 65-104.
- Parrado, E.A., Flippen C.A. & McQuiston C. (2004). Use of Commercial Sex Workers among Hispanic Migrants in North Carolina: Implications for the Spread of HIV. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 36(4), 150-156
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011). Health promotion in nursing practice (5th Ed.) Upper Saddle River, NJ: Practice Hall.

- Pérez-Archundia, E. (2013). Contribución para un estado de la cuestión sobre el uso de condón en relaciones sexuales comerciales por parte de trabajadores(as) del sexo. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (14), 114-137.
- Pierce, A. P. & Hurlbert, M. K. (1999). Test-retest reliability of the Hurlbert Index of sexual assertiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 31-34
- Pinedo, R. (2008). Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Riaño-Garzón, M. E., Uribe-Alvarado, J. I., Bonilla-Cruz, N. J., Carrillo-Sierra, M., Hernández-Peña, Y., & Bahamón-Muñeton, M. J. (2016). Percepción de autoeficacia y prácticas sexuales protegidas en mujeres-hombres jóvenes. *III Semana internacional, XI Semana de ciencia, tecnología e innovación*, 419-423.
- Rickert, I., Neal, P., Wiemann, M., & Berenson, B. (2000). Prevalence and predictors of low sexual assertiveness. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13, 88-89.
- Rickert, I., Sanghvi, R., & Wiemann, C. M. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34, 178-183.
- Ríos, E., Ferrer, L., Casabona, J., Caylá, J., AVECILLA, Á., Gómez I Prat, J., Edison, & Esteve, A. (2009). Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en migrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 533-538.
- Rizwan, S. A., Kant, S., Goswami, K., Rai, S. K., & Misra, P. (2014). Correlates of Intention to Use Condom among Male Migrant Factory Workers in Northern India. *Journal of clinical and diagnostic research*, 8(8), 05-08.
- Roberts, S.T. & Kennedy, B.L. (2006). Why are young college women not using condoms? Their perceived risk, drug use, and developmental vulnerability may provide important clues to sexual risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 32-40.

- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E. & Hernández R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-71.
- Ruiz-Bugarin, C. L., Onofre-Rodríguez, D. J., & Servin, A. N. E. (2021). Factores relacionados con asertividad sexual en adultos: una revisión sistemática. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 16(7), 303.
- Sánchez, M. A., Hernández, M. T., Hanson, J. E., Vera, A., Magis-Rodríguez, C., Ruiz, J. D., Garza, A. H., Castañeda, X., & Lemp, G. F. (2012). The effect of migration on HIV high-risk behaviors among Mexican migrants. *Journal of acquired immune Deficiency Syndrome*, 61(5), 610-617.
- Santos-Iglesias, P. & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3): 553-577.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2012a). Propiedades psicométricas del Index of Spouse Abuse en una muestra de varones españoles. Manuscript submitted for publication.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2012). Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes and partner abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 1043-1052.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2014). Equivalence and Standard Scores of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness across Spanish Men and Women. *Anales de psicología*, 30(1), 332-327.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 501-517.
- Secretaría de Salud & CENSIDA (2018). Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida. México.

- Secretaría de Salud. (02-04-2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud: Diario Oficial de la Federación; 6-01-1987. Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación 02-04-2014.
- Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P., Gutiérrez-Quintanilla, J. R., Gómez, P. & Maeso, M. (2008a). Un Estudio Psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en Mujeres Hispánicas. *Terapia Psicológica*, 26(1), 117-123.
- Sierra, J. C., Ortega, V. & Gutiérrez-Quintanilla, J. R. (2008). Encuesta de opinión sexual: fiabilidad, validez y datos normativos de una versión reducida en muestras salvadoreñas. *Revista mexicana de psicología*, 25(1), 139-150.
- 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(2), 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), 17-26.
- Sierra, J. C., Zubeidat, I., Carretero-Dios, H. & Reina S. (2003). Estudio psicométrico preliminar del Test del Deseo Sexual Inhibido en una muestra española no clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(3), 489-504.
- Snell, W. E., Jr., Fisher, T. D., & Miller, R.S. (1991). Development of the Sexual Awareness Questionnaire: Components, reliability, and validity. *Annals of Sex Research*, 4, 65-92.
- Snell, W. E., Jr. & Panini, D. R. (1989). The sexuality scale: an instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 26(2), 256-263.

- Snell, W. E., Jr., Fisher, T. D. & Schuh, T. (1992). Reliability and validity of the sexuality scale: A measure of sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 29(2), 261-273.
- Snell, W. E., Jr., Fisher, T. D. & Walters, A. S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6, 27-55.
- Soler, F., Gómez-Lugo, M., Espada, J., Morales, A., Sierra, J., Marchal-Bertrand, L. & Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation and Validation of the Brief Sexuality Scale in Colombian and Spanish Populations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 343-356.
- Sousa, C. S. P., Castro, R. C. M. B., Pinheiro, A. K. B., Moura, E. R. F., Almeida, P. C., & Aquino, P. S. (2017). Adaptación transcultural y validación de la Condom Self-Efficacy Scale: aplicación en adolescentes y adultos jóvenes brasileños. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25.
- Spector, I. P., Carey, M. P. & Steinberg, L. (1996). The Sexual Desire Inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22, 175-190.
- Štulhofer, A., Graham, C., Božičević, I., Kufrin, K. & Ajduković, D. (2009). An assessment of HIV/STI vulnerability and related sexual risk-taking in a nationally representative sample of young Croatian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 209-225.
- Svensson, P., Sundbeck, M., Persson, K. I., Stafström, M., Östergren, P. O., Mannheimer, L. & Agardh, A. (2018) A meta-analysis and systematic literature review of factors associated with sexual risk-taking during international travel. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 24, 65–88.

