



**Autónoma**  
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

ASERTIVIDAD SEXUAL Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE UNA  
UNIVERSIDAD PRIVADA DEL DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR EN  
LIMA SUR

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR**

PAUL RICHARD DIAZ IGNACIO

**ASESOR**

MG. SILVANA GRACIELA VARELA GUEVARA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

ASPECTOS PSICOLÓGICOS VINCULADOS A LA ACTIVIDAD  
EDUCATIVA

**LIMA, PERÙ, DICIEMBRE DE 2020**

## **DEDICATORIA**

Esta investigación queda dedicada a mi familia, en especial a mis padres por todo el amor y apoyo incondicional en ayudarme a conseguir mis objetivos, a su vez, a mis maestros por todo el conocimiento transmitido y los buenos momentos juntos que compartí con amigos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi casa de estudios, la Universidad Autónoma del Perú, por las experiencias vividas desde el Centro Pre-Universitario hasta mi último ciclo académico; por los docentes que se involucraron en mi formación profesional y los grandes aportes en conocimientos académicos debido a la participación en congresos internacionales, charlas y talleres académicos que fueron planificados y ejecutados desde la Escuela Profesional de Psicología.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iii
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>RESUMO</b> .....	x
<b>INTRODUCCIÒN</b> .....	xi
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÒN</b>	
1.1. Realidad problemática.....	14
1.2. Justificación e importancia de la investigación.....	17
1.3. Objetivos de la investigación: general y especifica .....	18
1.4. Limitaciones de la investigación.....	19
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de estudios.....	21
2.1.1. Internacionales.....	21
2.1.2. Nacionales.....	24
2.2. Bases teórico científicas.....	27
2.2.1. Asertividad sexual.....	27
2.2.2. Ansiedad.....	32
2.3. Definición de la terminología empleada.....	43
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÒGICO</b>	
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	45
3.1.1. Tipo de investigación.....	45
3.1.2. Diseño de investigación.....	45
3.2. Población y muestra.....	45
3.3. Hipótesis.....	46
3.3.1. Hipótesis general.....	46
3.3.2. Hipótesis específicas.....	47
3.4. Variables – Operacionalización .....	48
3.5. Métodos y técnicas de investigación.....	50
3.5.1. Escala de Asertividad Sexual.....	50
3.5.2. Inventario de Ansiedad de Beck.....	56

3.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	63
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1. Características sociodemográficas de la muestra.....	65
4.2. Análisis descriptivo de las variables.....	65
4.2.1. Análisis descriptivo de asertividad sexual.....	65
4.2.2. Análisis descriptivo de ansiedad.....	67
4.3. Análisis comparativo de las variables.....	69
4.3.1. Comparación de la asertividad sexual en función al género, edad y ciclo de estudio.....	69
4.3.2. Comparación de la ansiedad en función al género, edad y ciclo de estudio.....	72
4.4. Análisis correlacional de las variables.....	74
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Discusión.....	78
5.2. Conclusiones.....	84
5.3. Recomendaciones.....	86

**REFERENCIAS**

**ANEXOS**

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de las variables asertividad sexual y ansiedad.....	49
Tabla 2	Confiabilidad por consistencia interna de la Escala de Asertividad Sexual.....	53
Tabla 3	Correlación ítem sub escala de inicio.....	53
Tabla 4	Correlación ítem sub escala de rechazo.....	54
Tabla 5	Correlación ítem sub escala ETS.....	54
Tabla 6	Normas percentiles de la Escala de Asertividad Sexual.....	55
Tabla 7	Confiabilidad por consistencia interna del Inventario de Ansiedad de Beck.....	59
Tabla 8	Correlación ítem sub escala de afectivo.....	60
Tabla 9	Correlación ítem sub escala de cognitivo.....	60
Tabla 10	Correlación ítem sub escala somático.....	61
Tabla 11	Normas percentiles del Inventario de Ansiedad.....	61
Tabla 12	Características sociodemográficas de la muestra.....	65
Tabla 13	Estadísticos descriptivos de la asertividad sexual y sus dimensiones.....	65
Tabla 14	Niveles de la dimensión de inicio.....	66
Tabla 15	Niveles de la dimensión de rechazo.....	66
Tabla 16	Niveles de la dimensión de ETS.....	67
Tabla 17	Niveles de la asertividad sexual.....	67
Tabla 18	Estadísticos descriptivos de ansiedad y sus componentes.....	67
Tabla 19	Niveles de la dimensión de afectivo.....	68
Tabla 20	Niveles de la dimensión de cognitivo.....	68
Tabla 21	Niveles de la dimensión de somático.....	68
Tabla 22	Niveles de la ansiedad.....	69
Tabla 23	Prueba de normalidad de la asertividad sexual y sus dimensiones.....	69
Tabla 24	Comparación de la asertividad sexual y sus dimensiones en función al género.....	70

Tabla 25	Comparación de la asertividad sexual y sus dimensiones en función a la edad.....	71
Tabla 26	Comparación de la asertividad sexual y sus dimensiones en función al ciclo académico.....	71
Tabla 27	Prueba de normalidad de la ansiedad y sus componentes.....	72
Tabla 28	Comparación de la ansiedad y sus componentes en función al género.....	72
Tabla 29	Comparación de la ansiedad y sus componentes en función a la edad.....	73
Tabla 30	Comparación de la ansiedad y sus componentes en función al ciclo académico.....	74
Tabla 31	Medida de relación entre asertividad sexual y ansiedad.....	75
Tabla 32	Medidas de relación entre las dimensiones de asertividad sexual y los componentes de la ansiedad.....	76

**ASERTIVIDAD SEXUAL Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE UNA  
UNIVERSIDAD PRIVADA DEL DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR EN  
LIMA SUR**

**PAUL RICHARD DÍAZ IGNACIO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÙ**

**RESUMEN**

332 educandos universitarios, masculinos y femeninos, de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada del distrito de Villa El Salvador fueron encuestados bajo un muestreo no probabilístico con la intención de examinar la relación entre asertividad sexual y ansiedad. El tipo de investigación fue no experimental y transversal, con un diseño correlacional. Se utilizaron la Escala de Asertividad Sexual (SAS) de Morokoff et al. (1997) y el Inventario de Ansiedad de Beck – BAI de Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) debidamente adaptadas en una muestra piloto. Los resultados encontrados infieren que existe una relación inversa, de grado moderada baja y estadísticamente significativa ( $\rho = -0.271$ ;  $p = 0.036$ ) entre ambas variables. El 54.2% de los participantes obtuvieron un nivel promedio de asertividad sexual. Por su parte, el 62.7% lograron un nivel promedio de ansiedad. Al someter a comparación, tanto en sus dimensiones y componentes, así como en los puntajes generales de asertividad sexual y ansiedad se encontraron diferencias estadísticas significativas ( $p < 0.05$ ), muy significativas ( $p < 0.01$ ) y altamente significativa ( $p < 0.001$ ) en función al género, la edad y ciclo académico, siendo el grupo femenino, el grupo de 16 a 20 años y el grupo de I a IV ciclo académico, los que obtuvieron mejores puntajes.

**Palabras clave:** asertividad, asertividad sexual, ansiedad adaptativa y patológica

# SEXUAL ASSERTIVITY AND ANXIETY IN STUDENTS FROM A PRIVATE UNIVERSITY OF THE DISTRICT OF VILLA EL SALVADOR IN SOUTH LIMA

PAUL RICHARD DIAZ IGNACIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÙ

## ABSTRACT

332 male and female university students from the professional career of Psychology at a private university in the district of Villa El Salvador were surveyed under a non-probabilistic sampling with the intention of examining the relationship between sexual assertiveness and anxiety. The type of research was non-experimental and cross-sectional, with a correlational design. The Sexual Assertiveness Scale (SAS) of Morokoff et al. (1997) and the Beck Anxiety Inventory - BAI by Beck, Epstein, Brown and Steer (1988) duly adapted in a pilot sample. The results found infer that there is an inverse relationship, of a moderately low and statistically significant degree ( $\rho = -0.271$ ;  $p = 0.036$ ) between both variables. 54.2% of the participants obtained an average level of sexual assertiveness. For their part, 62.7% achieved an average level of anxiety. When subjected to comparison, both in its dimensions and components, as well as in the general scores of sexual assertiveness and anxiety, significant statistical differences ( $p < 0.05$ ), very significant ( $p < 0.01$ ) and highly significant ( $p < 0.001$ ) were found in based on gender, age and academic cycle, being the female group, the group from 16 to 20 years old and the group from I to IV academic cycle, those that obtained the best scores.

**Keywords:** assertiveness, sexual assertiveness, adaptive and pathological anxiety

**ASSERTIVIDADE SEXUAL E ANSIEDADE EM ALUNOS DE UMA  
UNIVERSIDADE PRIVADA DO DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, NO SUL  
DE LIMA**

**PAUL RICHARD DIAZ IGNACIO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÙ**

**RESUMO**

332 estudantes universitários do sexo masculino e feminino da carreira profissional de psicologia em uma universidade privada do distrito de Villa El Salvador foram entrevistados em uma amostra não probabilística com o intuito de examinar a relação entre assertividade sexual e ansiedade. O tipo de pesquisa foi não experimental e transversal, com desenho correlacional. A Sexual Assertiveness Scale (SAS) de Morokoff et al. (1997) e o Inventário de Ansiedade de Beck - BAI de Beck, Epstein, Brown e Steer (1988) devidamente adaptado em uma amostra piloto. Os resultados encontrados inferem que existe uma relação inversa, de grau moderadamente baixo e estatisticamente significativo ( $\rho = -0,271$ ;  $p = 0,036$ ) entre as duas variáveis. 54,2% dos participantes obtiveram nível médio de assertividade sexual. Por sua vez, 62,7% atingiram um nível médio de ansiedade. Quando submetidos à comparação, tanto em suas dimensões e componentes, quanto nos escores gerais de assertividade sexual e ansiedade, foram encontradas diferenças estatísticas significativas ( $p < 0,05$ ), muito significativas ( $p < 0,01$ ) e altamente significativas ( $p < 0,001$ ) em com base no sexo, idade e ciclo escolar, sendo o grupo feminino, o grupo dos 16 aos 20 anos e o grupo do I ao IV ciclo escolar, os que obtiveram as melhores pontuações.

**Palavras-chave:** assertividade, assertividade sexual, ansiedade adaptativa e patológica

## INTRODUCCIÓN

La habilidad que posee un sujeto para deleitarse y exteriorizar su sexualidad sin el peligro de adquirir infecciones de trasmisión sexual, embarazos no deseados, coacción, intimidación y discriminación, se le ha denominado salud sexual. Esta habilidad tiene efectos especiales en cinco áreas: sexo seguro, sexo agradable e informado, sexo basado en la autoestima, puntos de vista positivos del sexo humano y respeto mutuo en las relaciones sexuales. Es en el ámbito de la salud sexual, que la conducta asertiva sexual tiene un significado especial porque pueden hacer que las personas tomen decisiones sobre su comportamiento sexual. Analizar la capacidad de desencadenar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual innecesaria y concertar los comportamientos sexuales requeridos puede estar relacionado con la ansiedad. Ésta se considera una respuesta emocional ante una amenaza obvia y se exterioriza a nivel cognitivo, físico y emocional.

Es por ello que surge la necesidad e interés de investigar como la percepción de su asertividad sexual están asociada o relacionada con la respuesta de ansiedad que está presente en el repertorio conductual de los jóvenes universitarios.

Para tal fin, esta tesis se ha estructurado del siguiente modo: En el capítulo I se relata la realidad problemática, justificación e importancia, objetivos y limitaciones de la investigación. En el capítulo II se expone el marco teórico, donde se presentan antecedentes nacionales e internacionales y las bases teóricas de la investigación, así como la definición conceptual de los términos utilizados. En el capítulo III se explica el marco metodológico de la investigación, el tipo y el diseño de investigación, población y muestra, hipótesis, las variables y la operacionalización, métodos y técnicas de investigación, y el análisis estadístico e interpretación de datos. En el capítulo IV se explica el análisis e interpretación de resultados, a través de las tablas usando estadísticas descriptivas e inferencias, y su respectiva interoperación. En último lugar, en el capítulo V, se discuten los resultados, se establecen conclusiones y las recomendaciones oportunas para la universidad en función a los resultados derivados.

**CAPÍTULO I**  
**PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1. Realidad problemática

La salud, como derecho, está contemplada en diversos documentos e instrumentos legales de corte internacional tales como la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” publicada en 1948, el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” en 1966, la “Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial” de 1956, la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de 1981, el “Convenio sobre los Derechos del Niño” de 1990, el “Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” y “Protocolo de San Salvador” de 1988. Lo dispuestos en cada uno de estos instrumentos, ha sido aprobado o ratificado sobre un sustento legal en nuestro país. Por ende, el derecho a la salud ordena al Estado a respetar, defender y fomentar su actuación. Esto implica a la salud sexual y reproductiva, que es un derecho extenso e inclusivo engloba no solo la atención médica adecuada y correcta, sino además los principales determinantes sociales, económicos y culturales de la salud (Ministerio de Salud, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) estima que, en las naciones en vías de desarrollo, alrededor de 214 millones de mujeres en período fértil quieren detener o retrasar el parto, más no emplean ningún método anticonceptivo. Además, cada día, más de 1 millón de personas contraen una Infección de Transmisión Sexual (ITS). Se apreció que 357 millones de individuos se infectan con clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis cada año. Son transportadoras del virus que causa el herpes genital tipo 2 (HSV2), un poco más de 500 millones de individuos. Se han contagiado con el virus del papiloma humano (VPH), más de 290 millones de mujeres. Por lo general, las infecciones de transmisión sexual son asintomáticas o se acompañan de indicios leves, y es viable que no se diagnostiquen con exactitud. En el año 2012, más de 900.000 mujeres gestantes padecieron sífilis, provocando así aproximadamente 350.000 complicaciones, incluidas muertes prenatales (OMS, 2016).

Además, la OMS (2017) indica que la coacción contra la mujer, involucrada la coacción sexual, compone un difícil problema de salud pública y un atentado contra los derechos humanos hacia ellas, además expone que una de cada 3 (35%) damas en el globo ha padecido de coacción física y/o sexual de parte de su conyugue o coacción sexual por terceros en alguna oportunidad de su historia. En el año 2005, un estudio en distintos países acerca la salud de la mujer y la coacción doméstica en 10 naciones llevado a cabo por la OMS, encontró que el 24% de las mujeres en los sectores rurales de Perú declararon que su primera experiencia sexual fue forzada (RPP Noticias, 2017). En Lima Metropolitana, entre enero de 2018 y agosto de 2018, el Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables anotó 23,021 casos de violencia a través del Centro de Emergencias de la Mujer (CEM), de los cuales 2,280 fueron violadas, siendo el distrito Villa El Salvador el que presenta mayor incidencia (1537 casos de violencia y 189 casos de violaciones).

En conformidad con el estudio realizado por el Programa de Investigación y Análisis Prospectivo Criminológico del Ministerio Público, del total de víctimas en el Perú, el 76% que sufrieron de coacción sexual son menores de edad, de los cuales el 100% de los delitos son causados por hombres, y el abuso sexual ocurre en horario de tarde y noche. También, las estadísticas indican que, del total de las víctimas, el 78% conocía a su victimario, siendo un 40% algún familiar, un 26% un conocido y un 12% pareja o expareja de la víctima (Diario Correo, 2018). Es incuestionable que las prácticas sexuales de riesgo señaladas y la violencia sexual que vienen sufriendo las mujeres en nuestra nación y del mundo, forjan problemáticas específicas que deben ser de interés y prioridad tanto para el Estado como para la comunidad de profesionales de la salud sexual y reproductiva.

Otra problemática de igual interés, enmarcada en este contexto, son los trastornos psicológicos que puede experimentar las víctimas de violencia sexual y que practican conductas sexuales de riesgo, siendo los más recurrentes la ansiedad y depresión (Elkington, Bauermeister y Zimmerman, 2010). En este sentido, la OMS (2017) señala que más de 260 millones de individuos en escala global padecen de trastornos de ansiedad. En Latinoamérica, más del 22% soportan dolencias psíquicas tales como la depresión y la ansiedad severa (Banco Mundial, 2017). De acuerdo con el diario Emol (2017) fue Brasil la nación de

Latinoamérica que padece de un mayor número de desórdenes de ansiedad (9.3% de la población), continuo de “Paraguay (7.6%)”, “Chile (6.5%)”, “Uruguay (6.4%)”, “Argentina (6.3%)”, “Cuba (6.1%)”, y “Colombia (5.8%)”, le suceden “Perú y República Dominicana (5.7%)”, “Ecuador (5.6%)”, “Bolivia (5.4%)”, “Costa Rica y El Salvador (4.6%)”, “Nicaragua y Panamá (4.5%)”, “Venezuela (4.4%)”, “Honduras (4.3%)”, “Guatemala (4.2%)” y “México (3.6%)”.

Conforme al Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2013), en nuestro contexto, las localidades de “Lima (26.5%)”, “Ayacucho (26.0%)” y “Puerto Maldonado (25.4%)” siendo las dificultades más destacadas en salud mental: la depresión, ansiedad, alcoholismo y coacción doméstica, un año antes a la encuesta. En la ciudad de Lima, el desorden de ansiedad generalizada alcanzó el 10.6%. Por su parte, el Hospital Nacional Hermilio Valdizán en el mes de abril del año 2017, registró un total de 74 casos que se atendieron servicio de consulta externa cuyo diagnóstico clínico fue trastorno de ansiedad generalizada siendo 50 mujeres y 24 varones.