- Taiwo, A. O. (2015). The role of gender and psychosocial factors on perceived vulnerability to HIV/AIDS infection among young and Middle aged adults in bening City, Nigeria. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 5(2), 1-8.
- Tarkang, E. E., & Pencille, L. B. (2018). Predictores psicosociales del uso sistemático de condones entre trabajadores de la construcción de carreteras migrantes en la Región Suroeste de Camerún utilizando el Modelo de creencia en la salud. *The Pan African Medical Journal*, 29, 215.
- Thato, S., Hanna, K. M., & Rodcumdee, B. (2005). Translation and validation of the condom self-efficacy scale with Thai adolescents and young adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 36-40.
- Tingey, L., Chambers, R., Rosenstock, S., Lee, A., Goklish, N., & Larzelere, F. (2017). The impact of a sexual and reproductive health intervention for American Indian adolescents on predictors of condom use intention. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 60(3), 284–291.
- Tisalema-Palacios, J. G. (2018). Ansiedad y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. Universidad Técnica de Ambato.
- Torres-Obregón, R. (2017). Modelo de conductas sexual preventiva en mujeres. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Torres-Obregón, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Sierra, J.C., Benavides-Torres, R. A. & Garza-Elizondo, M., E. (2017). Validación de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) en mujeres mexicanas. *Suma Psicológica*, 24(1), 34-41.
- Uribe-Alvarado, J. I., Bahamón, M. J., Reyes-Ruíz, L., Trejos-Herrera, A. & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica sexual protegida en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211.

- Uribe-Alvarado, J., Andrade Palos, P., & Zacarías Salinas, X., & Betancourt Ocampo, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 75-92.
- Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2015). Relación entre el consumo de drogas y asertividad sexual en una muestra de varones drogodependientes. *Health and Addictions, salud y drogas*, 15(1), 39-48
- Vallejo-Medina, P., Granados R. M. & Sierra, J. C. (2014). Propuesta y validación de una versión breve del Sexual Opinion Survey en población española. *Revista internacional de Andrología*, 12(2), 47-54.
- Vallejo-Medina, P., Marchal-Bertrand, L. Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Sierra, J. C., Soler, F., & Morales, A. (2016). Adaptation and validation of the brief sexual opinion survey (SOS) in Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *PLoS ONE*, 11(9), 1-14.
- Van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., Williamson, B. N., Tamin, A., Harcourt, J. L., Thornburg, N. J., Gerber, S. I., Lloyd-Smith, J. O., de Wit, E., & Munster, V. J. (2020). Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*, 382(16), 1564-1567.
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., Jemmott, L. S. & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: a test of the planned behavior theory. *Nurse Research*, 53(3), 172-181.
- Weinstein, B., Walsh, L., & Ward, M. (2008). 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*, 20, 212-221.
- Yang, B., Wu, Z., Schimmele, C. M., & Li, S. (2015). HIV knowledge among male labor migrants in China. *BMC Public Health*, 1-23.

- Yáñez-Álvarez I, Sánchez-Alemán, M. A. & Conde-González, C. J. (2011). Efecto de la migración y del comportamiento sexual en la incidencia del VIH-SIDA entre migrantes mexicanos. *Enfermedades infecciosas y microbiología*, 31(3): 98-104.
- Zea, M. C., Reisen, C. A., Poppen, P. J. & Bianchi, F. T. (2009). Unprotected anal intercourse among immigrant latino MSM: the role of characteristics of the person and the sexual encounter. *AIDS and Behavior*, 13(4), 700–715.
- Zerubavel, N. & Messman-Moore, T. (2013). Sexual victimization, fear of sexual powerlessness, and cognitive emotion dysregulation as barriers to sexual assertiveness in college women. *Violence Against Women*, 19(12), 1518-1537.
- Zheng, J., Islam, R. M., Bell, R. J., Skiba, M. A., & Davis, S. R. (2020). Prevalence of low sexual desire with associated distress across the adult life span: an australian cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(10), 1885-1895.

Apéndices

Apéndice A
Preguntas filtro

Folio: ____ / ____ / ____ / _____ /

1. Edad de inicio de vida sexual activa: _____
2. ¿Con quién viajas?
 - Solo _____
 - Con pareja _____
 - Algún familiar _____
 - Conocidos _____
 - Otros _____

Cédula de datos personales

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

Sexo: Hombre _____ Mujer: _____

Edad: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Día Mes Año

Escolaridad: años aproximados de estudio: _____

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

Estado civil:

1. Soltero(a)	2. Casado(a)	3. Unión libre	4. Divorciado(a)	5. Viudo(a)
---------------	--------------	----------------	------------------	-------------

¿En qué país naciste?

1. México
2. Estado Unidos
3. Guatemala
4. Honduras
5. No sé
6. Otro (Especificar: _____)
7. Me niego a responder

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

¿Ha sido usted diagnosticado con VIH o sida? SI _____ NO _____

Apéndice B

Subescala de Depresión sexual

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

Estimado participante, a continuación, se presentan enunciados acerca de depresión sexual. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de desacuerdo o de acuerdo en cada enunciado, marcando con una X, la opción con la que usted se sienta más identificada. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas.

Pregunta		En total desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Me siento cómodo con mi sexualidad	1	2	3	4	5
2	Me siento deprimido por los aspectos sexuales de mi vida	1	2	3	4	5
3	Me siento triste con mi vida sexual	1	2	3	4	5
4	Me siento decepcionado por la calidad de mi vida sexual	1	2	3	4	5
5	Me siento feliz con mi vida sexual	1	2	3	4	5

Apéndice C

Nivel de conocimientos sobre el VIH

(Carey & Schroder, 2002)

Estimado participante de acuerdo a sus conocimientos que usted posee en relación al VIH marque con una X, si considera que la respuesta es VERDAD, y FALSO si considera que la respuesta es falsa, ni no sabes la respuesta marca NO LO SE.

No.	Pregunta	Respuestas		
		Verdad	Falso	No lo se
1	El toser o estornudar no esparce el contagio del VIH			
2	Una persona puede contagiarse con el VIH si comparte un vaso de agua que ha utilizado una persona infectada con el VIH			
3	Sacar el pene antes de que el varón eyacule, evita que la mujer se contagie con el VIH durante las relaciones sexuales			
4	Una mujer puede infectarse con el VIH, si tienes relaciones anales (sexo anal) con un hombre			
5	Ducharse o lavarse los genitales/partes privadas luego de relación sexual, evita que una persona se infecte con el VIH			
6	Toda mujer embarazada, infectada con el VIH, tendrá niños infectados con el VIH			
7	Las personas que están infectadas con el VIH, rápidamente muestran signos o síntomas de que están contagiados			
8	Existe una vacuna que evita que la persona adulta se infecte con el VIH			
9	Las personas son más propensas a infectarse cuando se dan besos profundos (french Kiss) o			

	colocan sus lenguas dentro de la boca de sus parejas que están infectadas con el VIH			
10	una mujer no puede contagiarse con el VIH si tiene relaciones sexuales durante su menstruación			
11	Existe un condón femenino que ayuda a reducir el riesgo de infectarse con el VIH			
12	Un condón de piel es mejor para prevenir el contagio por el VIH que un condón de látex			
13	Una persona está tomando antibióticos no se contagiará con el VIH si tiene relaciones sexuales			
14	Tener relaciones sexuales con más de una pareja sexual aumenta la probabilidad de que se infecte con el VIH.			
15	Realizarse una prueba para saber si se está infectado con el VIH una semana después de haber tenido relaciones sexuales, puede comprobar si la persona está infectada o no.			
16	Una persona puede infectarse con el VIH compartiendo un baño termal (jacuzzi) o una piscina con una persona infectada			
17	Una persona puede contagiarse con el VIH cuando sostiene relaciones sexuales de forma oral			
18	Utilizar vaselina o aceite para bebé con los condones reduce el riesgo de infectarse con el VIH			

Apéndice D

Escala de Autoeficacia para usar condón

(Thato, Hanna, & Rodcumdee, 2005)

Estimado participante, a continuación, se presentan enunciados acerca de su capacidad para del condón. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de seguridad en cada enunciado marcando con una X la opción con la que usted se sienta más identificada. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas.

Pregunta		Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro
1	Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual.	1	2	3	4	5
2	Puedo hablar sobre el uso del condón con mi pareja sí creo desconocer qué opinión tiene acerca del mismo.	1	2	3	4	5
3.	Puedo hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que empecemos a abrazarnos y besarnos.	1	2	3	4	5
4.	Puedo hablar sobre el uso del condón cuando tenemos relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
5.	Puedo decirle a mi pareja que no quiero tener relaciones sexuales si se niega a usar condón.	1	2	3	4	5
6.	Puedo usar un condón si bebo cerveza, vino u otra bebida.	1	2	3	4	5

7.	Puedo detenerme para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.	1	2	3	4	5
8.	Mi pareja y yo podemos desenrollar el condón completamente hasta la base del pene.	1	2	3	4	5
9.	Puedo usar un condón sin que se salga.	1	2	3	4	5
10.	Mi pareja y yo podemos tirar el condón en la basura después de tener sexo.	1	2	3	4	5
11.	Después de tener sexo mi pareja o yo podríamos retirar el condón desde la base del pene.	1	2	3	4	5
12.	Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno.	1	2	3	4	5
13.	Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	1	2	3	4	5
14	Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	1	2	3	4	5

Apéndice E

Escala de opinión sexual

(Vallejo-Medina et al., 2016)

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre diferentes aspectos de la sexualidad. Sus respuestas serán totalmente ANÓNIMAS. Por favor marque con una X la opción que más coincida con su grado de acuerdo/desacuerdo con cada afirmación, teniendo en cuenta que:

- 1) Totalmente en desacuerdo
- 2) En desacuerdo
- 3) Medianamente en desacuerdo
- 4) Sin opinión
- 5) Medianamente de acuerdo
- 6) De acuerdo
- 7) Totalmente de acuerdo

1	Bañarse desnudo/a con una persona del otro sexo podría ser una experiencia emocionante.	1	2	3	4	5	6	7
2	La masturbación puede ser una experiencia emocionante.	1	2	3	4	5	6	7
3	Me resulta emocionante pensar en tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
4	Probablemente sería una experiencia excitante acariciar mis partes íntimas.	1	2	3	4	5	6	7
5	Me agrada tener sueños sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
6	No siento curiosidad por libros y películas que tengan contenido sexual.	1	2	3	4	5	6	7

Apéndice F

Escala de satisfacción sexual subjetiva

(González-Rivera & Hernández-Gato, 2019)

Estimado participante este cuestionario está diseñado con el objetivo de medir el grado de satisfacción. No es un test, así que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Por favor marque con una X la opción que más coincida con su opinión.