En tal sentido, tanto las conductas sexuales de riesgo como son perdurar relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, encontrarse en estado de ebriedad, o la promiscuidad con sujetos que poseen una Infección de Transmisión Sexual (ITS); así como la violencia sexual hacia mujeres con mayor frecuencia en adolescentes, y que lo propicia un familiar o conocido, son considerados amenazas que hacen vulnerables a las personas que lo experimentan; lo cual, puede llevar a la aparición de trastornos psicológico siendo la ansiedad el más recurrente (Granados, Vallejo y Sierra, 2011). Es aquí donde la asertividad sexual actúa como un factor protector al permitirle al sujeto que lo manifiesta una mejor satisfacción sexual de uno mismo y la de su pareja; en la medida que le permite iniciar el acto sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y negociar conductas sexuales deseadas, el uso de métodos anticonceptivos y comportamientos sexuales mucho más adecuados en los estudiantes universitarios. Por ello ante esta situación problemática se planea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre asertividad sexual y ansiedad en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador?

## **1.2. Justificación e importancia de la investigación**

Desde una justificación teórica, la investigación consintió revisar y evaluar oportunamente las principales teóricas que intentan explicar parcialmente la conducta asertiva sexual, en cuanto al inicio de la actividad sexual, el rechazo de una conducta sexual inadecuada y el uso de métodos anticonceptivos para prevenir los padecimientos de transmisión sexual; del mismo modo, se analizaron las teóricas más relevantes que exponen el surgimiento del trastorno de ansiedad, en sus componentes afectivo, cognitivo y somático; de esta manera, se permitió conocer la interacción de ambas variables en los estudiantes universitarios que constituyeron el estudio.

En cuanto a la justificación metodológica, esta queda explicada al haber seleccionado como dispositivos de medición: la Escala de Asertividad Sexual (SAS) de Morokoff (1997) y el Inventario de Ansiedad de Beck - BAI de Beck y Steer (1988); siendo ambos instrumentos sometidos a un proceso estadísticos y psicométrico riguroso para corroborar su validez y confiabilidad, y poder ser empleados en otras labores de indagación científica así como en otros campus universitarios para mayor contraste metodológico.

Por último, existe justificación práctica desde el momento que los resultados estadísticos debidamente contrastados con las bases teóricas, permiten generar la necesidad del diseño y aplicación de propuestas de intervención psicológica desde un enfoque cognitivo – conductual; que estarán dirigidos a desarrollar o incrementar la conducta asertiva sexual y regular las categorías de ansiedad en los educandos de una universidad privada de Villa El Salvador; asimismo, mejorar las relaciones interpersonales y así contribuir al bienestar psicológico de la sociedad.

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **Objetivo general**

- Determinar la relación entre asertividad sexual y ansiedad en una muestra de educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.

#### **Objetivos específicos**

1. Detallar el nivel de asertividad sexual y de sus dimensiones en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur
2. Referir el nivel de ansiedad y de sus componentes en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur
3. Precisar las diferencias estadísticas de la asertividad sexual y de sus dimensiones en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur en función al género, edad y ciclo académico.
4. Identificar las diferencias estadísticas de la ansiedad y de sus componentes en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur en función al género, edad y ciclo académico.
5. Establecer la relación específica entre las dimensiones de asertividad sexual: asertividad de inicio, asertividad de rechazo, y asertividad en la prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual, con los componentes de la ansiedad: afectivo, cognitivo y somático en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.

#### **1.4. Limitaciones de la investigación**

Durante el transcurso de la indagación, se lucieron dos restricciones:

- Los resultados del proceso de investigación, solo pueden extrapolarse a la muestra encuestada; es decir, a un grupo representativo de estudiantes, entre caballeros y damas, de la carrera profesional de Psicología que abarcan desde el primero hasta el undécimo ciclo académico; quedando excluidas, por motivos económicos y de tiempo, otras carreras profesionales que oferta la Universidad Autónoma del Perú.
- La poca disposición de los docentes en otorgar la autorización del alzamiento de los datos, a través de la administración de los instrumentos de medición previamente seleccionados, durante los horarios de clase; a pesar de existir el consentimiento informado del Decano de la Facultad de Ciencias Humanas para la ejecución del mismo.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Antecedentes de estudios**

### **2.1.1. Internacionales**

Segarra (2019) encuestó a un total de 278 educandos, entre caballeros y damas, de entre 20 y 30 años, cuyo requisito de inclusión fue que se encontraban sexualmente activos, con el propósito de investigar la repercusión de la imagen corporal y asertividad sexual en la satisfacción sexual. Los instrumentos aplicados en este estudio fueron: el índice de Satisfacción Sexual de Hudson et al. creado en el año 1981, la Escala de Autoestima Corporal de Peris y Maganto creado en el año 2016, y la Escala de Asertividad Sexual en su versión española por Sierra, Vallejo-Medina y Santos- Iglesias en el año 2011. Los resultados muestran que hay una disparidad estadísticamente significativa en la satisfacción sexual basada en la imagen corporal; además, hay una disparidad estadísticamente significativa en la satisfacción sexual basada en la autoconfianza sexual. En comparación con las personas con mayor autoconfianza sexual, la satisfacción sexual es estadísticamente significativa. Las personas con poca confianza en sí mismas tienen poca satisfacción sexual. De esta forma, se puede entender que tanto la imagen corporal como la autoconfianza sexual afectan la satisfacción sexual de los individuos. Por otro lado, no se localizaron disparidad en la confianza sexual que desencadena el contacto sexual entre hombres y mujeres. Sin embargo, existe una disparidad estadísticamente significativa en la confianza sexual al rechazar el contacto sexual basado en el género. De manera similar, hubo una desigualdad estadísticamente significativa en la confianza sexual para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Patiño y León (2018) realizaron un estudio descriptivo comparativo en un total de 374 educandos universitarios con edades entre los 18 y 29 años procedentes de las facultades de la Universidad de Cuenca, en Ecuador, con el propósito de entender los grados de asertividad sexual en educandos universitarios y comparar desigualdad entre sexos. Para tal fin, se recolectó la información por medio de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) asumiendo el modelo de Morokoff (1997) que incluye tres dimensiones: iniciativa, rechazo y negociación de anticonceptivos. Los resultados mostraron que, en términos de espontaneidad, el

nivel de autoconfianza sexual fue menor, mientras que el nivel de negativa a usar condones y negociación fue mayor. Al contrastar los grupos de hombres y mujeres, se localizó que existían disparidades estadísticas significativas en la negociación y el rechazo de anticonceptivos entre los dos grupos, pero no en el aspecto activo; en promedio, las damas tenían más confianza que los caballeros, primordialmente en el rehusar. En términos de dimensiones, los participantes también mostraron aquí una mayor confianza en sí mismos. Al compararse las dimensiones de asertividad sexual según facultades por áreas de conocimiento no se encontraron disparidades significativas.

Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez y Muñoz (2017) efectuaron una indagación con la intención de examinar la asociación entre asertividad sexual con la autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en educandos universitarios de la Unidad Académica de Enfermería N° 2, que pertenece a la Universidad Autónoma de Guerrero de México. Para tal fin, se encuestó a un total de 400 estudiantes universitarios a través del muestreo aleatorio simple, a quienes se les administro la Escala de Asertividad Sexual (SAS) de Carretero-Dios y Pérez (2005) y la Escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA, de López y Moral (2001). Se empleó un procedimiento de estudio transversal, descriptivo y correlacional. Los resultados indicaron que un 39.5% (158) de los estudiantes logró un nivel promedio alto de asertividad sexual y el 39% (156) una categoría promedio alto de autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA. Al final, se localizó una asociación estadísticamente significativa entre asertividad sexual y la autoeficacia ( $r = .406$ ;  $p < .01$ ), mostrando que a mayor grado de asertividad sexual habrá elevado grado de autoeficacia para advertir el VIH/SIDA.

Uribe, Bahamòn, Reyes, Trejos y Alarcón (2017), llevaron a cabo una indagación bajo un diseño descriptivo correlacional y predictivo para advertir las covariaciones entre asertividad sexual y la autoeficacia en el uso de condón y precisar el nivel en que estas predicen el uso del mismo tanto en caballeros como en damas. Un total de 631 jóvenes estudiantes universitarios de las localidades de Barranquilla y Cúcuta, en Colombia fueron sometidos a evaluación, con edades entre 19 y 26 años que comunicaron haber mantenido relaciones o ser activos sexualmente. Se aplicó un cuestionario, adaptado y valido, que media prácticas

sexuales y factores psicosociales vinculados al empleo y no empleo del condón en los educandos. Los resultados mostraron que, en términos de preferencia sexual, el 91,4% de los hombres informaron ser heterosexuales, el 3,6% eran homosexuales y el 2% eran bisexuales. En comparación con el grupo de mujeres, el 94,2% de ellas informó ser heterosexual, el 3,5% de homosexuales y el 2,3% de bisexuales. Este grupo de hombres informó una asociación negativa significativa entre el uso de condón y la negativa a usarlo en los últimos 30 días ( $r = 237$ ); frecuencia de uso en la vida sexual, percepción de autoeficacia ( $r = 462$ ) y confianza en el sexo ( $R = 331$ ); asociándose negativamente con la variable de negativa a usar condón ( $r = -317$ ) y baja percepción de peligro ( $r = 337$ ). Por su parte, hubo una asociación significativa entre la frecuencia de empleo del condón y la confianza sexual variable en este grupo de mujeres en los últimos 30 días ( $r = 141$ ), y con el uso de preservativo en la vida sexual, y la variable percepción de autoeficacia ( $r = 372$ ) y confianza sexual ( $r = 275$ ).

Vélez (2015) ejecutó un estudio descriptivo comparativo con la intención de determinar las categorías de asertividad sexual en una muestra de 107 adolescentes tardíos, los cuales son compuesto por 84 damas y 23 caballeros de entre 17 a 19 años de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca en Ecuador. Se administró la Escala de Asertividad Sexual de Morokoff et al. (1998). Los datos recopilados se procesaron a través del paquete estadístico SPSS (versión 20) determinando el análisis global de la escala y de sus sub-escalas concernientes a iniciación, rechazo y negociación de anticonceptivos. Los resultados mostraron que, en la muestra analizada, los grados de iniciación de hombres y mujeres fluctuaron entre categorías bajas y medias, mientras que, en el índice de rechazo, los resultados se posicionaron en una categoría de moderado. La media obtenida para inicio de actividad sexual fue de 17, para rechazo fue de 19 y para negociación de métodos anticonceptivos fue de 24, indicando altas habilidades de asertividad sexual. Al someterse a comparación según sexo, tanto en el puntaje total, así como en las sub – escalas, no se localizaron discrepancias estadísticas significativas, al presentar medianas similares en los dos grupos.

### 2.1.2. Nacionales

Oyola y Alba (2019) encuestaron a un total de 215 estudiantes universitarios del primero al cuarto ciclo académico de 20 carreras profesionales de una universidad particular de Lima Metropolitana, con la intención de encontrar correlación entre las actitudes sexuales y la ansiedad estado – rasgo. Para tal fin, el estudio asumió una orientación cuantitativa y un diseño no experimental transaccional. Se empleó la observación indirecta por medio de los siguientes instrumentos: el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) de Spielberger, Gorsuch y Lushene, y el Inventario de Actitudes hacia la Sexualidad de Eysenck. Los resultados aseveran que la ansiedad estado correlaciona significativamente con el liberalismo sexual (directa), puritanismo sexual (inversa) y excitabilidad sexual (directa). Para la ansiedad rasgo se encuentra correlación significativa con el liberalismo sexual (inversa), puritanismo sexual (directa), neuroticismo sexual (directa), excitabilidad sexual (inversa) e inseguridad sexual (directa). Se reportan diferencias estadísticamente significativas en neuroticismo sexual según edad, a favor de la edad adolescentes, quienes muestran un mayor neuroticismo sexual; en cuanto al sexo se aprecia diferencia estadísticamente significativa en la excitabilidad sexual ( $P=,011$ ) según sexo; a favor del grupo de varones, quienes muestran una mayor excitabilidad sexual que las mujeres.

Carrillo (2018) evaluó a una muestra de 160 educandos, de ambos sexos, de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Nacional de Tumbes, que pertenecen al segundo, cuarto, sexto y octavo ciclo académico, con la firme intención de examinar la relación entre ansiedad y bienestar psicológico. El método asumido fue no experimental al no manipular variables dependientes, junto a un diseño de divisiones cruzadas: asociando dos variantes y las variantes que cada cual asume. Se administraron como instrumentos el Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (IDARE) de Charles D. Spielberger y Rogelio Díaz-Guerrero y la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de José Sánchez Cánovas. Los resultados indicaron que no existía correlación entre la variable ansiedad y bienestar psicológico ( $\rho = -.086$ ;  $p > .05$ ). Del mismo modo, no se descubrieron asociaciones estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre la ansiedad estado y las dimensiones del bienestar psicológico: bienestar subjetivo ( $\rho = -.025$ ;  $p = .757$ ), bienestar material ( $\rho = -$

.031;  $p = .698$ ), bienestar laboral ( $\rho = .006$ ;  $p = .941$ ) y de las relaciones con la pareja ( $\rho = -.024$ ;  $p = .762$ ). En cuanto a la ansiedad rasgos, no se observaron correlaciones estadísticamente significativas con las dimensiones del bienestar psicológico: bienestar subjetivo ( $\rho = 0.055$ ;  $p = .489$ ), bienestar material ( $\rho = .003$ ;  $p = .966$ ), bienestar laboral ( $\rho = .002$ ;  $p = .982$ ) y de las relaciones con la pareja ( $\rho = .095$ ;  $p = .233$ ).

Varillas (2018) encuestó a un total de 337 educandos de la carrera profesional de Psicología, incluyendo ambos sexos, de un centro de educación superior particular de Lima, con el propósito de contrastar los rasgos de personalidad con y sin asertividad sexual de los universitarios. Para lograr ese cometido, empleó la Escala de Asertividad Sexual (SAS) y el Cuestionario Breve de Personalidad de los Cinco Grandes Factores BP- LRC. Los resultados muestran que las características más comunes de los educandos universitarios son la experiencia abierta (49,3%) y la extroversión (68,8%) consiguiendo una categoría promedio. Por otro lado, las características menos comunes son la bondad (51,7%), el sentido de la responsabilidad (61,1%) y inestabilidad emocional (57,9%) presentan rasgos bajos; de manera similar, en términos de autoconfianza sexual (34%), rechazo sexual (36,7%) y autoconfianza global (36,5%) la proporción es deficiente. A la par, la escala global de asertividad sexual y sus dos aspectos (inicio y rechazo sexual), basada en el género difiere significativamente. Finalmente, al comparar los cinco rasgos principales de la personalidad, no existe una diferencia significativa entre los rasgos de las personas de alta asertividad sexual y las personas de baja asertividad sexual.

Puente (2017) realiza un estudio en el cual se analiza los aspectos psicométricos de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) en una muestra de 832 educandos universitarios (408 damas y 424 caballeros) de la Universidad Nacional del Centro del Perú y la Universidad Continental en la localidad de Huancayo, siendo las edades entre 18 a 29 años. Los resultados obtenidos por medio del análisis factorial exploratorio presentan una solución del 95% para los dos factores. Más adelante, el análisis factorial confirmatorio mostró que estaba cerca del mejor ajuste. Los mejores valores de consistencia interna se estiman para la escala general del modelo de dos factores ( $\alpha = .781$ ) y sus sub-escalas: factor 1, ( $\alpha = .792$ )

y factor 2, ( $\alpha = .750$ ). Después de todo, el percentil se usa para desarrollar la escala, pero se recomienda usarlo con fines de investigación hasta que se obtenga el ajuste ideal para mostrar suficiente estructura interna. Se deduce que los aspectos psicométricos de la Escala de Asertividad Sexual, en educandos universitarios de Huancayo – Perú mostraron disparidad en la estructura interna en relación con el modelo original. Aunque el índice de mejor ajuste no se encuentra en la estructura interna, todavía puede demostrar una fiabilidad suficiente.

Rasco y Suarez (2017) efectuaron una indagación titulada: “Creencias irracionales y ansiedad en educandos de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Privada de Lima Este en el año 2016”, con el objetivo de comprobar si hay asociación significativa entre creencias irracionales y ansiedad estado-rasgo en los educandos de la Facultad de Ciencias de la salud de un centro de educación superior particular de Lima Este en el año 2016. La muestra final estuvo constituido por 318 educandos, de entre 16 a 30 años, a quienes se les administro el Inventario de Registro de Opiniones, adaptado por Guzmán (2009) y el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo de Charles, Spielberger y colaboradores (1975). Los principales resultados evidenciaron asociación significativa entre la creencia irracional “necesidad de aprobación”, “competentes”, “condenables”, “catastrofismo” e “influencia del pasado” con la ansiedad estado - rasgo, en los educandos universitarios. No obstante, no se descubrió asociación significativa entre la creencia irracional “infelicidad” y la ansiedad estado-rasgo.