Pregunta	Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	De acuerdo (3)	Totalmente de acuerdo (4)
1. Considero que mi vida sexual es muy excitante	1	2	3	4
2. Luego de tener relaciones sexuales me siento pleno	1	2	3	4
3. Estoy satisfecho con la calidad de sexo que practico a la semana	1	2	3	4
4. Mi vida sexual es divertida	1	2	3	4
5. A mi vida sexual le falta calidad	1	2	3	4
6. Me siento satisfecho con la frecuencia de mis orgasmos	1	2	3	4
7. Me siento cómodo con la calidad de sexo que practico	1	2	3	4

Apéndice G

Inventario de Deseo Sexual

(Spector et al., 1996; Ortega, Zubeidat y Sierra, 2006)

Estimado participante este cuestionario está diseñado con el objetivo de medir el deseo sexual. No es un test, así que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Marque con una X la respuesta que refleje su opinión.

1. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le ha apetecido tener actividad sexual (p. ej., acariciar genitales, dar o recibir estimulación oral, coito, etc.)?

0. Nunca	1. Una vez al mes	2. Una vez cada dos semanas
3. Una vez por semana	4. Dos veces por semana	5. Tres o cuatro veces por semana
6. Una vez al día	7. Más de una vez al día	

2. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido pensamientos sexuales?

0. Nunca	1. Una vez al mes	2. Una vez cada dos semanas
3. Una vez por semana	4. Dos veces por semana	5. Tres o cuatro veces por semana
6. Una vez al día	7. Más de una vez al día	

Según la siguiente escala

Ningún deseo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 fuerte deseo

	Ningún deseo									Fuerte deseo
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
3. Cuando usted tiene pensamientos sexuales, ¿Qué tan fuerte es el deseo de tener actividades sexuales con otra persona?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
4. Cuando ve por primera vez una persona atractiva, ¿Qué tan fuerte es su deseo sexual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
5. Cuando está cierto tiempo con una persona atractiva, ¿Qué tan fuerte es su deseo sexual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
6. Cuando se encuentra en situaciones románticas, ¿Qué tan fuerte es su deseo sexual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

7. ¿Qué tan fuerte es su deseo en la actividad sexual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

8. ¿Qué importancia tiene para usted satisfacer su deseo sexual a través de actividad sexual?

Nada importante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Muy importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------

9. En comparación con otras personas de su edad y sexo, ¿Cómo considera que es su nivel de deseo sexual?

Mucho menor deseo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Mucho mayor deseo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

10. Durante el último mes, ¿con que frecuencia ha deseado tener comportamientos sexuales como la masturbación, acariciarse, etc.?

0. Nunca	1. Una vez al mes	2. Una vez cada dos semanas
3. Una vez por semana	4. Dos veces por semana	5. Tres o cuatro veces por semana
6. Una vez al día	7. Más de una vez al día	

11. ¿Cómo de fuerte es su deseo con respecto a comportamientos de masturbación, acariciarse los genitales, etc.?

Ningún deseo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Fuerte deseo
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

12. ¿Qué importancia tiene para usted satisfacer su deseo sexual mediante la masturbación, acariciarse los genitales, etc.?

Nada importante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Muy importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------

13. En comparación con otras personas de su edad y sexo, ¿cómo considera usted su nivel de deseo en relación a los comportamientos sexuales como la masturbación, acariciarse los genitales, etc.?

Mucho menor deseo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Mucho mayor deseo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

Apéndice H

Escala de VIH/sida

Subescala de Percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH

(Bermúdez, Buela-Casal, Uribe, 2005)

Estimado participante marque con una X la respuesta que considere correcta en cada pregunta de los recuadros. Recuerda que no hay respuestas incorrectas.

Pregunta	Acuerdo	Desacuerdo	No se
1. No soy el tipo de persona que pueda contraer el VIH			
2. No me preocupa la posibilidad de contraer el VIH			
3. Creo que puedo contraer sida			
4. Me preocupa contraer el virus del sida			
5. Creo que solo los homosexuales hombres deberían preocuparse del virus del sida			

Apéndice I

Escala de experiencia sexual

(Koss et al., 2007)

Estimado participante las siguientes preguntas se refieren a experiencias sexuales que es posible que haya tenido. Sabemos que estas son preguntas personales, por lo que no le preguntamos su nombre u otra información de identificación. Su información es completamente confidencial. Coloque una X, en el recuadro que muestra la cantidad de veces que le ha sucedido cada experiencia.

Experiencia sexual	Cuantas veces en los últimos 12 meses			
	0	1	2	+3
1. Alguien acarició, besó o frotó las áreas privadas de mi cuerpo (labios, pecho, entrepierna o trasero) o quitó parte de mi ropa sin mi consentimiento (pero no intentó la penetración sexual) al:				
a) Decir mentiras, amenazando con terminar la relación, amenazando con difundir rumores sobre mí, haciendo promesas que sabía que eran falsas, o presionarme verbalmente continuamente después de decir que no quería hacerlo.				
b) Mostrando disgusto, criticando mi sexualidad o atractivo, enojarse, pero no usar la fuerza física, después de que dije que no quería hacerlo.				
c) Aprovechándose cuando estaba demasiado tomado(a) para detener lo que estaba sucediendo				