Chávez y Garrido (2015) consumó un estudio descriptivo-correlacional cuyo objetivo fue comprobar la asociación entre asertividad y asertividad sexual en educandos de cuatro centros de educación superiores públicas y privadas de la ciudad de Lima Metropolitana. En el estudio participaron 400 educandos heterosexuales de las siguientes universidades, con edades alcanzadas entre los 18 y los 22 años: UNIFE, UCV, UNFV y UNMSM; a quienes se administró el Inventario de Asertividad de Rathus (RAS) y el Índice de Asertividad Sexual de Hurlbert (HISA). Los resultados muestran que solo el 22,4% de las muestras tienen alta asertividad, mientras que menos de una cuarta parte (23%) de las muestras tienen alta asertividad sexual. Asimismo, el 51% de las personas mostraron una categoría de asertividad sexual de baja a media. De acuerdo a la exploración de

correlación no hubo una asociación estadísticamente significativa entre la asertividad con la asertividad sexual de los educandos universitarios en la ciudad de Lima Metropolitana ( $\rho = .010$ ;  $p > .05$ ),

## **2.2. Bases teórico científicas**

### **2.2.1. Asertividad sexual**

#### **Asertividad**

Desde la década de 1970, las personas han estado estudiando la asertividad debido a su importancia e influencia en diversos campos como la familia, el trabajo, la salud física y la salud mental. Desarrollar este comportamiento aumenta la posibilidad de que las personas puedan satisfacer plenamente las necesidades del entorno social en el que operan (Rakos, 2006, como se citó en León, 2009).

El origen de la palabra "asertividad" está en el latín *asserere* o *assertum*, que significa "afirmar" o "defender" (Robredo, 1995). A partir de este concepto, "el término tiene el significado de afirmar la propia personalidad, la autoconfianza, la autoestima, la tranquilidad y la comunicación segura y eficaz" (Rodríguez y Serralde, 1991, p. 61).

Aun cuando no existe una definición universalmente aceptada para este constructo; hay diversas aproximaciones conceptuales que representan de cierta manera lo que implica o representa el término "asertividad", así tenemos que:

García y Magaz (1995) afirmaron que la asertividad es un tipo de atributo que define la interacción social, lo que constituye un suceso de igual respeto por la calidad y características personales de todos y de aquellos con quienes interactúan.

Aebli (2001) afirmó que la asertividad debe tener en cuenta los propios intereses, ser capaz de defender los propios intereses y ser apto para exteriorizar los propios sentimientos de forma espontánea sin provocar un comportamiento injusto en los demás.

Por su parte, Álvarez (2002, p. 56) señaló que el “comportamiento asertivo es la aptitud de defender nuestros derechos individuales y, como exteriorización directa y adecuada de lo que creemos, sentimos y queremos, considerando también los derechos de los otros”.

Shelton y Burton (2004), asertividad es una habilidad que admite a las personas exteriorizar sus sentimientos, defender sus propios intereses y expresar sus sentimientos de forma espontánea sin provocar un comportamiento injusto por parte de los demás.

Por otro lado, Güell (2005) señaló que asertividad es un atributo social aprendido que permite a todos saber cómo respetar sus propios derechos y los derechos de los demás. Las personas seguras de sí mismas sabrán actuar en su propio entorno y serán capaces de actuar de manera adecuada. Cumpla con sus propios requisitos.

En resumen, podríamos entender a la asertividad como aquella habilidad o capacidad que se adquiere y desarrolla con el propósito de expresar nuestros sentimientos, pensamientos, ideas y deseos, sin dañar o poner en riesgo a los demás; lo cual conlleva a respetar las opiniones y derechos de los otros.

### **Asertividad sexual**

A decir de Santos-Iglesias & Sierra (2010), la investigación sobre asertividad sexual ha mostrado su importancia en el ámbito del comportamiento sexual humano y conforma un mecanismo indispensable para el bienestar sexual.

Desde un inicio, la asertividad sexual se consideró una categoría de asertividad como habilidad social (Santos-Iglesias & Sierra, 2010). Empero, los hechos exhiben que las personas asertivas no necesariamente tienen confianza en el campo sexual (Noar, Morokoff & Redding, 2002). Por lo tanto, la investigación de las décadas de 1980 y 1990 comenzó a indagar sobre la asertividad sexual en detalle y trató de comprenderla en términos de antecedentes culturales, experiencia sexual y factores psicológicos sexuales (Kennet, Humphreys & Schultz, 2012).

Conceptualmente, la asertividad sexual nos informe sobre la cualidad de los individuos para iniciar conductas sexuales, rechazar conductas sexuales no deseadas y utilizar procesos anticonceptivos y desarrollar conductas sexuales saludables; “se basa en la autonomía que confiere los derechos humanos, que asume que las personas tienen derecho a elegir sus propias experiencias sexuales y actividad sexual” (Morokoff et al., 1997, p. 62). Más tarde, el asertividad sexual incluyó otros elementos, como la capacidad de obtener información del historial de vida sexual de una pareja y la capacidad de comunicarse sobre la satisfacción sexual (Loshek & Terrell, 2015). Además, para que una persona sea asertiva, todas estas expresiones deben ser respetadas y no sentirse culpable o arrepentido (Paezy, Shanararay, & Abdi, 2010).

En ese sentido, Sierra, Vallejo-Medina & Santos-Iglesias (2011) señalaron que la asertividad sexual se refiere al comportamiento de un individuo al iniciar un comportamiento sexual, oponerse al comportamiento sexual no deseado y también usar métodos anticonceptivos para exponer comportamientos saludables sobre su comportamiento sexual. La asertividad sexual y la satisfacción sexual se encuentran estrechamente conectadas, en la medida que la segunda condición se encuentra afectada, a causa de que los individuos no cuentan con la capacidad suficiente para exteriorizar con seguridad sus anhelos sexuales.

De acuerdo con Livingston, Testa, y VanZile-Tamsen (2007) la ausencia de asertividad sexual:

Puede conducir a experimentar malestar psicológico propiciando el surgimiento de depresión y ansiedad, como resultados de una falta de asertividad en situaciones sexuales. Asimismo, la victimización sexual predice de forma negativa la asertividad sexual de rechazo, y ésta predice de forma negativa la subsecuente victimización sexual; por lo tanto, la victimización sexual y la asertividad sexual de rechazo son recíprocas. En otras palabras, el historial de las personas que han sido víctimas sexuales, esto ha llevado a una disminución de asertividad

sexual, y al mismo tiempo ha provocado una re-victimización sexual y una baja autoconfianza sexual continua. (p. 42)

### **Dimensiones de la asertividad sexual**

Siguiendo el modelo teórico planteado por Morokoff et al., (1997), para asertividad sexual se cuenta con las subsecuentes dimensiones; iniciativa, rechazo y la prevención del embarazo.

- a) Iniciativa del acto sexual:** Facultad personal de poder elegir y manifestar, de modo adecuado, sus gustos, anhelos e intereses sexuales, entre otras cosas (Sierra, Vallejo-Medina & Santos-Iglesias, 2011). La vergüenza, así como la culpabilidad, han propiciado que, en las damas, en colación con los caballeros, se presente menor probabilidad de hacer notar sus anhelos sexuales (Sierra, Rojas, Ortega & Ortiz, 2007). También, es bien sabido que son principalmente los hombres los que inician el coito, y las mujeres las que se niegan al coito (Santos-Iglesias, Sierra & Vallejo-Medina, 2013; Morokoff et al., 1997).
  
- b) Rechazo:** es aquella cualidad que tiene una persona para prevenir relaciones sexuales no deseadas; es decir, vienen a ser los excesos que han padecido los sujetos que no han consentido vínculos sexuales y fueron forzados en su oportunidad, tal como la trasgresión o manoseo, con el único propósito de persuadir a un acercamiento físico con ello. En este caso, la asertividad sexual juega aquí un papel importante, pues resistirse a las relaciones sexuales innecesarias conducirá a buenas decisiones y aumentará su autonomía (Santos-Iglesias y Sierra, 2012).
  
- c) Prevención del embarazo y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS):** se refiere a los riesgos que pueden traer las personas si no reciben una atención adecuada durante las relaciones sexuales. Es bien sabido que, entre los adolescentes de hoy, son propensos a la reproducción innecesaria y ciertas enfermedades de transmisión (Ramiro, Bermúdez, Sierra y Buela-

Casal, 2013). En tal sentido, ocurre entre los muchachos de entre 15 y 20 años, que son los más dispuestos al contagio por el VIH (Páramo, 2011).

### **Factores determinantes de la asertividad sexual**

- a) Sexo:** Son las mujeres las que evidencian un déficit en la asertividad sexual, en comparación de los hombres; no logran exteriorizar a sus parejas lo que quieren hacer y cómo cuidarse durante un coito, siendo más proclives a padecer problemas de agresión sexual o contagios de transmisión sexual. Los determinantes de la asertividad sexual femenina son la edad, el estado civil, la pareja sexual, las creencias religiosas, la ansiedad y la victimización. (Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez y Maeso, 2008).
  
- b) Edad:** Zerubavel (2010) asevera que en cada una de las fases del desarrollo de los sujetos la asertividad sexual es trascendente y está estrechamente relacionada con la adolescencia y la juventud. La edad de experimentar la primera relación de pareja y la primera relación sexual conduce al desarrollo de diferentes comportamientos sexuales en la vida adulta durante estos períodos. El desarrollo sexual saludable durante la juventud es muy relevante para el progreso de las habilidades de comunicación con la pareja, ya que permitirán que la adolescencia exprese anhelos y limitaciones en la vida sexual. La situación actual en cuanto al asertividad sexual de los adolescentes no es alentadora, pues en la pubertad el embarazo, la coacción sexual y el aborto son comunes en esta población en todo el mundo; conjuntamente, la propagación de infecciones de transmisión sexual ha hecho que las alteraciones sexuales se conviertan en una de las primordiales contrariedades de salud pública en las naciones de América Latina, entre ellas Perú.
  
- c) Trastornos del ánimo:** la depresión y la ansiedad afectan negativamente a las mujeres en su aptitud para adoptar decisiones en los actos sexuales, de esta manera, corre el peligro de adquirir una infección de transmisión sexual o gestación no planificada, afectando su autoestima sexual (Granados, Vallejo-Medina y Sierra, 2011).

### 2.2.2. Ansiedad

La ansiedad es considerada una vivencia emocional global a la que todos, en algún momento de la vida, hemos estado sometidos. Generalmente, proviene de cualquier situación que se evalúa como amenazante, crea incertidumbre o se considera que abruma los recursos que no son efectivos para resolver el problema.

Rojo (2011) expone que el término ansiedad procede del latín *anxieta/atis*, que hace referencia fundamentalmente a que la persona se encuentra inquieta, agitada o nerviosa. Por tanto, la ansiedad se puede definir como un estado de alerta para el organismo, que se debe a una intimidación a su integridad física o psicológica, y la finalidad es obtener suplementos energéticos que le asientan escapar o luchar. En estos casos, “aparecerán los síntomas peculiares de una reacción de ansiedad: preocupación, miedo, preocupación, taquicardia, sudor de manos, respiración acelerada, rigidez muscular, inquietud, etc. Todas estas son respuestas físicas, cognitivas y emocionales particularidades” (p. 56).

Antes de eso, es preciso distinguir claramente la ansiedad "normal" de la ansiedad "patológica". Tanto es así que desde que se utilizó la palabra "ansiedad" en la locución médica a principios del siglo XVII, se ha establecido una distinción entre la "respuesta normal" de las personas a las frustraciones emocionales, económicos o familiares y la reacción exagerada. Eventos similares se originaron en otras personas. Esta "reacción exagerada" es ansiedad (Rojo, 2011).

Por lo tanto, Rodríguez (2008) estipula que:

La ansiedad normal o adaptativa es un dispositivo que todos disponemos genéticamente como posibilidad de reacción y adaptación, es adaptativa en la medida que actúa como mecanismo de atención, alerta, preparación y protección frente al peligro; es deseable para conseguir una acción eficaz. Mientras que la ansiedad patológica o desadaptativa, presenta una inadecuación entre el estímulo y la respuesta de nuestro organismo, no es adaptativa, no sirve como señal de alarma e interfiere en los rendimientos psicomotores o psicosociales, así como en las

decisiones y a nivel fisiológico, en el campo del apetito alimentario y en el sexual. (p. 23)

Se puede observar que esta respuesta de ansiedad no puede satisfacer su función original (activar el cuerpo para adaptarse a los requerimientos de la situación); sin embargo, suele interferir que en la resolución de necesidades del entorno. Es así que, perderá su valor adaptativo la respuesta de activación, transformando los sucesos cotidianos que la producen en una probable fuente de terror y pánico, e incluso transferirse a otros contextos no originalmente vinculadas con la respuesta (Rodríguez, 2008).

### **Síntomas clínicos de la ansiedad**

La ansiedad puede convertirse en una variedad de enfermedades mentales, pero siempre tiene un patrón común al principio. Estas condiciones vendrán dadas por una serie de signos e indicios que repercuten de alguna manera el sistema de respuesta del individuo. Rodríguez (2008) se centró en estas diferencias clásicas en fisiología, cognición y movimiento, y enumeró los diversos síntomas de cada ansiedad patológica:

#### **A. Síntomas fisiológicos:**

- Sistema nervioso: dolor de cabeza, mareos, vértigo, alteraciones visuales, amnesia.
- Sistema autónomo simpático: sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos.
- Sistema cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica.
- Sistema respiratorio: dificultades para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación), disfonía.
- Sistema digestivo: dificultades para tragar (disfagia), dolor abdominal (por acidosis gástrica, digestiones pesadas, alteraciones de la peristalsis, aerofagia), náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.

- Aparato locomotor: tensión muscular (que cristaliza en dolor de espalda, articular o contractural), temblores, hormigueo, parestesias, dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular.
- Sistema genitourinario: disuria, alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea), dispareunia, disminución del deseo sexual, eyaculación precoz o retardada y disfunción eréctil.

## **B. Síntomas cognitivos**

- Preocupaciones irracionales, fuertes y persistentes.
- Miedo o temor injustificado, desproporcionado e irracional.
- Preocupaciones generales (expectativas de desastre inminente).
- Anticipación temerosa de situaciones evaluadas como amenazantes.
- Reaparecen los pensamientos negativos, irracionales y perturbadores (distorsiones del pensamiento).
- Disminución del rendimiento en procesos mentales superiores, como atención, concentración, aprendizaje y memoria.
- Entorpecimiento y dificultades en los procesos de toma de decisiones.
- Pérdida de la confianza en uno mismo.
- Indefensión o sensación de pérdida del control sobre el entorno.
- Sensación de despersonalización, distanciamiento e irrealidad.
- Sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad.
- Sensación general de desorganización o desestructuración.

## **C. Síntomas motores**

- La velocidad del motor es lenta y la acción es torpe.
- Inquietud, hiperactividad y movimientos repetitivos (tics nerviosos como rascarse o morderse las uñas).
- Reacciones de sobresalto.
- Irritabilidad, baja tolerancia a la frustración y agresividad.
- Tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal.
- Dificultades para la conciliación y el mantenimiento del sueño.
- Conductas sistemáticas y planificadas de evitación.

- Retraimiento y aislamiento social.
- Rituales y comportamientos compulsivos.
- Conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, bulimia, etc.

Los síntomas y caracteres de la ansiedad anómala afectan a todos de un modo determinado. Al paso del tiempo, si no se tratan adecuadamente, eventualmente se fortalecerán y se perpetuarán hasta convertirse en diversas manifestaciones clínicas de ansiedad. Igualmente, estos síntomas también se relacionan con otros motivos de consulta en muchos casos. Son potencialmente o implícitamente responsables de alteraciones del estado de ánimo, alteraciones psicósomáticas o corporales, alteraciones alimentarios y alteraciones por abuso de sustancias (drogas legales como psicotrópicos, tabaco y alcohol, etc.), también son desencadenantes de diversas enfermedades orgánicas (Clark y Beck, 2012).

### **Clasificación de los estados de ansiedad**

Actualmente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) promulgado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013) contiene el sistema de clasificación diagnóstica más empleado por investigadores de la salud mental y psicoterapeutas en la práctica clínica. Las subsecuentes categorías de la ansiedad son incluidas en este manual:

#### **a. Fobia específica**

Las fobias específicas se distinguen por una ansiedad o miedo intenso y persistente causado por situaciones o cosas específicas. En los infantes, esta ansiedad puede traducirse en llantos, rabietas, parálisis o abrazos. En el caso de los adultos con esta afección a menudo se da cuenta de que el miedo es demasiado grande o irrazonable. Se pueden encontrar cinco subtipos en el diagnóstico:

- 1) Tipo animal: el temor se refiere a animales o insectos.
- 2) Tipo ambiental: el temor se refiere a escenarios relacionadas con fenómenos naturales y atmosféricos, como tormentas,

acantilados o agua. 3) Tipo sangre-inyecciones-daño: el temor hace referencia a la visión de sangre o heridas, no a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. 4) Tipo situacional: el temor se refiere a escenarios específicos, como transporte público, túneles, puentes, ascensores, aviones, automóviles o áreas cerradas. 5) Otros tipos: el temor se refiere a otros tipos de estímulos, incluidas las condiciones que pueden causar asfixia, vómitos, contraer un padecimiento y el temor que los infantes experimentan por sonidos elevados o individuos con disfraces. (p. 162).

### **b. Trastorno de ansiedad social**

Este trastorno es llamado también fobia social, se distingue por un temor constante y agudo a los escenarios comunitarios o al desempeño público, por miedo a que se sientan avergonzados. Este tipo de condiciones pueden soportar altas dosis de ansiedad o evitarlas. Algunos sujetos que sufren de fobia social comenzarán a sentir una ansiedad intensa o incluso ataques de pánico siempre que consideren la situación que les preocupa. Las personas con esta fobia se dan cuenta de que sus miedos son excesivos o irrazonables.