Experiencia sexual	Cuantas veces en los últimos 12 meses			
	0	1	2	+3
d) Amenazar con dañarme físicamente o a alguien cercano a mí.				
e) Usando la fuerza, por ejemplo, sujetándome con su peso corporal, sujetándome los brazos o teniendo un arma.				
2. Alguien tuvo sexo oral conmigo o me hizo tener sexo oral con ellos sin mi consentimiento al:				
a) Decir mentiras, amenazando con terminar la relación, amenazando con difundir rumores sobre mí, haciendo promesas que sabía que eran falsas, o presionarme verbalmente continuamente después de decir que no quería hacerlo.				
b) Mostrando disgusto, criticando mi sexualidad o atractivo, enojarse, pero no usar la fuerza física, después de que dije que no quería hacerlo.				
c) Aprovechándose cuando estaba demasiado tomado(a) para detener lo que estaba sucediendo				
d) Amenazar con dañarme físicamente o a alguien cercano a mí.				
e) Usando la fuerza, por ejemplo, sujetándome con su peso corporal, sujetándome los brazos o teniendo un arma.				

Experiencia sexual	<i>Cuantas veces en los últimos 12 meses</i>			
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>+3</i>
<p><i>Si es hombre, marque el círculo y pase al elemento 4.</i></p> <p>3. Un hombre puso su pene en mi vagina, o alguien insertó dedos u objetos sin mi consentimiento por:</p>	○			
a) Decir mentiras, amenazando con terminar la relación, amenazando con difundir rumores sobre mí, haciendo promesas que sabía que eran falsas, o presionarme verbalmente continuamente después de decir que no quería hacerlo.				
b) Mostrando disgusto, criticando mi sexualidad o atractivo, enojarse pero no usar la fuerza física, después de que dije que no quería hacerlo.				
c) Aprovechándose cuando estaba demasiado tomado(a) para detener lo que estaba sucediendo				
d) Amenazar con dañarme físicamente o a alguien cercano a mí.				
e) Usando la fuerza, por ejemplo sujetándome con su peso corporal, sujetándome los brazos o teniendo un arma.				

Experiencia sexual	Cuantas veces en los últimos 12 meses			
	0	1	2	+3
4. Un hombre puso su pene en mi trasero, o alguien insertó dedos u objetos sin mi consentimiento al:				
a) Decir mentiras, amenazando con terminar la relación, amenazando con difundir rumores sobre mí, haciendo promesas que sabía que eran falsas, o presionarme verbalmente continuamente después de decir que no quería hacerlo.				
b) Mostrando disgusto, criticando mi sexualidad o atractivo, enojarse pero no usar la fuerza física, después de que dije que no quería hacerlo.				
c) Aprovechándose cuando estaba demasiado tomado(a) para detener lo que estaba sucediendo				
d) Amenazar con dañarme físicamente o a alguien cercano a mí.				
e) Usando la fuerza, por ejemplo, sujetándome con su peso corporal, sujetándome los brazos o teniendo un arma.				

Experiencia sexual	Cuantas veces en los últimos 12 meses			
	0	1	2	+3
5. Aunque no sucedió, alguien TRATÓ de tener sexo oral conmigo o de obligarme a tener sexo oral sin mi consentimiento al:				
a) Decir mentiras, amenazando con terminar la relación, amenazando con difundir rumores sobre mí, haciendo promesas que sabía que eran falsas, o presionarme verbalmente continuamente después de decir que no quería hacerlo.				
b) Mostrando disgusto, criticando mi sexualidad o atractivo, enojarse, pero no usar la fuerza física, después de que dije que no quería hacerlo.				
c) Aprovechándose cuando estaba demasiado tomado(a) para detener lo que estaba sucediendo				
d) Amenazar con dañarme físicamente o a alguien cercano a mí.				
e) Usando la fuerza, por ejemplo, sujetándome con su peso corporal, sujetándome los brazos o teniendo un arma.				

Experiencia sexual	Cuantas veces en los últimos 12 meses			
	0	1	2	+3
<p><i>Si es hombre, marque el círculo y pase al punto 7.</i></p> <p>6. Aunque no sucedió, un hombre TRATÓ de poner su pene en mi vagina, o alguien trató de meter dedos u objetos sin mi consentimiento al:</p>	○			
a) Decir mentiras, amenazando con terminar la relación, amenazando con difundir rumores sobre mí, haciendo promesas que sabía que eran falsas, o presionarme verbalmente continuamente después de decir que no quería hacerlo.				
b) Mostrando disgusto, criticando mi sexualidad o atractivo, enojarse, pero no usar la fuerza física, después de que dije que no quería hacerlo.				
c) Aprovechándose cuando estaba demasiado tomado(a) para detener lo que estaba sucediendo				
d) Amenazar con dañarme físicamente o a alguien cercano a mí.				
e) Usando la fuerza, por ejemplo, sujetándome con su peso corporal, sujetándome los brazos o teniendo un arma.				

Experiencia sexual	Cuántas veces en los últimos 12 meses			
	0	1	2	+3
7. Aunque no sucedió, un hombre TRATÓ de poner su pene en mi trasero, o alguien intentó meter objetos o dedos sin mi consentimiento al:				
a) Decir mentiras, amenazando con terminar la relación, amenazando con difundir rumores sobre mí, haciendo promesas que sabía que eran falsas, o presionarme verbalmente continuamente después de decir que no quería hacerlo.				
b) Mostrando disgusto, criticando mi sexualidad o atractivo, enojarse, pero no usar la fuerza física, después de que dije que no quería hacerlo.				
c) Aprovechándose cuando estaba demasiado tomado(a) para detener lo que estaba sucediendo				
d) Amenazar con dañarme físicamente o a alguien cercano a mí.				
e) Usando la fuerza, por ejemplo, sujetándome con su peso corporal, sujetándome los brazos o teniendo un arma.				

Apéndice J

Subescala de Permisividad sexual

(Hendrick et al., 2006)

Marque con una X su opinión con respecto a las siguientes afirmaciones, recuerden que no existen respuestas incorrectas.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. No necesito estar comprometido(a) con una persona para tener relaciones sexuales con él/ella.	1	2	3	4	5
2. El sexo casual es aceptable.	1	2	3	4	5
3. Me gustaría tener sexo con muchas parejas.	1	2	3	4	5
4. Los encuentros sexuales de una sola noche son a veces muy placenteros	1	2	3	4	5
5. Está bien mantener relaciones sexuales con más de una persona a la vez.	1	2	3	4	5
6. El sexo a cambio de favores está bien si ambas personas están de acuerdo	1	2	3	4	5
7. El mejor sexo es sin compromiso	1	2	3	4	5
8. La vida tendría menos problemas si la gente pudiera tener sexo con más libertad	1	2	3	4	5
9. Es posible disfrutar el sexo con una persona y que esa persona no te guste mucho	1	2	3	4	5
10. Está bien que el sexo sea solo para una buena liberación física	1	2	3	4	5

Apéndice K
Intención de usar condón
(Deb et al., 2009)

Marque con una X su opinión con respecto a las siguientes afirmaciones, recuerden que no existen respuestas incorrectas.

Pregunta		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Intentaré usar o continuar usando condones en el futuro					
2	Evitaría usar condones si es posible					
3	No tendría objeciones si mi pareja sugiriera usar condones.					
4	Sería cómodo sugerir el uso de condones con pareja					

Apéndice L

Escala de Asertividad Sexual (SAS)

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

Estimado(a) participante, usando la siguiente escala favor de indicar la frecuencia en cada enunciado, marcando la opción con la que usted se sienta más identificado(a).

Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas y que sus respuestas son completamente anónimas y confidenciales

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

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

2. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo

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

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

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

4. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que acaricie mi cuerpo

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

5. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo

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

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

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

7. Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no

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

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

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

9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste

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

10. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece

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

11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales, aunque me presione

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

12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste

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

13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón, incluso aunque yo prefiera usarlos

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

14. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo no quiera

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

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

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

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

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

17. Insisto en usar condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos

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

18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón

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

Apéndice M

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Conducta sexual asertiva en migrantes de la frontera norte de Tijuana, Baja California
Investigadores: Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarin, Dra. Dora Julia Onofre

Introducción y Objetivo del estudio:

Estimado participante, estamos realizando un proyecto en los centros de asistencia para migrantes, en personas mayores de edad, que hayan iniciado su vida sexual, para conocer cómo algunos elementos se relacionan la conducta sexual en personas que tienen la necesidad de migrar. Su participación y los resultados que se obtengan formarán parte de una tesis doctoral. Por lo que lo invitamos a participar contestando algunas preguntas personales acerca de su sexualidad. En caso de que decida participar se le informa que no se solicitará que registre su nombre en ninguna de las encuestas, y que los datos obtenidos serán utilizados con fines científicos. El objetivo de este estudio es conocer cómo algunos elementos se relacionan con la conducta sexual en migrantes. Se le informa, que todos los datos que usted proporcione serán utilizados con fines científicos. A continuación, se le explicará el estudio y los procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

La casa del migrante, el albergue ejército salvador, y desayunador salesiano autorizó realizar el estudio aquí. Se invitará a todas las personas que sean migrantes mayores de edad y acudan a pedir información, alojamiento o alimento, etc. Para ello se llevará un conteo donde una persona será seleccionada para participar en el proyecto. Hasta

completar 245 participantes. Si Usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado. Se le aplicarán 12 encuestas, que contienen preguntas sobre su salud sexual, relaciones sentimentales actuales y experiencias pasadas. El llenado de la encuesta tiene una duración de aproximada 40 a 60 minutos. Se le realizará el siguiente procedimiento:

- Se le pedirá que se sienta y lea con atención lo que se le pregunta, y seleccione la respuesta que usted considere describa lo que usted piensa.

La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas Científicas, pero se realizará de manera grupal, ni su nombre ni datos de identificación aparecerán en estos. Aun firmando este consentimiento, usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio:

Un posible riesgo de participar en este estudio, es que se sienta incómodo/incómoda con algunas de las preguntas que le realizaremos en la encuesta. Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede decidir no responder a cualquier pregunta que no quiera. Puede saltarse preguntas, parar y/o decidir dejar de participar en este estudio en cualquier momento. No compartiremos su información con ninguna persona, solo el investigador tendrá acceso a los resultados de este estudio.

Beneficios:

No existe ningún beneficio directo para usted por participar en este estudio. Sin embargo, al participar, puede experimentar algunos de los beneficios indirectos que incluyen: la oportunidad de compartir experiencias personales, sus opiniones y preocupaciones con respecto a sus necesidades de salud sexual. Su participación es importante para conocer los elementos que se relacionan con la salud sexual de los

migrantes, lo cual, nos ayudará a los profesionales de la salud, a crear intervenciones de prevención para mejorar la salud sexual. Al término de su participación, usted recibirá un incentivo que consta de un sobre con la cantidad de \$50.00 (0/100) moneda nacional, así como información con respecto a formas de transmisión y prevención del VIH, de manera verbal, en agradecimiento por su tiempo prestado. También tendrá la opción de tomar un paquete de productos de higiene personal y condones, con un valor aproximado de \$50.00 (0/100) moneda nacional.