### **c. Trastorno de pánico y agorafobia**

Se distingue por el surgimiento de miedo o malestar agudos temporal y aislado, añadiendo al menos cuatro de los 13 indicios físicos y cognitivos:

1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; 2) sudoración; 3) temblores o sacudidas; 4) sensación de ahogo o falta de aliento; 5) sensación de atragantarse; 6) opresión o malestar torácico; 7) náuseas o molestias abdominales; 8) inestabilidad, mareo o desmayo; 9) Ilusión (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo); 10) miedo a perder el control o volverse loco; 11) miedo a morir; 12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), y 13) escalofríos o sofocos. (p. 225)

Otra enfermedad que usualmente está vinculada con el trastorno de pánico es la agorafobia, que se distingue por la ansiedad y el pánico en espacios o situaciones en las que es difícil escapar o no se puede brindar ayuda durante el ataque. Por tanto, estas molestias se han evitado o soportado.

#### **d. Trastorno obsesivo – compulsivo**

Se distingue por la aparición de obsesiones y compulsiones marcadamente recurrentes, siendo estos intensos y graves, provocando incluso pérdidas de tiempo considerable (el individuo dedica una hora o más al día a estas actividades) o un deterioro en sus actividades cotidianas o malestar clínicamente relevante. Son muy comunes las obsesiones y compulsiones, considerándose dificultades cuando obstaculizan el quehacer cotidiano del sujeto, generando angustia mental o emocional, o no puede ser controlado por el sujeto que lo manifiesta.

#### **e. Trastorno de ansiedad generalizada**

Esta alteración se distingue por la “presencia de ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se aprecia en un periodo mayor a los seis meses. Es desproporcionado la intensidad, duración y frecuencia de manifestación de la ansiedad y preocupaciones, con las posibles consecuencias que pueden producirse del escenario o acontecimiento temido” (p. 318). Los sujetos que experimentan este desorden, se preocupan por eventos normales de la vida cotidiana, tales como deberes laborales, problemas económicos, salud familiar, fallas menores de funcionamiento de los infantes y responsabilidades domésticas (en asuntos triviales), reparaciones de automóviles o llegar tarde a las reuniones.

#### **f. Trastorno por estrés postraumático**

La particularidad básica del desorden de estrés postraumático son los síntomas exclusivos que aparecen después de la exposición al estrés y eventos extremadamente traumáticos, y los eventos en los que participa un individuo implica un peligro concreto para su vida o cualquier otro evento que amenace su vida. Integridad física; la persona es el testimonio de muerte, lesión o un evento que

amenaza la vida de otros. El evento traumático se puede volver a experimentar de varias maneras. A menudo, los individuos tienen evocaciones recurrentes e intrusivos o pesadillas demandantes en las que el evento o la ansiedad alta se repite en presencia de situaciones u objetos que son eventos traumáticos similares o simbólicos.

## **Modelos explicativos de la ansiedad**

Las manifestaciones de ansiedad incluyen experiencia, fisiología, comportamiento y respuestas cognitivas, que se caracterizan por una etapa general de alerta y activación. Hay casi tantas explicaciones al respecto como modelos teóricos utilizados para construirlos, por lo que todas las teorías creen que contiene respuestas emocionales complejas, adaptativas y fenomenológicamente multidimensionales. Seguidamente, se realiza una corta trayectoria por los diferentes modelos que han tratado el concepto de ansiedad a lo largo de su historia.

### **A. Modelo conductual**

Una de las teorías largamente aceptada para explicar la consecución de los desórdenes fóbicos y de ansiedad ha sido el condicionamiento clásico o pavloviano. La formulación inicial de esta teoría precisa que la respuesta ansiosa – fóbica se manifiesta como una respuesta condicionada de miedo a estímulos preliminarmente neutrales (EC) que fueron asociados con estímulos aversivos (EI). Dicha formulación, infundida por el experimento de Pavlov, y adoptada en el experimento de Watson y Rayner para demostrar cómo se extingue una fobia infantil en Mary Cover Jones, no ha sido completamente ratificada por evidenciar claras penurias al momento de dar cuenta sobre los fenómenos ansioso-fóbicos. No obstante, para posteriores formulaciones teóricas, se ha constituido en una importante base (Sosa y Capafòns, 2015).

La teoría de los dos factores de Mowrer (1939, citado por Sosa y Capafòns, 2015), se deriva de los planteamientos teóricos mencionados líneas atrás, precisando que los estímulos condicionados alcanzan cualidades motivacionales y

que la conducta que logre disminuir el temor con éxito (conducta de evitación) se fortificará. “A través de este supuesto se pretende declarar el comienzo y mantenimiento de la conducta de evitación: el alivio del miedo que ocasiona la evitación del estímulo temido provoca una reacción de evitación condicionada” (p. 95). En cierta medida, este planteamiento ha permitido resolver las limitaciones que la teoría original descubrió cuando explicaba satisfactoriamente la tasa de extensión de la respuesta fóbica frente a la tasa de extinción observadas en las respuestas emocionales condicionadas clásicamente en el contexto del laboratorio.

Más adelante, Seligman (1971, p. 81) añade “otras modificaciones a la teoría original del condicionamiento clásico”, sugiriendo la existencia de una predisposición biológica a responder selectivamente con expresiones de temor ante aquellos estímulos del medio que, en un momento u otro de la evolución, han sido un peligro para la supervivencia de la especie. Así, la pauta de respuesta que constituye la fobia se encuentra atada a esta misma ley. Un ejemplo claro sería las fobias a estímulos visuales o auditivos, mediante los cuales se observan especialmente el peligro y que actúan por ello a larga distancia, el componente autonómico de ansiedad juega un rol muy relevante de alerta ante un escenario amenazante. En cambio, estímulos aversivos de tipo táctiles, gustativos u olfatorios, generan comúnmente un grado menor de amenaza y peligro, dado que actúan en el ser humano a corta distancia, propiciando una activación visceral exteriorizándose como escalofríos, náuseas, etc., más no una respuesta ansiosa o fóbica.

## **B. Modelo cognitivo**

En los diez años posteriores a la década de 1960, las variables cognitivas comenzaron a ganar cada vez más categoría en el campo de la psicología, dando como resultado el método del cognitivismo. Las fórmulas de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977) se centran en los conceptos de “estrés y procesos de afrontamiento”, enfatizando la trascendencia de las facultades cognitivas. La mayor contribución de los modelos cognitivos es desafiar el paradigma de respuesta al estímulo utilizado para explicar la ansiedad. Por tanto, entre la

declaración de una indicación aversiva y la respuesta de ansiedad que expresa la persona, aparecen las facultades cognitivas.

De esta manera, los individuos pueden percibir la situación, evaluarla y valorar su impacto; si los resultados de dicha apreciación son amenazantes, entonces se iniciará una respuesta de ansiedad mediada por otras facultades cognitivas; circunstancias similares producirán respuestas de ansiedad similares en su grado de intensidad. Suelen evitarse aquellas circunstancias que provocan una elevada reacción de ansiedad y, aun en su deserción, la formación de imágenes de estas igualmente genera una respuesta de ansiedad; esto se puede explicar de diferentes maneras, pero, en general, se asume que la reacción se debe al significado o interpretación individual del sujeto de la situación. En ocasiones, “el sujeto se muestra de acuerdo en que esta situación no es una amenaza objetiva, aunque no puede controlar voluntariamente su respuesta de ansiedad” (Clark y Beck, 2012).

En definitiva, como afirman Sierra, Ortega y Zubeidat (2007, p. 39), el individuo “evidencia pensamientos, ideas, creencias e imágenes que se añade a la ansiedad”, conformando el eje cognitivo de este desorden. Dichos pensamientos giran en torno al temor ante una posible amenaza o al peligro de un escenario determinado, induciendo una reacción ansiosa. En su mayoría, estos pensamientos actúan de forma automática, en otros términos, el sujeto a pensar se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede dominar y asumir firmemente que no está bajo su control. El sujeto ansioso:

Interpreta la realidad como una amenaza, pero esto no es del todo correcto, porque la circunstancia que interpreta puede no constituir una amenaza real; esta interpretación suele ir acompañado de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a las amenazas, comprensión catastrofista de los sucesos, subvalorar la capacidad de afrontamiento, disfunción de la habilidad de memoria y concentración, etc. (p. 68)

### **C. Modelo cognitivo – conductual**

El surgimiento de este método se asocia con autores como Bowers (1973), Endler (1973) y Endler y Magnusson (1976), combinando las aportaciones de métodos cognitivos y métodos conductuales. Por tanto, la conducta se determinará en función de la interacción entre las peculiaridades personales del sujeto y la situación que se presente. Cuando una persona siente o afirma tener un trastorno de ansiedad, en el proceso intervienen diferentes variables, por lo que no deben ser ignoradas en el proceso de investigación. Se trata de variantes cognitivas personales (pensamientos, creencias, pensamientos, etc.) y variantes contextuales (estímulos discriminatorios que activan la propagación de la conducta).

Conforme con esto, los trastornos de ansiedad han pasado de ser considerados como rasgo de personalidad a ser considerados como un criterio multidimensional, apareciendo áreas situacionales determinadas en relación a contrastes relativas al rasgo de personalidad. Esto dio lugar a la teoría interactiva multidimensional (Endler y Magnusson, 1976), que es consistente con la hipótesis de congruencia planteada por Endler en 1976 sustenta que “la congruencia entre los rasgos de personalidad y las condiciones amenazantes para que la interacción entre ambos dé lugar a una reacción de ansiedad” (p. 36).

Tomando como ejemplo la teoría tridimensional de Lang (1968, p. 23), la ansiedad “se considera un sistema de triple respuesta en el que se vinculan la cognición, la fisiología y el rendimiento motor”. En definitiva, a causa de la posible influencia de los estímulos internos y externos al propio sujeto, la ansiedad ha comenzado a conceptualizarse como una reacción emocional que, al mismo tiempo, se descompone en tres tipos de respuestas, que “incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores; el tipo de estímulo que desencadena la reacción de ansiedad depende en gran medida de las particularidades del sujeto” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2007, p. 61).

### 2.3. Definición de la terminología empleada

- **Asertividad:** “habilidad que permite a las personas expresar sus sentimientos, defender sus propios intereses y expresar sus sentimientos de forma espontánea sin provocar un comportamiento injusto por parte de los demás” (Shelton y Burton, 2004, p. 56),
- **Asertividad sexual:** las personas comienzan a tener relaciones sexuales, rechazan las relaciones sexuales no deseadas y usan anticonceptivos, y desarrollan una capacidad sexual saludable. Se basa en la autonomía humana, es decir, los sujetos disponen de derecho para seleccionar su propia vivencia sexual y actividad sexual (Morokoff et al., 1997).
- **Ansiedad:** estado de un organismo en alerta por amenazas a su integridad física o psicológica para obtener energía suplementaria que le permita escapar o luchar. En estos casos, aparecerán los síntomas particulares de una reacción de ansiedad: preocupación, miedo, preocupación, taquicardia, sudor de manos, respiración acelerada, rigidez muscular, inquietud, etc. (Rojo, 2011).

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

#### **3.1.1. Tipo de Investigación:**

La investigación es no experimental y transversal, definiéndose como la investigación que se puede realizar sin manipulación intencional de variables. En otras palabras, se trata de un “estudio en el que no se modifican deliberadamente variables independientes para comprender sus efectos sobre otras variables, sino que se limita a observar fenómenos que ocurren en el medio natural y luego analizarlos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, 93).

#### **3.1.2. Diseño de Investigación:**

El diseño es correlacional porque su propósito es comprender la relación o asociación entre dos o más categorías o variables en una muestra o contexto particular. Cuando se trata de una muestra de sujetos, el investigador observa la existencia de las variables que quiere asociar, y luego las correlaciona mediante técnicas estadísticas de análisis de correlación. Para este estudio se quiso saber si existe correlación entre la asertividad sexual y la ansiedad de un grupo de educandos universitarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **3.2. Población y muestra**

#### **3.2.1. Población**

El universo fue constituido por 1288 estudiante universitarios, que incluye ambos sexos, siendo sus edades entre 16 a 30 años, y que pertenecen a la carrera profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, situada en la localidad de Villa El Salvador en Lima Sur.

#### **3.2.2. Muestra**

La muestra representativa quedo establecido por un total de 332 educandos universitarios de la carrera profesional de Psicología; esta se obtuvo por medio del

calculó de la formular de tamaño de muestra, considerando un nivel de confianza igual a 95% y 4% de error. El muestro para conformar la muestra fue de tipo no probabilístico e intencional. Se estipularon los subsecuentes criterios de inclusión y exclusión:

**a. Criterios de inclusión**

1. Tener entre 16 a 30 años de edad.
2. Estudiar en la Universidad Autónoma del Perú.
3. Pertenecer a la carrera profesional de Psicología.
4. Ser sexualmente activo(a).

**b. Criterios de exclusión**

1. Ser menor a 17 años o ser mayor de 30 años de edad.
2. No estudiar en la Universidad Autónoma del Perú.
3. No pertenecer a la carrera profesional de Psicología.
4. No ser sexualmente activo(a).

**3.3. Hipótesis**

**3.3.1. Hipótesis general**

**H<sub>G</sub>:** Existe relación estadísticamente significativa entre asertividad sexual y ansiedad en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación estadísticamente significativa entre asertividad sexual y ansiedad en educandos de la carrera profesional de psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.

**3.3.2. Hipótesis específica**

**H<sub>1</sub>:** Existen diferencias estadísticas de asertividad sexual según género, edad y ciclo académico en educandos de la carrera profesional del Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur

**H<sub>2</sub>:** Existen diferencias estadísticas de la ansiedad según género, edad y ciclo académico en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.

**H<sub>3</sub>:** Existen relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de asertividad sexual: asertividad de inicio, asertividad de rechazo, y asertividad en la prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual, con los componentes de la ansiedad: afectivo, cognitivo y somático en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.

### **3.4. Variables - Operacionalización**

#### **Variable 1: Asertividad sexual**

##### **Definición conceptual:**

“Capacidad que tiene la persona para iniciar la actividad sexual cuando lo desea, rechazar la actividad sexual cuando no lo desea y negociar las conductas sexuales deseadas como el empleo de técnicas anticonceptivas y los comportamientos sexuales más saludables” (Morkoff et al., 1997, p. 34).

##### **Definición operacional:**

Puntaje obtenido en la Escala de Asertividad Sexual (SAS) de Morkoff et al. (1997), que incluye las siguientes dimensiones:

- Iniciativa de la actividad sexual
- Rechazo a la actividad sexual no deseada
- Negociar conductas sexuales como embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual.

## **Variable 2: Ansiedad**

### **Definición conceptual:**

“Estado emocional negativo, representado por tensión o nerviosismo, que incluye síntomas fisiológicos tales como las palpitaciones cardiacas, temblor, náuseas y vértigo” (Beck, Emery y Greenberg, 1985, p. 36).

### **Definición operacional**

Puntaje obtenido a través del Inventario de Ansiedad de Beck – BAI Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), que incorpora los siguientes componentes:

- Afectivo
- Cognitivo
- Somático

Tabla 1

*Operacionalización de las variables asertividad sexual y ansiedad*

Variable	Naturaleza	Forma de medición	Indicadores/Dimensiones	Ítems	Escala de medición	Criterios de medición	Instrumentos
Asertividad Sexual	Cuantitativa	Directa/ Indirecta	Inicio a la actividad Sexual	1, 2, 3, 4, 5, 6	Ordinal	Nunca/ A veces/ La mitad de las veces/ Casi siempre/ Siempre	Escala de Asertividad Sexual SAS, Morokoff (1997)
			Rechazo a la actividad sexual no deseada	7, 8, 9, 10, 11, 12			
			Embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual	13, 14, 15, 16, 17, 18			
Ansiedad	Cuantitativa	Directa	Afectivo	5, 8, 9, 10, 14, 17	Ordinal	Nada/ Leve/ Regular/ Fuerte	Inventario de Ansiedad de Beck - BAI Beck, Epstein, Brown y Steer (1988)
			Cognitivo	4, 11, 13, 16			
			Somático	1, 2, 3, 6, 7, 12, 15, 18, 19, 20, 21			
Edad	Cuantitativa	Directa	De 16 a 20 y de 21 a 30 años		Ordinal		
Sexo	Cualitativa	Directa	Masculino Femenino	Ficha Sociodemográfica	Nominal	Masculino/ Femenino	Ficha sociodemográfica
Ciclo académico	Cuantitativa	Directa	Intervalos de ciclo		Ordinal	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI	

### 3.5. Métodos y técnicas de investigación

En este estudio, se utilizaron dos pruebas psicológicas como técnicas de investigación. Según la definición de Sánchez y Reyes (2015), las pruebas son reactivos estandarizados que pueden estimular las respuestas. En lo que se refiere a su propósito, pueden ser pedagógicas, psicosociales y psicológicas. La prueba debe satisfacer tres atributos básicos: confiabilidad probada, validez y contar con estandarización.

En seguida, se describe las características psicométricas básicas de cada una de las pruebas utilizadas:

#### 3.5.1. Escala de Asertividad Sexual (SAS)

##### Ficha técnica

Nombre original	: Sexual Assertiveness Scale (SAS)
Autor	: Morokoff (1997)
Adaptada al español	: Sierra, Vallejo-Medina y Santos Iglesia (2011) en España.
Adaptada en Perú	: Contreras (2018)
Administración	: Individual y colectiva.
Ámbito de administración	: Desde los 16 a 35 años.
Duración	: 15 minutos aproximadamente.
Objetivos	: Evaluar la asertividad sexual en sus dimensiones: <ul style="list-style-type: none"><li>• Inicio del acto sexual</li><li>• Rechazo</li><li>• Embarazo y métodos anticonceptivos</li></ul>
Ítems	: 18 ítems.
Respuesta	: Formato tipo Likert de 5 alternativas.