Compromisos del Investigador:

Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

Información de contacto: La Maestra Cynthia Ruiz Bugarin o _____ le ha explicado este estudio y ha resuelto sus dudas. Si usted tiene preguntas adicionales o problemas relacionados a este estudio, podrá contactarla por correo electrónico a clrb_88@hotmail.com si así lo desea.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____ **Fecha:** _____

Día / Mes / Año

Testigo 2 _____ **Fecha:** _____

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que recolecta este consentimiento: _____

Apéndice N

Análisis factorial exploratorio del Inventario de Deseo Sexual

Reactivo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>a</i>	<i>ri-T</i>	<i>Carga</i>
Reactivo 1*	3.59	2.122	.899	.384	.261
Reactivo 2*	4.11	2.011	.895	.478	.249
Reactivo 3	5.67	2.257	.892	.553	.420
Reactivo 4	5.25	2.528	.886	.675	.698
Reactivo 5	5.11	2.330	.887	.660	.895
Reactivo 6	5.49	2.400	.886	.691	.704
Reactivo 7	6.04	2.213	.888	.654	.787
Reactivo 8	6.41	2.258	.887	.660	.719
Reactivo 9	5.81	2.320	.888	.636	.570
Reactivo 10	3.21	2.501	.893	.532	.451
Reactivo 11	3.99	2.764	.888	.637	.597
Reactivo 12	3.69	2.694	.892	.556	.693
Reactivo 13	4.16	2.773	.886	.678	.733

Nota: $n= 249$; $M=$ media, $DE=$ Desviación estándar; $a=$ alfa si se elimina el reactivo, $ri-T=$ correlación con la escala total, * reactivo eliminado.

Apéndice O

Inventario de Deseo Sexual

(Spector et al., 1996; Ortega, Zubeidat y Sierra, 2006)

Estimado participante este cuestionario está diseñado con el objetivo de medir el deseo sexual. No es un examen, así que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Marque con una X la respuesta que refleje su opinión.

Según la siguiente escala señale que tan fuerte es su deseo donde 0 es ningún deseo y 8 es deseo fuerte

	Ningún deseo									Fuerte deseo
1. Cuando usted tiene pensamientos sexuales, ¿Qué tan fuerte es el deseo de tener actividades sexuales con otra persona?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
2. Cuando ve por primera vez una persona atractiva, ¿Qué tan fuerte es su deseo sexual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
3. Cuando está cierto tiempo con una persona atractiva, ¿Qué tan fuerte es su deseo sexual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
4. Cuando se encuentra en situaciones románticas, ¿Qué tan fuerte es su deseo sexual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
5. ¿Qué tan fuerte es su deseo en la actividad sexual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

6. ¿Qué importancia tiene para usted satisfacer su deseo sexual a través de actividad sexual?

Nada importante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Muy importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------

7. En comparación con otras personas de su edad y sexo, ¿Cómo considera que es su nivel de deseo sexual?

Mucho menor deseo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Mucho mayor deseo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

8. Durante el último mes, ¿con que frecuencia ha deseado tener comportamientos sexuales como la masturbación, acariciarse, etc.?

0. Nunca	1. Una vez al mes	2. Una vez cada dos semanas
3. Una vez por semana	4. Dos veces por semana	5. Tres o cuatro veces por semana
6. Una vez al día	7. Más de una vez al día	

9. ¿Cómo de fuerte es su deseo con respecto a comportamientos de masturbación, acariciarse los genitales, etc.?

Ningún deseo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Fuerte deseo
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

10. ¿Qué importancia tiene para usted satisfacer su deseo sexual mediante la masturbación, acariciarse los genitales, etc.?

Nada importante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Muy importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------

11. En comparación con otras personas de su edad y sexo, ¿cómo considera usted su nivel de deseo en relación a los comportamientos sexuales como la masturbación, acariciarse los genitales, etc.?

Mucho menor deseo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Mucho mayor deseo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

Nota: Deseo sexual pareja (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), deseo sexual solitario (8, 9, 10, 11). A mayor puntuación, mayor deseo sexual, alfa de Cronbach .899.

Apéndice P

Análisis factorial exploratorio de la subescala de Percepción de Susceptibilidad para la Infección por el VIH

<i>Reactivo</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>a</i>	<i>ri-T</i>	<i>Carga</i>
Reactivo 1*	2.07	.674	.558	.129	.089
Reactivo 2*	1.85	.514	.540	.122	.084
Reactivo 3	1.56	.676	.238	.572	.385
Reactivo 4	1.48	.690	.448	.298	.328
Reactivo 5	1.93	.588	.430	.331	.161

*Nota: n= 249; M= media, DE= Desviación estándar; a= alfa si se elimina el reactivo, ri-T= correlación con la escala total, * reactivo eliminado.*

Apéndice Q

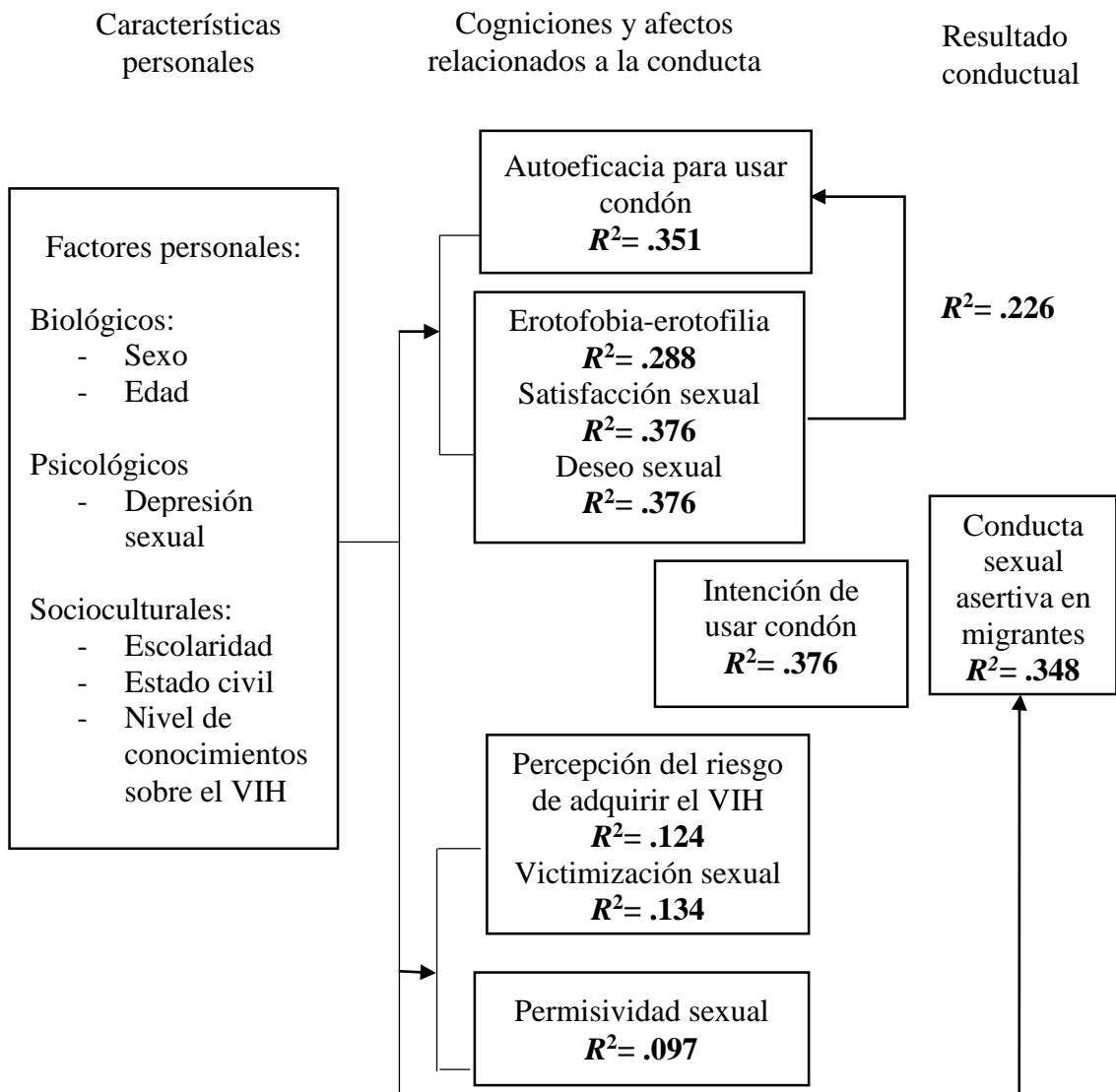
Análisis factorial exploratorio de la Subescala de Intención de Usar Condones

<i>Reactivo</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>a</i>	<i>ri-T</i>	<i>Carga</i>
Reactivo 1	7.56	.591	.567	.371	.567
Reactivo 2*	6.23	-.023	.027	.814	.027
Reactivo 3	7.39	.564	.378	.389	.378
Reactivo 4	7.37	.544	.495	.411	.495

Nota: $n= 249$; $M=$ media, $DE=$ Desviación estándar; $a=$ alfa si se elimina el reactivo, $ri-T=$ correlación con la escala total, * reactivo eliminado.

Apéndice R

Varianza explicada por las características personales sobre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y el resultado conductual



Nota: Se presenta la varianza explicada por las características personales sobre las cogniciones y afectos relacionados a la conducta, y el resultado conductual, del Modelo de conducta sexual asertiva en migrante (MCSAM).

Resumen Autobiográfico

MCE. Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarin

Candidata para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Tesis: CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MIGRANTES DE LA FRONTERA NORTE DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

LGAC: Sexualidad Responsable y Prevención de ITS/SIDA

Biografía: Nacida en Santiago Ixcuintla, Nayarit, el 24 de agosto del 1988, hija de Héctor Ruiz Bravo y Emma Bugarin Rodríguez. Esposa de Ángel Custodio Pacheco Macías (2006), madre de Aarin Gonzalo Pacheco Ruiz y Ángela Gabriela Pacheco Ruiz.

Educación: Egresada de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit, como Licenciada en Enfermería, en el año 2012. Egresada de la Universidad de Guanajuato, campus Celaya-Salvatierra, como Master en Ciencias de Enfermería, en el año 2015. Con el apoyo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Valle Las Palmas, de la Universidad Autónoma de Baja California realizó estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el periodo 2018-2021.

Experiencia profesional: Enfermera General en el Hospital General Regional No. 20, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Profesor de Tiempo Completo, en la Facultad de Ciencias de la Salud, Valle las Palmas, en la Universidad Autónoma de Baja California. Miembro de la sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha desde 2019.

Correo electrónico: lizbeth.ruiz@uabc.edu.mx