## **Descripción del instrumento**

Para la presente investigación se utilizará la Sexual Assertiveness Scale (SAS, Morokof). La Escala de Asertividad Sexual (SAS) fue elaborada por Morokof en 1997, se comenzó con un banco de 112 ítems que se redujeron a 18 después de un proceso de filtrado. Para población española, fue adaptada y validada por Sierra et al. (2011).

La SAS consta de 18 reactivos que miden los tres componentes que precisan el atributo asertividad sexual. Inicio es la primera sub-escala, que incluye los reactivos del 1 al 6, y evalúa el proceso con que un sujeto empieza una relación sexual y que suceda de manera anhelada. Rechazo es la segunda sub-escala, que incluye los reactivos del 7 al 12, y evalúa el proceso en que el sujeto se encuentra capacitado para evadir una relación sexual y una actividad sexual no consentida. La tercera sub-escala es negociación de conductas sexuales adecuadas frente al embarazo y enfermedades de transmisión sexual, que abarcan los reactivos del 13 al 18, y que valora el proceso con que un sujeto persiste en el empleo de métodos anticonceptivos con su pareja y/o conyugue. La escala de respuesta para todos los reactivos es de tipo Likert que fluctúan entre nunca (0) y siempre (4). Es importante mencionar que el cincuenta por ciento de los reactivos están colocados de manera inversa (3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14 y 16). Al obtenerse puntuaciones elevadas indicarían mayor asertividad sexual.

## **Propiedades psicométricas del instrumento**

Las dimensiones inicio, rechazo y E-ETS, fueron derivadas del análisis factorial exploratorio. Luego, se procedo a comprobar la estructura factorial a través de un modelo de ecuaciones estructurales, constatando al mismo tiempo que la administración de una sola sub-escala, de manera aislada, no afectaría sus atributos psicométricos. Se establecieron cinco muestras autónomas de mujeres, de las cuales tres estaban compuestas por estudiantes universitarias, una de mujeres con conductas sexuales de alto riesgo y el último resultado de la persecución de las estudiantes universitarias y mujeres con conductas de riesgo, para calcular el alfa de Cronbach, consiguiendo los siguientes valores: 0.82, 0.76,

0.77, 0.77 y 0.82 para inicio; 0.78, 0.80, 0.71, 0.74 y 0.80 en rechazo; y 0.82, 0.80, 0.85, 0.82 y 0.80 en Embarazo y Enfermedades de Transmisión Sexual (E-ETS); para el total de la escala se adquirieron coeficientes de 0.79, 0.77, 0.75, 0.82 y 0.84, respectivamente.

También notar, Morokoff y Redding en 1997 evaluaron, en tres momentos: inicio, a los seis meses y al año, la confiabilidad test-retest encontrándose correlaciones entre cada sub-escala consigo misma en los diversos momentos, en ningún caso inferiores a 0.59. Al final, examinaron la validez concurrente, encontrándose relaciones entre asertividad sexual y la duración, así como, con la satisfacción de la relación, la victimización sexual, la experiencia sexual y las conductas preventivas de ETS. La sub-escala E-ETS es muy sensible a la hora de evaluar cambios en la asertividad sexual en función de la etapa de cambio para el uso del condón por el usuario, tanto en mujeres con conductas sexuales de riesgo como en población normal.

En nuestro contexto, las propiedades psicométricas fueron revisadas y actualizadas por Contreras (2019), quien reportó que en cuanto la confiabilidad por consistencia interna encontró en la dimensión inicio un alfa de Cronbach de 0.802, en la dimensión rechazo fue 0.782, en la dimensión Embarazo no deseado e infección de transmisión sexual fue 0.838, a nivel general el alfa de Cronbach fue 0.760; así mismo halló evidencia de validez de contenido hallando una V de Aiken de  $p < 0.001$  evidenciando un adecuado grado de validez de contenido.

## Adaptación piloto de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) en nuestro contexto

Tabla 2

*Confiabilidad por consistencia interna de la Escala de Asertividad Sexual*

	M	D.S.	$\alpha$	Ítems
Inicio	6.900	2.891	0.694	3
Rechazo	5.670	2.051	0.632	2
ETS	16.510	6.150	0.843	6
Asertividad Sexual	29.080	8.632	0.825	11

En la tabla 2, se presenta los resultados obtenidos a partir del examen efectuado a la muestra con respecto a la consistencia de los puntajes, en ellos se estima la confiabilidad por consistencia interna de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) en los educandos universitarios de la carrera profesional de Psicología. Se contempla que el coeficiente alfa de Cronbach a nivel general fue 0.825; mientras que en la dimensión Inicio fue 0.694; en la dimensión rechazo fue 0.632; en la dimensión enfermedades de transmisión sexual fue 0.843.

Tabla 3

*Correlación ítem sub escala de inicio*

	"r" ítem - subescala	Sig.
AS1	0.576	0.001
AS2	0.569	0.001
AS3	0.501	0.003
AS4	0.546	0.001
AS5	0.598	0.002
AS6	0.485	0.001

*Nota:*  $p < .01$ : Muy significativa

En la tabla 3, se exhiben los resultados del análisis de ítems elaborado a partir de los puntajes de los estudiantes universitarios, en ella la correlación ítem – test de la dimensión inicio. Se observa que los puntajes r fueron superiores a 0.20 (Kline, 2005), estos valores oscilan entre 0.464 en el ítem 8 y 0.512 en el ítem 12; por ello los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6 contribuyen a la consistencia interna del instrumento.

Tabla 4

*Correlación ítem sub escala de rechazo*

	"r" ítem - subescala	Sig.
AS7	0.501	0.001
AS8	0.464	0.002
AS9	0.478	0.002
AS10	0.465	0.001
AS11	0.497	0.007
AS12	0.512	0.003

*Nota:* p < .01: Muy significativa

En la tabla 4, se muestran los resultados del análisis de ítems elaborado a partir de los puntajes de los estudiantes universitarios, en ella la correlación ítem – test de la dimensión rechazo. Se observa que los puntajes r fueron superiores a 0.20 (Kline, 2005), estos valores oscilan entre 0.464 en el ítem 8 y 0.512 en el ítem 12; por ello los ítems 7, 8, 9, 10, 11 y 12 contribuyen a la consistencia interna del instrumento.

Tabla 5

*Correlación ítem sub escala de ETS*

	"r" ítem - subescala	Sig.
AS13	0.448	0.007
AS14	0.463	0.005
AS15	0.748	0.001
AS16	0.708	0.002
AS17	0.664	0.009
AS18	0.710	0.009

*Nota:* p < .01: Muy significativa

En la tabla 5, se exhiben los resultados del análisis de ítems elaborado a partir de los puntajes de los estudiantes universitarios, en ella la correlación ítem – test de la dimensión ETS. Se observa que los puntajes r fueron superiores a 0.20 (Kline, 2005), estos valores oscilan entre 0.448 en el ítem 13 y 0.748 en el ítem 15; por ello los ítems en su totalidad contribuyen a la consistencia interna del instrumento.

## Normas percentiles de la Escala de Asertividad Sexual (SAS)

**Tabla 6**

*Normas percentiles de la Escala de Asertividad Sexual para la muestra total de estudiantes universitarios*

Niveles	Pc	Inicio	Rechazo	ETS	Total	Pc
Muy Bajo	1			0-3	0-8	1
	2	0-1		4	9-11	2
	3			5	12	3
	4		0-1		13	4
	5			6	14-15	5
	6	2			16	6
	7		2			7
	8			7		8
	9				17	9
Bajo	10			8		10
	15	3	3	9	18-19	15
	20	4		10	20-21	20
Promedio	25			11	22	25
	30		4	12	23-24	30
	35	5		13	25	35
	40		5		26-27	40
	45	6		14	28	45
	50			15-16	29	50
	55	7		17-18	30	55
	60		6	19	31-32	60
	65	8		20	33	65
70			21-22	34-35	70	
75		7		36	75	
Alto	80	9		23	37	80
	85				38-39	85
	90	10			40	90
Muy Alto	91					91
	92					92
	93				41	93
	94					94
	95	11-12				95
	96					96
	97				42	97
	98					98
	99		8	24	43-44	99
	Media	6.90	5.67	16.51	29.08	Media
	D.S.	2.891	2.051	6.150	8.632	D.S.

En la tabla 6, se exhiben los puntos de corte de las normas percentiles de la Escala de Asertividad Sexual elaboradas a partir de los puntajes obtenidos en los estudiantes universitarios de la carrera profesional de Psicología. Se observan las puntuaciones directas de asertividad sexual y sus dimensiones; así como, el valor en puntaje percentil con la respectiva interpretación en su uso.

### **3.5.2. Inventario de Ansiedad de Beck - BAI**

#### **Ficha técnica**

Nombres	: Inventario de Ansiedad de Beck – BAI.
Autor	: Beck, Epstein, Brown y Steer.
Año	: 1988.
Administración	: Individual y colectiva.
Ámbito de aplicación	: Desde los 13 años en adelante.
Duración	: 15 minutos aproximadamente.
Finalidad	: Estimar la gravedad de los síntomas de ansiedad.
Ítems	: 21 ítems.
Respuesta	: Nada, leve, regular y fuerte.

#### **Descripción del instrumento**

Fueron Beck, Epstein, Brown y Steer en 1988 quienes diseñaron el Inventario de Ansiedad de Beck – BAI, que se empleó para la recopilación de datos y la medición del constructo ansiedad. Dicho instrumento, generado bajo criterios clínicos, conforma una lista de indicadores que proceden de los criterios de diagnóstico de los trastornos de ansiedad estipulados en el DMS III y IV.

El dispositivo de auto-reporte consta de 21 reactivos que comprueba la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales; para cada uno de ellos el sujeto deberá estimar el grado en que se ha visto afectado por los mismos durante la última semana, valiéndose de una escala de tipo Likert que va desde nada en absoluto (0) hasta gravemente, casi no podía soportarlo (3).

## Propiedades psicométricas del instrumento en España

El análisis de la consistencia interna del BAI, de acuerdo a lo reportado por Sanz y Navarro (2003) proyectó un

Coeficiente alfa de 0.88, lo que indica una muy buena consistencia interna y replica los coeficientes encontrados en la literatura previa con muestras semejantes. Los coeficientes de correlación entre las puntuaciones en cada uno de los ítems y la puntuación total corregida en el BAI fueron todos estadísticamente significativos, oscilando entre 0.36 para el ítem “hormigueo –entumecimiento” y 0.61 para el ítem “nerviosismo”. La media de las correlaciones inter-ítems fue 0.27 (DE = 0.01), con un mínimo de 0.08 y un máximo de 0.66. (p. 28)

Sanz y Navarro (2003) procedieron a efectuar el análisis de ejes principales sobre la matriz de correlaciones de los 21 ítems del BAI. “Este análisis extrajo cinco factores con valores propios mayores que 1 que explicaban un 55.2% de la varianza de los datos” (p. 30). No obstante, a partir del primer factor había un descenso asintótico en la cantidad de varianza explicada por los factores y, de hecho, el test scree de Cattell aconsejaba la retención de un único factor. Los valores propios de los siete primeros factores fueron los siguientes: 6.44 (30.6%), 1.48 (7%), 1.39 (6.6%), 1.17 (5.6%), 1.12 (5.4. %), 0.99 (4.7%), y 0.90 (4.3%). Es más, la posibilidad de una solución unifactorial, que reflejaría el constructo de ansiedad, venía también avalada por el hecho de que todos los ítems del BAI, con la única excepción del ítem 1, saturaban más de 0.40 en el primer factor, siendo también relativamente alta la saturación del ítem 1 en ese mismo factor (0.38).

Puesto que la mayoría de los estudios factoriales previos, tanto en muestras de estudiantes universitarios como pacientes psiquiátricos, han obtenido una solución bifactorial con un factor somático y otro afectivo – cognitivo, se realizó un segundo análisis factorial en el que se retuvieron los dos primeros factores extraídos mediante ejes principales, y posteriormente, se rotaron median un procedimiento oblicuo (promax). Los resultados indicaron que los dos factores obtenidos corresponden a los factores somático y afectivo – cognitivo descrito en

la literatura. Efectivamente, el primer factor, que explica un 30.6% de varianza de los datos, quedaba definido por 13 ítems del BAI que presentaban saturaciones significativas ( $> 0.35$ ) en ese factor y cuyo contenido era claramente somático o vegetativo. El segundo factor, que explicaba un 7% de varianza, estaba configurado por seis ítems con saturaciones significativas ( $> 0.35$ ) en dicho factor y saturaciones triviales en el primero. Salvo “sensación de inestabilidad”, estos ítems, junto con los dos ítems restantes del BAI (“incapacidad para relajarme” y “miedo a morir”) que, coherentemente, también mostraban sus mayores saturaciones en ese segundo factor (0.33 y 0.31, respectivamente), reflejan síntomas afectivos – cognitivos (Sanz y Navarro, 2003).

En línea con la literatura previa, los dos factores, el somático y el afectivo-cognitivo, se “mostraban altamente correlacionados entre sí ( $r = 0.68$ ), apoyando aún más la idea de que el BAI mide una dimensión general de ansiedad que está compuesta de dos dimensiones sintomáticas altamente relacionadas, una somática y otra afectivo – cognitiva” (Sanz y Navarro, 2003, p. 32).

El BAI se construyó con el objetivo de contar con una medida de ansiedad clínica que paralelamente permitiera discriminar la ansiedad de la depresión. Por tanto, para evaluar la validez de contenido del BAI se puede examinar en qué medida el BAI refleje las principales características de la ansiedad clínica tal y como es entendida de forma consensuada hoy en día, por ejemplo, tal y como es entendida por el DSM –IV, y no refleja las principales características de la depresión tal y como lo concibe, por ejemplo, el DSM – IV. Los resultados arrojaron que al menos 37 síntomas distintos definen los trastornos de ansiedad primarios que aparecen recogidos en el DSM – IV. El BAI tan solo cubre 13 de esos 37 síntomas (el 35.1% de los mismos). Sin embargo, de los 37 síntomas que definen los trastornos de ansiedad, ocho también forman parte de los criterios sintomáticos que definen los trastornos depresivos en el DSM-IV. Se concluye que “los ítems del BAI reflejan el 44.8% de los síntomas específicos de la ansiedad clínica” (Sanz y Navarro, 2003, p. 38). BAI se caracteriza por medir una gran cantidad de síntomas fisiológicos para caracterizar su contenido: 14 de 21 ítems (66,7%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que solo cuatro ítems en BAI miden aspectos cognitivos, mientras que tres ítems son de calidad emocional (Sanz y Navarro, 2003).

La correlación encontrada entre el BAI y el BDI – II fue alta y estadísticamente significativa ( $r = 0.58$ ;  $p < 0.001$ ). En principio, estos resultados pueden indicar que BAI carece de validez discriminativa. Sin embargo, dadas las definiciones superpuestas de ansiedad y depresión clínica, se espera que exista una cierta correlación entre sus medidas (Sanz y Navarro, 2003).

## Adaptación piloto del instrumento en nuestro contexto

Tabla 7

*Confiabilidad por consistencia interna del Inventario de Ansiedad de Beck*

	M	D.S.	$\alpha$	Ítems
Afectivo	6.03	4.205	0.854	6
Cognitivo	3.66	2.509	0.642	4
Somático	8.47	5.986	0.842	11
Ansiedad	18.16	11.415	0.847	21

En la tabla 7, se presenta los resultados obtenidos a partir del análisis realizado a la muestra con respecto a la consistencia de los puntajes, en ellos se estima la confiabilidad por consistencia interna del Inventario de Ansiedad de Beck – BAI en los estudiantes universitarios de la carrera profesional de Psicología. Se observa que el coeficiente alfa de Cronbach a nivel general fue 0.847; mientras que en la dimensión afectiva fue 0.854; en la dimensión cognitiva fue 0.642; en la dimensión somática fue 0.842.

Tabla 8

*Correlación ítem sub escala de afectivo*

	"r" ítem - subescala	Sig.
ANS5	0.606	0.006
ANS8	0.590	0.009
ANS9	0.749	0.009
ANS10	0.657	0.006
ANS14	0.604	0.036
ANS17	0.641	0.009

*Nota:* p < 0.05: Significativa; p < 0.01: Muy significativa

En la tabla 8, se presentan los resultados del análisis de ítems elaborado a partir de los puntajes de los estudiantes universitarios, en ella la correlación ítem – test del componente afectivo. Se observa que los puntajes r fue superior a 0.20 (Kline, 2005), estos valores oscilan entre 0.590 en el ítem 8 y 0.749 en el ítem 9; por ello los ítems en su totalidad contribuyen a la consistencia interna del instrumento.

Tabla 9

*Correlación ítem sub escala de cognitivo*

	"r" ítem - subescala	Sig.
ANS4	0.420	0.006
ANS11	0.553	0.005
ANS13	0.528	0.005
ANS16	0.308	0.003

*Nota:*  $p < 0.01$ : Muy significativa

En la tabla 9, se presentan los resultados del análisis de ítems elaborado a partir de los puntajes de los estudiantes universitarios, en ella la correlación ítem – test del componente cognitivo. Se observa que los puntajes  $r$  fue superior a 0.20 (Kline, 2005), estos valores oscilan entre 0.308 en el ítem 16 y 0.553 en el ítem 11; por ello los ítems en su totalidad contribuyen a la consistencia interna del instrumento.

Tabla 10

*Correlación ítem sub escala de somático*

	"r" ítem - subescala	Sig.
ANS1	0.475	0.003
ANS2	0.327	0.004
ANS3	0.520	0.009
ANS6	0.643	0.008
ANS7	0.632	0.009
ANS12	0.553	0.007
ANS15	0.623	0.001
ANS18	0.393	0.004
ANS19	0.504	0.001
ANS20	0.479	0.003
ANS21	0.591	0.003

En la tabla 10, se presentan los resultados del análisis de ítems elaborado a partir de los puntajes de los estudiantes universitarios, en ella la correlación ítem – test del componente somático. Se observa que los puntajes  $r$  fue superior a 0.20 (Kline, 2005), estos valores oscilan entre 0.327 en el ítem 2 y 0.643 en el ítem 6; por ello los ítems en su totalidad contribuyen a la consistencia interna del instrumento.

## Normas percentiles de la Escala de Ansiedad

Tabla 11

*Normas percentiles del Inventario de Ansiedad de Beck para la muestra total de estudiantes universitarios*

Niveles	Pc	Afectivo	Cognitivo	Somático	Total	Pc
	1					1
	2					2
	3				0 a 1	3
	4					4
Muy Bajo	5				2	5
	6				3	6
	7				4	7
	8			0 a 1		8
	9					9
Bajo	10				5	10
	15	0 a 1		2	6	15
	20		0 a 1		7 a 8	20
	25	2		3	9	25
	30	3		4	10	30
	35		2		11	35
	40	4		5	12 a 13	40
	45			6	14 a 15	45
Promedio	50	5		7	16	50
	55		3		17	55
	60	6		8	18 a 19	60
	65	7	4	9	20 a 21	65
	70			10	22 a 23	70
	75	8 a 9		11 a 12	24 a 26	75
Alto	80		5	13	27 a 29	80
	85	10	6	14 a 15	30 a 32	85
	90	11		16 a 17	33 a 35	90
	91		7			91
	92			18	36	92
	93	12				93
	94			19		94
Muy Alto	95	13 a 14	8	20	37 a 38	95
	96			21	39	96
	97	15			40 a 42	97
	98	16	9	22 a 23	43 a 45	98
	99	17 a 18	10 a 12	24 a 27	46 a 56	99
	Media	6,03	3,66	8,47	18,16	Media
	DS	4,205	2,509	5,986	11,415	DS

La Tabla 11 muestra los puntos críticos de los criterios percentiles del Inventario de Ansiedad Baker (BAI), que se basa en las puntuaciones obtenidas por los estudiantes universitarios con especialización en Psicología. Se observan las puntuaciones directas de la ansiedad y sus componentes; así como, el valor en puntaje percentil con la respectiva interpretación en su uso.

### **3.6. Técnicas del procesamiento y análisis de datos**

En primer lugar, se realizó las coordinaciones correspondientes con las autoridades y docentes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú; una vez recibido el permiso por escrito, se procedió con la administración de los protocolos a los estudiantes en los días y horarios previamente acordados. Luego, se revisó que los instrumentos estuvieran completos y calificados.

Para el análisis de los puntajes estadísticos se procedió a codificar los resultados reportados por los educandos de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú en el programa de Microsoft Office 2016 Excel, y transportados al programa IBM SPSS versión 25. Se emplearon estadísticos descriptivos e inferenciales para la consecución de las metas trazadas. Se procedió al cálculo de la media y desviación estándar, así como de las frecuencias y porcentajes como parte de los estadísticos descriptivos.

Por otro lado, a nivel de estadísticos inferenciales, se calculó la prueba no paramétrica de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K – S), la cual determinó que los puntajes no se ajustan a una distribución normal alrededor de la media, usándose para el análisis estadístico de comparación la prueba no paramétrica “U” de Mann – Whitney. En cuanto a la correlación de las variables en estudio se usó la prueba no paramétrica de correlación de rangos de Spearman respectivamente.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

#### 4.1. Características sociodemográficas de la muestra

Tabla 12

*Características sociodemográficas de la muestra*

Variables	Categoría	fi	%
Género	Masculino	77	23.19
	Femenino	255	76.81
Edad	18 a 24 años	273	82.2
	25 a 30 años	59	17.8
Ciclo	I a VI	217	65.36
	VII a XI	115	34.64
Total		332	100

En la tabla 12, se lucen las peculiaridades de la sub-población. Se contempla que el 82.2% de educandos poseen entre 18 a 24 años y el 17.8% entre 25 y 30 años; así mismo el 76.81% son de género femenino y el 23.19% de género masculino. Finalmente observamos que el 65.36% de estudiantes perteneces a los ciclos entre primero a sexto y el 34.64% cursan entre el séptimo y undécimo ciclo.

#### 4.2. Análisis descriptivo de las variables

##### 4.2.1. Análisis descriptivo de asertividad sexual

Tabla 13

*Estadísticos descriptivos de asertividad sexual y sus dimensiones*

	N	M.	D.S.	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
Inicio	332	6.90	2.891	-0.257	-0.584	0	12
Rechazo	332	5.67	2.051	-0.745	-0.016	0	8
ETS	332	16.51	6.150	-0.269	-1.057	0	24
Asertividad Sexual	332	29.08	8.632	-0.338	-0.511	3	44

En la tabla 13, se lucen los estadísticos descriptivos de la asertividad sexual en educandos universitario. Se contemplando que las puntuaciones a nivel de asertividad sexual dan una media de 29.08 con una desviación estándar de 8.632. La dimensión con mayor puntaje de media es ETS (M = 16.51; DS = 6.150), mientras que la dimensión con menor puntaje de media fue rechazo (M = 5.67; DS = 2.051); así mismo, los puntajes evidencian una distribución asimétrica y platicurtica de forma general.

Tabla 14

*Niveles de la dimensión Inicio*

		Muy Bajo	Bajo	Promedio	Alto	Muy Alto	Total
Inicio	fi	21	51	149	78	33	332
	%	6.3	15.4	44.9	23.5	9.9	100.0

En la tabla 14, se lucen los grados de la dimensión inicio en los educandos universitarios. Se contempla que el 6.3% de los encuestado obtuvieron un nivel muy bajo, el 15.4% alcanzaron un grado bajo, el 44.9% lograron un grado promedio, el 23.5% se ubican en un grado alto y el 9.9% obtuvo un grado muy alto.

Tabla 15

*Niveles de la dimensión Rechazo*

		Muy Bajo	Bajo	Promedio	Muy Alto	Total
Rechazo	fi	24	22	205	81	332
	%	7.2	6.6	61.7	24.4	100.0

En la tabla 15, se lucen los grados de la dimensión rechazo en los estudiantes universitarios. Se contempla que el 7.2% de los encuestados obtuvieron un grado muy bajo, el 6.6% consiguieron un grado bajo, el 61.7% alcanzaron un grado promedio y el 24.4% lograron un grado muy alto.

Tabla 16

*Niveles de la dimensión ETS*

		Muy bajo	Bajo	Promedio	Alto	Muy alto	Total
ETS	fi	25	37	177	20	73	332
	%	7.5	11.1	53.3	6.0	22.0	100.0

En la tabla 16, se presentan los grados de la dimensión ETS en los educandos universitarios. Se contempla que el 7.5% de los encuestados obtuvieron un grado muy bajo, el 11.1% alcanzaron un grado bajo, el 53.3% lograron un grado promedio, el 6% consiguieron un grado alto y el 22% un grado muy alto.

Tabla 17

*Niveles de la Asertividad sexual*

		Muy bajo	Bajo	Promedio	Alto	Muy alto	Total
Asertividad Sexual	fi	31	43	180	46	32	332
	%	9.3	13.0	54.2	13.9	9.6	100.0

En la tabla 17, se lucen los grados de asertividad sexual en los educandos universitarios. Se contempla que el 9.3% de los participantes se encuentran en el grado muy bajo, el 13% obtuvieron un grado bajo, el 54.2% consiguieron un grado promedio, el 13.9% alcanzaron un grado alto y el 9.6% lograron un grado muy alto.

#### 4.2.2. Análisis descriptivo de la ansiedad

Tabla 18

*Estadísticos descriptivos de la ansiedad y sus dimensiones*

	N	M.	D.S.	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
Afectivo	332	6.03	4.205	0.658	-0.183	0	18
Cognitivo	332	3.66	2.509	0.705	0.133	0	12
Somático	332	8.47	5.986	0.816	-0.041	0	27
Ansiedad	332	18.16	11.415	0.689	-0.076	0	56

En la tabla 18, se exhiben los estadísticos descriptivos de la ansiedad en educandos universitarios. Se observa que las puntuaciones a nivel de ansiedad dan una media de 18.16 con una desviación estándar de 11.415. El componente con mayor puntaje de media es somático ( $M = 8.47$ ;  $DS = 5.986$ ), mientras que el componente con menor puntaje de media fue cognitivo ( $M = 3.66$ ;  $DS = 2.509$ ); así mismo, los puntajes tienen una distribución asimétrica y platicúrtica de forma general

Tabla 19

*Niveles de la dimensión Afectivo*

		Bajo	Promedio	Alto	Muy Alto	Total
Afectivo	fi	48	209	36	39	332
	%	14.5	63.0	10.8	11.7	100.0

En la tabla 19, se lucen los grados de la dimensión afectivo en los educandos universitarios. Se contempla que el 14.5% de los participantes obtuvieron un grado bajo, el 63% consiguieron un grado promedio, el 10.8% alcanzaron un grado alto y el 11.7% adquirieron un grado muy alto.

Tabla 20

*Niveles de la dimensión Cognitivo*

		Bajo	Promedio	Alto	Muy Alto	Total
Cognitivo	fi	71	152	65	44	332
	%	21.4	45.8	19.6	13.3	100.0

En la tabla 20, se lucen los grados de la dimensión cognitivo en los educandos universitarios. Se contempla que el 21.4% de los participantes obtuvieron un grado bajo, el 45.8% lograron un grado promedio, el 19.6% adquirieron un grado alto y el 13.3% lograron un grado muy alto.

Tabla 21

*Niveles de la dimensión Somático*

		Muy Bajo	Bajo	Promedio	Alto	Muy Alto	Total
Somático	fi	27	17	208	45	35	332
	%	8.1	5.1	62.7	13.6	10.5	100

En la tabla 21, se presentan los grados de la dimensión somático en los educandos universitarios. Se contempla que el 8.1% de los participantes obtuvieron un grado muy bajo, el 5.1% alcanzaron un grado bajo, el 62.7% lograron un grado promedio, el 13.6% adquirieron un grado alto y el 10.5% recibieron un grado muy alto.

Tabla 22

*Niveles de la Ansiedad*

		Muy Bajo	Bajo	Promedio	Alto	Muy Alto	Total
Ansiedad	fi	27	17	208	45	35	332
	%	8.1	5.1	62.7	13.6	10.5	100

En la tabla 22, se lucen los grados de la ansiedad en los educandos universitarios. Se contempla que el 8.1% de los encuestados obtuvieron un nivel muy bajo, el 5.1% consiguieron un grado bajo, el 62.7% lograron un grado promedio, el 13.6% adquirieron un grado alto y el 10.5% recibieron un grado muy alto.

### 4.3. Análisis comparativo de las variables

#### 4.3.1. Comparación de asertividad sexual en función al género, edad y ciclo de estudio

Tabla 23

*Prueba de normalidad de asertividad sexual y sus sub-escalas*

	N	M.	D.S.	K.S.	<i>p</i>
Inicio	332	6.90	2.891	0.101	.000
Rechazo	332	5.67	2.051	0.163	.000
Prevención	332	16.51	6.150	0.134	.000
Asertividad Sexual	332	29.08	8.632	0.074	.000

En la tabla 23, se presentan los resultados de la prueba de normalidad Z de Kolmogorov – Smirnov de asertividad sexual y sus sub-escalas en los educandos universitarios. Se contempla que la distribución no se aproxima a una distribución teóricamente normal; por lo tanto, se empleó estadísticos inferenciales no paramétricos.

Tabla 24

*Comparación de asertividad sexual y sus sub-escalas en función al género*

	Grupos	U de Mann-Whitney	Z	<i>p</i>	n	Rango promedio
Inicio	Masculino	9102.500	-1.026	0.305	77	157.21
	Femenino				255	169.30
Rechazo	Masculino	6811.500	-4.704	0.000	77	127.46
	Femenino				255	178.29
ETS	Masculino	7186.000	-3.899	0.000	77	132.32
	Femenino				255	176.82
Asertividad Sexual	Masculino	7458.000	-3.500	0.000	77	135.86
	Femenino				255	175.75

En la tabla 24, se lucen los resultados de la prueba de comparación “U” de Mann – Whitney de asertividad sexual y sus sub-escalas en los educandos

universitarios en función al género. Se aprecia que existen discrepancias estadísticas altamente significativas ( $p < 0.001$ ) para el puntaje de las dimensiones rechazo ( $U = 6811.5$ ;  $p = 0.000$ ) y ETS ( $U = 7186.0$ ;  $p = 0.000$ ), así como el puntaje total de asertividad sexual ( $U = 7458.0$ ;  $p = 0.000$ ), a favor del grupo femenino.

Tabla 25

*Comparación de asertividad sexual y sus sub-escalas en función a la edad*

	Grupos	U de Mann-Whitney	Z	p	n	Rango promedio
Inicio	16 a 20 años	12203.500	-1.569	0.117	145	157.16
	21 a 30 años				187	173.74
Rechazo	16 a 20 años	12181.500	-1.611	0.107	145	175.99
	21 a 30 años				187	159.14
ETS	16 a 20 años	10058.500	-4.060	0.000	145	190.63
	21 a 30 años				187	147.79
Asertividad Sexual	16 a 20 años	11050.500	-2.892	0.004	145	183.79
	21 a 30 años				187	153.09

En la tabla 25, se presentan los resultados de la prueba de comparación “U” de Mann – Whitney de asertividad sexual y sus sub-escalas en los educandos universitarios en función a la edad. Ser observa que existen discrepancias estadísticas muy significativas y altamente significativas para la dimensión ETS ( $U = 11050.5$ ;  $p = 0.004$ ) y el puntaje total de asertividad sexual ( $U = 10058.5$ ;  $p = 0.000$ ), a favor del grupo de 16 a 20 años.

Tabla 26

*Comparación de asertividad sexual y sus sub-escalas en función al ciclo académico*

	Grupos	U de Mann-Whitney	Z	<i>p</i>	n	Rango promedio
Inicio	I a VI ciclo	10746.000	-2.092	0.036	217	158.52
	VII a XI ciclo				115	181.56
Rechazo	I a VI ciclo	12094.500	-0.467	0.640	217	164.74
	VII a XI ciclo				115	169.83
ETS	I a VI ciclo	10028.500	-2.962	0.003	217	177.79
	VII a XI ciclo				115	145.20
Asertividad Sexual	I a VI ciclo	11373.500	-1.328	0.184	217	171.59
	VII a XI ciclo				115	156.90

En la tabla 26, se presentan los resultados de la prueba de comparación “U” de Mann – Whitney de asertividad sexual y sus sub-escalas de los educandos universitarios en función al ciclo académico. Se observa que existen discrepancias estadísticas significativas y muy significativas para la dimensión inicio ( $U = 10746.0$ ;  $p = 0.036$ ) y la dimensión ETS ( $U = 10028.5$ ;  $p = 0.003$ ) a favor de ambos grupos.

#### **4.3.2. Comparación de la ansiedad en función al género, edad y ciclo de estudio**

Tabla 27

*Prueba de normalidad de ansiedad y sus componentes*

	N	M.	D.S.	K.S.	<i>p</i>
Afectivo	332	6.03	4.205	0.110	.000
Cognitivo	332	3.66	2.509	0.152	.000
Somático	332	8.47	5.986	0.124	.000
Ansiedad	332	18.16	11.415	0.094	.000

En la tabla 27, se presentan los resultados de la prueba de normalidad Z de Kolmogorov – Smirnov para ansiedad y sus componentes en los educandos universitarios. Se contempla que la distribución no se aproxima a una distribución

teóricamente normal; por lo tanto, se empleó estadísticos inferenciales no paramétricos.

Tabla 28

*Comparación de ansiedad y sus componentes en función al género*

	Grupos	U de Mann-Whitney	Z	p	n	Rango promedio
Afectivo	Masculino	8095.500	-2.340	0.019	77	144.14
	Femenino				255	173.25
Cognitivo	Masculino	8482.000	-1.825	0.068	77	149.16
	Femenino				255	171.74
Somático	Masculino	8126.000	-2.296	0.022	77	144.53
	Femenino				255	173.13
Ansiedad	Masculino	7971.000	-2.503	0.012	77	142.52
	Femenino				255	173.74

En la tabla 28, se presentan los resultados de la prueba de comparación “U” de Mann – Whitney de ansiedad y sus componentes en los educandos universitarios en función al género. Se contempla que existen discrepancias estadísticas significativas para el componente afectivo (U = 8095.5; p = 0.019), somático (U = 8126.0; p = 0.022), así como el puntaje general de ansiedad (U = 7971; p = 0.012) a favor del grupo femenino.

Tabla 29

*Comparación de la ansiedad y sus dimensiones en función a la edad*

	Grupos	U de Mann-Whitney	Z	p	n	Rango promedio
Afectivo	16 a 20 años	10176.000	-3.910	0.000	145	189.82
	21 a 30 años				187	148.42
Cognitivo	16 a 20 años	11461.500	-2.437	0.015	145	180.96
	21 a 30 años				187	155.29
Somático	16 a 20 años	9860.500	-4.270	0.000	145	192.00
	21 a 30 años				187	146.73
Ansiedad	16 a 20 años	9931.500	-4.182	0.000	145	191.51
	21 a 30 años				187	147.11

En la tabla 29, se presentan los resultados de la prueba de comparación “U” de Mann – Whitney de ansiedad y sus componentes en los educandos universitarios en función a la edad. Se contempla que existen discrepancias estadísticas significativas y altamente significativas para la dimensión afectivo, (U = 10176.0; p = 0.000), cognitivo (U = 11461.5; p = 0.015), somático (U = 9860.5; p = 0.000), así como el puntaje general de ansiedad (U = 9931.5; p = 0.000), a favor del grupo de 16 a 20 años.

Tabla 30

*Comparación de la ansiedad y sus dimensiones en función al ciclo académico*

	Grupos	U de Mann-Whitney	Z	p	n	Rango promedio
Afectivo	I a VI ciclo	10796.5	-2.026	0.043	217	174.25
	VII a XI ciclo				115	151.88
Cognitivo	I a VI ciclo	11565.5	-1.105	0.269	217	170.70
	VII a XI ciclo				115	158.57
Somático	I a VI ciclo	10030.5	-2.946	0.003	217	177.78
	VII a XI ciclo				115	145.22
Ansiedad	I a VI ciclo	10385.5	-2.515	0.012	217	176.14
	VII a XI ciclo				115	148.31

En la tabla 30, se presentan los resultados de la prueba de comparación “U” de Mann - Whitney de ansiedad y sus componentes de los educandos universitarios en función al ciclo académico. Se contempla que existen discrepancias estadísticamente significativas y muy significativas para la dimensión afectivo (U = 10796.5; p = 0.043), cognitivo (U = 11565.5; p = 0.269), somático (U = 10030.5; p= 0.003), así como el puntaje general de ansiedad (U = 10385.5; p = 0.012) a favor del grupo del I al VI ciclo académico.

#### 4.4. Análisis correlacional de las variables

##### Prueba de hipótesis general:

H<sub>1</sub>: Existe relación estadísticamente significativa entre asertividad sexual y ansiedad en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador.

H<sub>0</sub>: No existe relación estadísticamente significativa entre asertividad sexual y ansiedad en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador.

Tabla 31

*Medida de relación entre la asertividad sexual y ansiedad*

		Ansiedad	
	rho	n	p
Asertividad sexual	-0.271 *	332	0.036

*Nota:* p < .05: Correlación estadística significativa

En la tabla 31, se lucen los resultados de la correlación entre asertividad sexual y ansiedad en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur, a través de la prueba de rho de Spearman. Se encontró que existe una relación inversa, de grado moderada baja y estadísticamente significativa (rho = -0.271; p = 0.036) entre ambas variables; evidenciándose que a mayor presencia de asertividad sexual menor será el grado de ansiedad o viceversa. En base a lo encontrado se puede rechazar la hipótesis nula y concluir que existe relación estadísticamente significativa entre asertividad sexual y ansiedad en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.

### Prueba de hipótesis específica

H<sub>3</sub>: Existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de asertividad sexual y las dimensiones de ansiedad en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador.

H<sub>0</sub>: No existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de asertividad sexual y las dimensiones de ansiedad en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador.

Tabla 32

*Medidas de relación entre las dimensiones de asertividad sexual y los componentes de la ansiedad*

	Inicio			Rechazo			ETS		
	rho	n	p	rho	n	p	rho	n	p
Afectivo	-,187**	332	0.001	-0.071	332	0.194	0.004	332	0.936
Cognitivo	-,148**	332	0.007	-0.083	332	0.132	-0.025	332	0.654
Somático	-,121*	332	0.027	-0.094	332	0.088	-0.044	332	0.424

En la tabla 32, se lucen los resultados del análisis de correlación entre las dimensiones de asertividad sexual con los componentes de la ansiedad a través de la prueba *rho* de Spearman en las puntuaciones de los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur. Se encontró en cuando a las dimensiones asertividad sexual, que solo la dimensión de inicio presentó relación estadísticamente significativa y muy significativa con el componente afectivo ( $\rho=-.187$ ;  $p=.001$ ), con el componente cognitivo ( $\rho=-.148$ ;  $p=.007$ ) y con el componente somática ( $\rho=-.121$ ;  $p=0.027$ ), evidenciándose que a mayor presencia de asertividad sexual de inicio manifiesten los educandos de la carrera profesional de Psicología, tendrán menores síntomas afectivos, cognitivas y somáticas de la ansiedad.

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**

## 5.1. Discusión

El objetivo principal de la indagación fue establecer la asociación entre la asertividad sexual y la ansiedad en un grupo de educandos de psicología de una universidad privada en la localidad de Villa El Salvador en Lima Sur. Los resultados encontrados se discutirán a continuación.

En cuanto a asertividad sexual, se encontró que la media del puntaje total es de 29.08, y que el 54.2% (180) de la sub-población evidencia un grado promedio. Al respecto, Santos-Iglesias y Sierra (2010) creen que los sujetos asertivos sexualmente tienen una mejor función sexual, tienen menos probabilidades de sufrir violencia física producido por sus parejas, y el continuo uso de condones u otros métodos anticonceptivos. Por otro lado, Chávez y Garrido (2015) indican que la expresión de asertividad sexual será posible en la medida que la pareja sea capaz de exteriorizar lo que siente y anhela de manera aperturada, respetándose a sí mismo, y a la vez respetando los sentimientos, deseos y derechos de la pareja, sin prejuicios, ni temores.

Sobre estos resultados, se asemejan con los de Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez y Muñoz (2017) hallando que un 39.5% (158) de los estudiantes universitarios lograron una categoría promedio alto de asertividad sexual. Por su parte, Varillas (2018), discrepa sobre estos resultados, al descubrir una categoría deficiente en la escala global de asertividad sexual (36.5%) en los educandos de la carrera profesional de Psicología, de una universidad privada de Lima Sur. Del mismo modo, Chávez y Garrido (2015) encontró que el 51% de estudiantes universitarios de universidades públicas y privadas, muestran una categoría de asertividad sexual de medio bajo a menos.

De las dimensiones de asertividad sexual, el 44.9% (149) se posicionan en el nivel promedio en la dimensión inicio; el 61.7% (205) se ubican en el nivel promedio para la dimensión rechazo y el 53.3% (177) obtuvieron un nivel promedio para la dimensión ETS. Estos resultados discrepan con lo reportado por Patiño y León (2018), dado que los niveles de asertividad sexual son bajos en la dimensión iniciativa mientras que las dimensiones rechazo y negociación del uso de

preservativos alcanzaron niveles altos en un grupo de estudiantes universitarios procedentes de las facultades de la Universidad de Cuenca en Ecuador. Además, Vélez (2015) encontró que los niveles de iniciación, en estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca en Ecuador, oscilan entre el nivel medio a bajo, mientras que en el indicador rechazo los resultados se acentúan en un nivel medio, que coincide con lo descubierto en este estudio. Por lo tanto, Morokoff et al. (1997) encontraron que la capacidad de las personas para iniciar relaciones sexuales, rechazar las relaciones sexuales no deseadas y negociar el uso de métodos anticonceptivos es muy relevante para el desarrollo de la vida sexual de las personas, propiciando una adecuada salud sexual.

Seguidamente, se comparó asertividad sexual y sus dimensiones en función al género, edad y ciclo académico de la muestra, detectándose diferencias estadísticas altamente significativas para el puntaje de las dimensiones rechazo ( $U = 6811.5$ ;  $p = 0.000$ ) y ETS ( $U = 7186.0$ ;  $p = 0.000$ ), así como el puntaje total de asertividad sexual ( $U = 7458.0$ ;  $p = 0.000$ ), a favor del grupo femenino. Al respecto, Segarra (2019) no encontraron diferencias en asertividad sexual para el inicio del contacto sexual entre hombres y mujeres; no obstante, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en asertividad sexual para el rechazo del contacto sexual según el sexo, existiendo una mayor asertividad para el rechazo al contacto sexual en mujeres. De igual manera, en la ciudad de Cuenca en Ecuador, Patiño y León (2018) revelaron que, de un total de 374 estudiantes universitarios, al comparar al grupo de hombres y mujeres, se halló diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos tanto en la dimensión de negociación de anticonceptivos como en la de rechazo, más no en la dimensión iniciativa; las mujeres, en promedio, son más asertivas que los hombres, especialmente en la dimensión de rechazo.

De acuerdo con Sierra, Rojas, Ortega y Ortiz (2007) las normas sociales restringen la exteriorización de las preferencias sexuales, al no brindar a las mujeres las mismas oportunidades de manifestar sus intereses sexuales, ya sea por vergüenza o culpa, en comparación a los varones. En este sentido, esto explicaría porque muchas mujeres que tienen deseo de mantener un encuentro sexual, lo rechazan (Rodríguez y Toro, 2012). Al mismo tiempo, socialmente es el

hombre quien propicia el acercamiento sexual, en cambio la mujer es quien establece las limitaciones sobre este acercamiento (Santos-Iglesias et al., 2014).

También se encontró diferencias estadísticas muy significativas y altamente significativas, en función a la edad, para la dimensión ETS ( $U = 11050.5$ ;  $p = 0.004$ ) y el puntaje total de asertividad sexual ( $U = 10058.5$ ;  $p = 0.000$ ), a favor del grupo de 16 a 20 años. De igual forma, existen diferencias estadísticas significativas y muy significativas, en función al ciclo académico, para la dimensión inicio ( $U = 10746.0$ ;  $p = 0.036$ ) y la dimensión ETS ( $U = 10028.5$ ;  $p = 0.003$ ) a favor del grupo de I a VI ciclo y el de VII a XI ciclo. En lo que compete a este aspecto, Zerubavel (2010, citado por Varillas, 2018) ha puntualizado que la asertividad es trascendental en todas las etapas del desarrollo humano, y es muy importante en la adolescencia y la juventud; la edad de experimentar la primera relación de marido y mujer, y la primera relación sexual; conllevando durante estos periodos a desarrollar conductas sexuales que se distinguirán en la vida adulta. En este sentido, el desarrollo sexual saludable durante la adolescencia es importante para el desarrollo de las habilidades de comunicación con sus parejas, pues les permitirá a los jóvenes expresar sus deseos y restricciones sobre el sexo.

Para el caso de la ansiedad, la media fue de 18.16, y 62.7% (208) de la muestra se ubica en el nivel promedio. En otros términos, según Ruiz y Lago (2005) parte de los estudiantes universitarios encuestados evidencian reacciones emocionales que pueden acompañarse de respiración entrecortada, tensión arterial elevada, estomago revuelto, boca seca, diarrea o estreñimiento, expresión facial de miedo, inquietud, respuestas de sobresalto, dificultad de dormir o relajarse, etc. Conjuntamente, la teoría cognitivista explica la ansiedad basada en la idea que una persona etiqueta una situación determina como amenazante y toma una conducta para afrontar dicha situación cada vez que suceda. Son relevantes las percepciones y creencias que pueda poseer (Villanueva y Ugarte, 2017). En cuanto a los componentes, el 63% (209) obtuvieron el nivel promedio en el componente afectivo, el 45.8% lograron un nivel promedio para el componente cognitivo y el 62.7% lograron un nivel promedio en el componente somático. Rasco y Suarez (2017), en un estudio realizado en universitarios de Lima Este, coinciden en cierta medida con

estos resultados, al encontrar que el grupo de varones (54.7%) y de mujeres (56.5%) presentan un nivel moderado de ansiedad-estado.

Al establecer las comparaciones para la ansiedad y sus componentes, en función al género, edad y ciclo académico de la muestra, se descubrió que existen diferencias estadísticas significativas para el componente afectivo ( $U = 8095.5$ ;  $p = 0.019$ ), somático ( $U = 8126.0$ ;  $p = 0.022$ ), así como el puntaje general de ansiedad ( $U = 7971$ ;  $p = 0.012$ ) a favor del grupo femenino. Ello indicaría que el grupo de mujeres universitarias se muestran más alerta ante la vivencia de una amenaza de su integridad física o psicológica, experimentando los síntomas característicos de la respuesta de ansiedad: preocupación, temor, aprensión, taquicardia, manos sudorosas, aceleración de la respiración, rigidez muscular, inquietud, etc. (Rojo, 2011).

Además, existen diferencias estadísticas significativas y altamente significativas para la dimensión afectivo, ( $U = 10176.0$ ;  $p = 0.000$ ), cognitivo ( $U = 11461.5$ ;  $p = 0.015$ ), somático ( $U = 9860.5$ ;  $p = 0.000$ ), así como el puntaje general de ansiedad ( $U = 9931.5$ ;  $p = 0.000$ ), a favor del grupo de 16 a 20 años. Del mismo modo, existen diferencias estadísticamente significativas y muy significativas para la dimensión afectivo ( $U = 10796.5$ ;  $p = 0.043$ ), cognitivo ( $U = 11565.5$ ;  $p = 0.269$ ), somático ( $U = 10030.5$ ;  $p = 0.003$ ), así como el puntaje general de ansiedad ( $U = 10385.5$ ;  $p = 0.012$ ) a favor del grupo del I al VI ciclo académico. Posada, Buitrago, Medina y Rodríguez (2006), en un estudio nacional en Colombia, precisan que el 19.3% de la población entre 18 a 65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad.

Para el objetivo general de la investigación, se encontró que existe una relación inversa, de grado moderada baja y estadísticamente significativa ( $\rho = -0.271$ ;  $p = 0.036$ ) entre ambas variables; evidenciándose que a mayor presencia de asertividad sexual menor será el grado de ansiedad. De este modo se refleja que si la asertividad sexual aumenta implica inexorablemente una disminución en la ansiedad. En pocas palabras, la habilidad para llevar a cabo comportamientos socialmente asertivos en un contexto social se ve vinculado con respuestas emocionales que surge ante la amenaza y se manifiesta a nivel cognitivo,

fisiológico, motor y emocional. En este sentido, la indagación realizada por Granados, Vallejos-Medina y Sierra (2011), concuerda con lo reportado en este estudio, ya que un grupo de 264 mujeres adultas españolas correlacionan ansiedad y depresión, tanto estado como rasgo, con la asertividad sexual, no siendo el mismo caso para los hombres.

En cuanto a la exploración estadística de la relación entre las dimensiones de la asertividad sexual y los componentes del autocontrol a través de la prueba no paramétrica de correlación de Spearman, se destaca lo siguiente: existe una relación estadísticamente significativa y muy significativa entre la dimensión inicio del acto sexual de asertividad sexual con los tres componentes de la ansiedad: componente afectivo ( $\rho=-.187$ ;  $p=.001$ ), componente cognitivo ( $\rho=-.148$ ;  $p=.007$ ) y componente somática ( $\rho=-.121$ ;  $p=0.027$ ), en los estudiantes de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada del distrito de Villa El Salvador en Lima Sur. En relación a estos resultados, Granados, Vallejo – Medina y Sierra (2011) hallaron en un grupo de adultos españoles que la ansiedad rasgo correlaciona con la asertividad sexual de rechazo y con la asertividad sexual de enfermedades de transmisión sexual. Se puede inferir que la frecuencia que tiene una persona para emprender una relación sexual de forma deseada, implica una disminución en los componentes principales de la ansiedad.

Finalmente, es importante acotar que la asertividad sexual, es un constructo que ha empezado a tomar mayor apogeo e interés en nuestro contexto, en la medida que permite comprender como ciertas personas, que mantiene una relación sexual activa y de pareja, expresan y se comunican de manera adecuada en el área sexual, propiciando un impacto en las conductas de riesgos sexual y repercutiendo en las respuestas emocionales, entre ellas la ansiedad, que puedan experimentar ante la misma situación.

## 5.2. Conclusiones

De acuerdo con los datos obtenidos y la interpretación estadística respectiva, apoyada en los objetivos planteados, se derivan las siguientes conclusiones:

1. Con respecto al objetivo general, se encontró relación estadísticamente significativa y negativa ( $\rho=-.271$ ;  $p=.036$ ) entre la asertividad sexual y ansiedad, entendiéndose que a mayor asertividad sexual menos ansiedad en los estudiantes de la carrera de psicología de una Universidad Privada de Lima Sur.
2. Con respecto al objetivos especifico uno, se encontró que a nivel de asertividad sexual el 9.3% fue muy bajo, 13% bajo, 54.2% promedio, 13.9% alto y 9.6% muy alto. En la dimensión Inicio el 44.9% promedio; en Rechazo 61.7% promedio y en la dimensión ETS 53.3% promedio.
3. Con respecto al objetivo específico dos, se halló que el nivel de ansiedad el 8.1% fue muy bajo, el 5.1% fue bajo, el 62.7% fue promedio, el 13.6% fue alto y el 10.5% fue Muy alto. En la dimensión afectiva el 63% fue promedio, en la dimensión cognitiva el 45.8% fue promedio y en la dimensión somática el 62.7% fue promedio.
4. En relación al objetivo específico tres, se encontró diferencias estadísticamente significativas ( $p<0.5$ ), muy significativas ( $p < 0.01$ ) y altamente significativas ( $p<0.001$ ) al comparar asertividad sexual y sus dimensiones en función al género, edad y ciclo académico.
5. En relación al objetivo específico cuatro, se encontró diferencias estadísticamente significativas ( $p<0.5$ ), muy significativas ( $p < 0.01$ ) y altamente significativas ( $p < 0.001$ ) al comparar la ansiedad y sus componentes en función al género, edad y ciclo académico.

6. En relación al objetivo específico cinco, se encontró evidencia de la relación estadísticamente significativa y muy significativa entre la dimensión inicio del acto sexual de asertividad sexual con los tres componentes de la ansiedad: componente afectivo ( $\rho=-.187$ ;  $p=.001$ ), componente cognitivo ( $\rho=-.148$ ;  $p=.007$ ) y componente somática ( $\rho=-.121$ ;  $p=0.027$ ), en los estudiantes de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada del distrito de Villa El Salvador en Lima Sur.

### 5.3. Recomendaciones

El estudio permite proponer las siguientes recomendaciones:

- a) Diseñar e implementar programas psicológicos, desde el servicio de bienestar universitario, de carácter preventivo para disminuir los grados de ansiedad en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de la localidad de Villa El Salvador en Lima Sur.
- b) Teniendo en cuenta a los estudiantes universitarios de otras partes de Lima Sur y sus condiciones socioeconómicas, así como la gestión educativa de la universidad, es muy significativo replicar esta investigación con una muestra más amplia y representativa.
- c) Se plantea la necesidad de replicar esta investigación, bajo un enfoque cuantitativo, pretendiendo asociar asertividad sexual con otros constructos de suma relevancia en la psicología clínica, tal es el caso de la depresión, rasgos de personalidad, autoestima y déficit de habilidades sociales, las cuales suelen ser circunstancias que agravan este aspecto clínico y sexual.

## **REFERENCIAS**

- Aebli, H. (2001). *Factores de la enseñanza que favorecen el aprendizaje autónomo*. Madrid: Editorial Narcea.
- Álvarez R. (2002). *Para salir del laberinto, como pensamos, sentimos y actuamos*. España: Editorial Sal Terrea.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM – 5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)*. Washington D.C: APA.
- Beck, A. T. (1976). *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva*. New York: Basic Books.
- Bowers, K. S. (1973). Situacionismo en psicología: análisis y crítica. *Psychological Review*, 80, 307-336.
- Carrillo, G. (2019). *Ansiedad y Bienestar Psicológico en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Tumbes, 2018* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/367/TESIS%20-%20CARRILLO%20PRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chávez, M. L. y Garrido, S. (2015). Asertividad y Asertividad Sexual: Un análisis de relación en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Obstetricia*, 11(1), 1-9. Recuperado de <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/738/577>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Diario Correo (14 de noviembre de 2018). El 76% de las víctimas de violación sexual en el Perú son menores de edad. *Diario Correo*. Recuperado de

<https://diariocorreo.pe/edicion/lima/76-de-victimasviolacion-sexual-en-peru-son-menores-edad-801689/>

Diario El Mercurio (2017). OMS: Un 4,4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años. *Emol*. Recuperado de <http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-lapoblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>

Elkington, K., Bauermeister, J. y Zimmerman, M. (2010). Angustia psicológica, uso de sustancias y conductas de riesgo de VIH / ITS entre los jóvenes. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 514-527.

Endler, N. S. (1973). ¿La persona frente a la situación es un pseudo problema? Una respuesta a los demás. *Journal of personality*, 41, 287-303.

Endler, N. S. y Magnusson, D. (1976). *Psicología interaccional y personalidad*. Washington, DC: Hemisphere Publishing. 36.

Fleischman, M. (2017). *Bajo su superficie alegre, Latinoamérica también sufre de depresión*. EEUU.: Banco Mundial. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2017/04/07/latinoamerica-tambien-sufre-depresion-dia-mundial-salud-2017>

García, M. y Magaz, Á. (1995). *Manual técnico de evaluación de la asertividad, Autoinforme de conducta asertiva ADCA-1*. Lima: Equipo Albor.

Güell, B. (2005). *¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro?: Técnicas asertivas para el profesorado y formadores*. España: Graó.

Granados, M. R., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2011). Relación de la ansiedad y la depresión con la asertividad sexual. *Análisis y Modificación de Conducta*. 37 (155-156), 77-90. Recuperado de <https://bit.ly/392WaAv>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Hospital Hermilio Valdizán. (2017). *Boletín Epidemiológico Abril*. Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/PDF/epidemiologia/boletin/2017/abril.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (2013). *Encuestadores del Instituto Nacional de Salud Mental se encuentran visitando hogares de Cerro de Pasco y Huánuco para identificar los problemas de salud mental más frecuentes*. Perú: Portal web INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/012.html>
- Kennet, D., Humphreys, T., y Schultz, K. (2012). El ingenio sexual y el impacto de la familia, la educación sexual, los medios y los compañeros. Educación sexual: sexualidad, *Society and Learning*, 12 (3), 351-368.
- Kline, R. (2005). *Principios y práctica de modelado de ecuaciones estructurales*. New York: Guilford.
- Lang, P. (1968). Reducción del miedo y comportamiento del miedo: problemas al tratar un constructo. *Research in psychotherapy*, 3, 23, 90-102.
- Lazarus, R. S. (1966). *El estrés psicológico y el proceso de afrontamiento*. New York: Mc Graw-Hill.
- León, M. (2009). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Constarricense de Psicología*, 28(1), 41-42. Recuperado de <http://oaji.net/articles/2016/3238-1464390798.pdf>

- Livingston, J.A., Testa, M. y VanZile-Tamsen, C. (2007). La relación recíproca entre victimización sexual y asertividad sexual. *Violence Against Women*, 13(42), 298-313.
- Loshek, E., y Terrell, H. K. (2015). El desarrollo del Cuestionario de Asertividad Sexual (SAQ): una medida integral de la asertividad sexual de las mujeres. *Journal of Sex Research*, 52(9), 1017–1027.
- Meichenbaum, D. (1977). *Modificación cognitivo-conductual: un enfoque integrador*. New York: Plenum.
- Ministerio de Salud. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R. et al. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(73), 790-804.
- Noar, S.M., Morokoff, P.J. y Harlow, L.L. (2002). Negociación del condón en hombres y mujeres heterosexualmente activos: desarrollo y validación de un cuestionario de estrategia de influencia del condón. *Psychology and Health*, 17, 711-735
- Noar, M., Morokoff, J. y Redding, A. (2002). Asertividad sexual en hombres heterosexualmente activos: una prueba de tres muestras. *AIDS Education and Prevention*, 14, 330–342.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Planificación familiar*. Suiza: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. Suiza: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2017/es/](http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/)

Organización Mundial de la Salud (2017). *Violencia contra la mujer*. Suiza: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud (2016). *Infecciones de transmisión sexual*. Suiza: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexuallytransmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexuallytransmitted-infections-(stis))

Osorio, A., Álvarez, A., Hernández, V. Sánchez, M. y Muñoz, L.R. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitario del área de la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14), 1-14. Recuperado de <https://doi.org/10.23913/ride.v7i14.264>

Oyola, P. y Alba, F. (2019). Las actitudes sexuales y su relación con la ansiedad estado – rasgo en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 53-66. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16581/14213>

Paezy, M., Shararay, M. y Abdi, B. (2010). Investigar el impacto del entrenamiento en asertividad en la asertividad, el bienestar subjetivo y el rendimiento académico de las estudiantes de secundaria iraníes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, (5), 1447- 1450.

Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29, 85- 95.

- Patiño, T. y León, D. (2018). *Niveles de asertividad sexual en estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29854/3/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf>
- Posada, J., Buitrago, J., Medina, Y. y Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia. *Nova*, 4(6), 33-41. Recuperado de <https://doi.org/10.22490/24629448.358>
- Puente, I. (2017). *Análisis psicométrico de la Escala de Asertividad Sexual en estudiantes universitarios de Huancayo* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/3824>
- Ramiro, M., Bermúdez, M., Sierra, J., y Buela-Casal, G. (2013). Predicción del tipo de experiencia sexual en función de variables psicológicas y sociodemográficas en adolescentes panameños. *Terapia psicológica*, 31(2), 175-186.
- Rasco, L. y Suarez, V. (2017). *Creencias irracionales y ansiedad en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Privada de Lima Este, 2016* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/417>
- Robredo, C. (1995). *La tolerancia a la frustración en relación al grado de asertividad que tienen los vendedores comisionistas electrodomésticos* (Tesis de pregrado). Recuperado de [https://repositorio.unam.mx/contenidos?c=r1b78k&d=false&q=\\*&i=1&v=1&t=search\\_0&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos?c=r1b78k&d=false&q=*&i=1&v=1&t=search_0&as=0)
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación: Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. Bilbao: Ed. Desclèe de Brouwer.

- Rodríguez, M. y Serralde, M. (1991). *Asertividad para Negociar*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/228524331/Asertividad-Para-Negociar-MauroRodriguez-Estrada-pdf>
- Rodríguez, R., y Toro, J. (2012). Resistencia al sexo: cultura y personalidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(1), 3-9.
- Rojo, J. (2011). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Ruiz, A. y Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Curso de actualización Pediatría*. Madrid: Exlibris ediciones.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseño de la Investigación Científica*. Lima: Business Support Aneth.
- Santos-Iglesias, P. y 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, 553–577.
- Santos-Iglesias, P., y Sierra, J. C. (2012). Victimización sexual entre universitarias españolas y factores de riesgo de revictimización sexual. *Journal of interpersonal violence*, 27(17), 87-103.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J., y Vallejo-Medina, P. (2013). Predictores de la asertividad sexual: el papel del deseo sexual, la excitación, las actitudes y el abuso de la pareja. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 1043-1052. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-012-9998-3>
- Sanz, J. y Navarro, M. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59 – 84. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/285908290\\_Propiedades\\_psicometr](https://www.researchgate.net/publication/285908290_Propiedades_psicometr)

icas\_de\_una\_version\_espanola\_del\_Inventario\_de\_Ansiedad\_de\_Beck\_BAI\_ en\_estudiantes\_universitarios

- Segarra, M. (2019). *Influencia de la imagen corporal y la asertividad sexual en la satisfacción sexual en parejas jóvenes* (Tesis de Maestría). Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/51659>
- Seligman, M. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2(81), 307-320.
- Shelton, N. y Burton, S. (2004). *Haga oír su voz sin gritar*. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=UCazcZafq7gC&pg=PA29&dq=asertividad&hl=es419&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=asertividad&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=UCazcZafq7gC&pg=PA29&dq=asertividad&hl=es419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=asertividad&f=false)
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2007). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividade*, 3(1), 10-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Sierra, J., Rojas, A., Ortega, V., y Ortiz, J. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: Primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 7(1), 41-60.
- Sierra, J. C., Santos, P., Gutiérrez-Quintanilla, J. R., Gómez, P. y Maeso, M. D. (2008). Un estudio psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en mujeres hispanas. *Terapia Psicológica*, 26(1), 117-123.
- Sierra, J., Vallejo-Medina, P. y Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de psicología*, 27(1), 17-26.

- Sosa, C. y Capafòns, J. (2015). Fobia específica. En Caballo, V., Salazar, I. y Carrobbles, J. A. (Eds.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológico*. (pp. 174 – 176). Madrid, España: Ed. Pirámide.
- Schmitt, I. (2017). *Se reportaron 6118 casos de violencia sexual entre enero y septiembre*. Perú: RPP Noticias. Recuperado de <https://rpp.pe/peru/actualidad/se-reportaron6118-casos-de-violencia-sexual-entre-enero-y-septiembre-noticia-1084202>
- Takeuchi, C. (2018). Más de 1700 menores fueron víctimas de abuso sexual en lo que va del año. *Peru21*. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/abuso-sexual-1-700-menoresvictimas-ano-405100>
- Uribe, J. I., Bahamòn, M., Reyes, L., Trejos, A. y Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*. 20(1), 203-211. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/15516>
- Varillas, M. (2018). *Rasgos de personalidad en universitarios con y sin asertividad sexual en una universidad privada de Lima*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Perú. Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/533/1/MAYRA%20ALEJANDRA%20VARILLAS%20CHACALTANA.pdf>
- Vélez, P. (2015). *Niveles de asertividad sexual de estudiantes de la Universidad de Cuenca: Un análisis comparativo entre hombres y mujeres* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22848/1/tesis.pdf>
- Villanueva, L. y Ugarte, A. (2017). Niveles de ansiedad y calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. *Avances en Psicología*, 25(2), 153-169. Recuperado de <https://bit.ly/3rgb2Sd>

# **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	MÈTODO
<p>¿Existe relación entre asertividad sexual y ansiedad en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre asertividad sexual y ansiedad en una muestra de educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detallar el nivel de asertividad sexual y de sus dimensiones en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.</li> <li>2. Referir el nivel de ansiedad y de sus componentes en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.</li> <li>3. Precisar las diferencias estadísticas de la asertividad sexual y de sus dimensiones en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de</li> </ol>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>H<sub>0</sub>: Existe relación estadísticamente significativa entre asertividad sexual y ansiedad en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.</p> <p>H<sub>0</sub>: No existe relación estadísticamente significativa entre asertividad sexual y ansiedad en educandos de la carrera profesional de psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</b></p> <p>H<sub>1</sub>: Existen diferencias estadísticas de asertividad sexual según género, edad y ciclo académico en educandos de la carrera profesional del Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur</p> <p>H<sub>2</sub>: Existen diferencias estadísticas de la ansiedad según género, edad y ciclo</p>	<p><b>VARIABLE 1: ASERTIVIDAD SEXUAL</b></p> <p><i>Definición conceptual:</i> Capacidad que tiene la persona para iniciar la actividad sexual cuando lo desea, rechazar la actividad sexual cuando no lo desea y negociar las conductas sexuales deseadas como el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (Morkoff et al., 1997).</p> <p><i>Definición operacional:</i> Puntaje obtenido en la Escala de Asertividad Sexual (SAS) de Morkoff et al. (1997), que incluye las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativa de la actividad sexual</li> <li>• Rechazo a la actividad sexual no deseada</li> <li>• Negociar conductas sexuales como embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual.</li> </ul> <p><b>VARIABLE 2: ANSIDAD</b></p>	<p><b>Tipo de investigación:</b> No experimental y transaccional</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> Correlacional</p> <p><b>Población y muestra:</b> La población estuvo conformada por 1288 estudiante universitarios, de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 16 a 30 años, y que pertenecen a la carrera profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú. La muestra final estuvo conformada por 332 estudiantes universitarios.</p> <p><b>Instrumentos de medición:</b> Escala de Asertividad Sexual SAS, Morokoff (1997)</p> <p>Inventario de Ansiedad de Beck - BAI Beck, Epstein, Brown y Steer (1988)</p>

	<p>Villa El Salvador en Lima Sur en función al género, edad y ciclo académico.</p> <p>4. Identificar las diferencias estadísticas de la ansiedad y de sus componentes en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur en función al género, edad y ciclo académico.</p> <p>5. Establecer la relación específica entre las dimensiones de asertividad sexual: asertividad de inicio, asertividad de rechazo, y asertividad en la prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual, con los componentes de la ansiedad: afectivo, cognitivo y somático en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.</p>	<p>académico en educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.</p> <p>H<sub>3</sub>: Existen relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de asertividad sexual: asertividad de inicio, asertividad de rechazo, y asertividad en la prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual, con los componentes de la ansiedad: afectivo, cognitivo y somático en los educandos de la carrera profesional de Psicología de una universidad privada de Villa El Salvador en Lima Sur.</p>	<p><i>Definición conceptual:</i> Estado emocional negativo, caracterizado por tensión o nerviosismo, que involucra síntomas fisiológicos, por ejemplo, palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo (Beck, Emery y Greenberg, 1985).</p> <p><i>Definición operacional:</i> Puntaje obtenido a través del Inventario de Ansiedad de Beck – BAI Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), que incorpora los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectivo</li> <li>• Cognitivo</li> <li>• Somático</li> </ul>	
--	--	--	---	--

## Anexo 2: Protocolos de los instrumentos de medición

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK – BAI

Beck, Epstein, Brown y Steer (1988)

A continuación, se presentan una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Hoy o durante la semana, me he sentido...

N°	Ítem	Nada	Leve	Regular	Fuerte
1	Torpe o entumecido				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarme				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado, o que se me va la cabeza				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto, inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor fácil				
21	Con sudores, fríos o calientes				

## ESCALA DE ASERTIVIDAD SEXUAL

Morokoff et al (1997)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Distrito:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  
(M) (F)

Ciclo: 

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
---	----	-----	----	---	----	-----	------	----	---	----

Esta escala está diseñada para evaluar algunos aspectos de la vida sexual con su pareja. Los resultados se utilizarán con fines de investigación científica y sus respuestas serán confidenciales, por tal motivo no se les pedirá sus nombres. No es un examen, por lo tanto, no existen respuestas correctas o incorrectas, cualquier respuesta que usted marque es válida. Por favor, responda con la mayor veracidad posible, marcando el número según corresponda.

0 = Nunca

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

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

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

4 = Siempre

	Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi	Siempre
1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo.	0	1	2	3	4
2. Estimulo los genitales de mi pareja con mi boca si él o ella lo desea, incluso cuando no me provoca.	0	1	2	3	4
3. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me provoca.	0	1	2	3	4
4. Espero a que mi pareja acaricie mi cuerpo en lugar de decirle que me acaricie.	0	1	2	3	4
5. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón.	0	1	2	3	4
6. Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como, por ejemplo, acariciar mi cuerpo.	0	1	2	3	4
7. Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no.	0	1	2	3	4
8. Me niego a que mi pareja acaricie mi cuerpo, aunque insista.	0	1	2	3	4
9. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, aunque yo no quiera.	0	1	2	3	4
10. Espero que mi pareja toque mis genitales en lugar de decirle que me toque.	0	1	2	3	4
11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales, aunque me presione.	0	1	2	3	4
12. Me niego a tener relaciones sexuales cuando no lo deseo, incluso cuando mi pareja insiste.	0	1	2	3	4
13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón, aunque yo prefiera utilizarlos.	0	1	2	3	4
14. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo.	0	1	2	3	4

15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón.	0	1	2	3	4
16. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo.	0	1	2	3	4
17. Insisto en usar condón cuando quiero, aunque mi pareja prefiera no utilizarlos.	0	1	2	3	4
18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón.	0	1	2	3	4