



Universidad Michoacana de San Nicolás de  
Hidalgo



Facultad de Enfermería

**Conducta sexual de riesgo para VIH asociada con Carencia  
afectiva en Jóvenes universitarios en Morelia.**

**TESIS**

Que para obtener el grado de:

**Licenciada en Enfermería**

Presenta

**Mayra Jeniffer Ramírez González**

Asesora

**Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar**

Coasesoras

**Dra. Ma. de Jesús Ruíz Recéndiz**

**Dra. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala**

Morelia, Michoacán

Febrero 2017



Universidad Michoacana de San Nicolás de  
Hidalgo



Facultad de Enfermería

**Conducta sexual de riesgo para VIH asociada con Carencia  
afectiva en Jóvenes universitarios en Morelia.**

**TESIS**

Que para obtener el grado de:

**Licenciada en Enfermería**

Presenta

**Mayra Jeniffer Ramírez González**

Asesora

**Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar**

Coasesoras

**Dra. Ma. de Jesús Ruíz Recéndiz**

**Dra. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala**

Morelia, Michoacán

Febrero 2017



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo  
Facultad de Enfermería



**“Conducta sexual de riesgo para VIH asociada con Carencia afectiva en Jóvenes universitarios en Morelia”**

**TESIS**

Que para obtener el grado de:

**Licenciada en Enfermería**

Presenta

**Mayra Jeniffer Ramírez González**

Asesora

**Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar**

Coasesoras

**Dra. Ma. de Jesús Ruíz Recéndiz**

**Dra. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala**

**SINODALES:**

DCE MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

Directora

LEOyC: HORTENCIA GARDUÑO GARCÍA

Sinodal

MC: FABIOLA NUÑEZ PASTRANA

Sinodal

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

Morelia Michoacán

Febrero 2017

## Dedicatoria

Para triunfar en la vida no es importante llegar primero, para triunfar simplemente hay que llegar. Al culminar unos de mis objetivos dedico la presente tesis a:

**Mi abuelo Rafael Ramírez Ramírez (+)**, dedico mi esfuerzo a tu memoria por haber sido mi ejemplo de lucha, sencillez, rectitud y perseverancia. Por ser el pilar de mi formación, gracias por tu cariño y comprensión.

Cerraste tus ojos y te quedaste dormido para emprender el viaje a tu nueva vida. Me dejas sola y triste porque has cerrado tus ojos y no pude despedirme. Más sin embargo te vas físicamente dejando bellos recuerdos, los cuales jamás serán borrados de mi mente. Pronto te alcanzare y nos volveremos abrazar porque fuiste más que un padre, tu realmente sabes lo que es amar y demostrarlo, por muchos años me demostraste tu cariño sincero de padre, te amo papiafa siempre te recordare hasta el momento en que volvamos a estar juntos.

Bendito sea Dios por elegirte como mi abuelo y dejarme en tus últimos años de vida y formar parte de tu camino, fue un sueño y un honor pasarlos contigo. Más que mi abuelo, fuiste la persona que más se preocupó por mí, me enseñaste muchas cosas vitales para la vida y me encaminaste por el buen sendero.

Sin más, puedo concluir que fuiste la persona que me compartió la fórmula del éxito y el significado de la vida, gracias a eso hoy logro un objetivo que alcance gracias a tus enseñanzas, esfuerzo, pero sobre todo pasión. Eternamente agradecida mi abuelo, padre, amigo, mentor.

## **Agradecimiento**

Primero **agradezco a Dios**, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, por iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y mi compañía durante todo este periodo de estudio.

A mis padres, especialmente **a mi madre Luz**, por todo el esfuerzo y sacrificio para brindarme todo el amor, la comprensión, el apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida y sobre todo en mis estudios universitarios.

A mi **papi Afa y mami Chavelita** por haberme apoyado en cada momento de mi vida y por su constante motivación para salir adelante.

Un agradecimiento muy especial a mi asesora, la **Doctora Mayra Itzel Huerta Baltazar** por la colaboración y apoyo para terminar con mi trabajo de investigación, por sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación que han sido fundamentales para mi formación. Usted ha inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa. A su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con usted.

A **PRODEP** por proporcionar los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

## RESUMEN

A nivel nacional, por hora, 50 jóvenes se infectan de VIH. Una Conducta Sexual de Riesgo (CSR) implica la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daño a su salud o a la de otra persona, primordialmente a través del contagio por infecciones sexualmente transmisibles. Se consideran CSR; el inicio sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales y relaciones sexuales sin protección. Los jóvenes universitarios son los más vulnerables a desarrollar CSR y adquirir Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), debido a que se hallan en un período de la vida donde existen múltiples cambios biopsicosociales que los llevan a la experimentación sexual en busca de una identidad; la búsqueda de satisfacción sexual a nivel emocional, sumado a otros factores, se realiza para cubrir necesidades afectivas. Por ello el objetivo de este estudio fue establecer la asociación de CSR y VIH con la carencia afectiva en los jóvenes universitarios de Morelia. Se trató de un estudio cuantitativo, correlacional, transversal y no experimental. Se encuestaron 616 estudiantes de diferentes licenciaturas pertenecientes a las DES de la salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Para medir el estado afectivo se utilizó el cuestionario de adjetivos múltiples de estado afectivo (MAACL) y para medir la CSR se empleó el instrumento de 1) Experiencia sexual, 2) Comportamiento sexual y 3) Actividades Íntimas, los resultados obtenidos mostraron que de 616 jóvenes universitarios que participaron en la investigación el 69%, es decir, 425 tienen una CSR, así mismo el 82.6% (509) tiene riesgo en sus actividades Intimas; y el 67.7% (417) jóvenes tiene riesgo en su comportamiento sexual. También se encontró asociación entre una conducta sexual de riesgo y carencia afectiva de sus dos sub dimensiones: depresión y rabia, no así con hostilidad.

Palabras clave: Conducta sexual de Riesgo para VIH, Carencia Afectiva, Jóvenes Universitarios.

## SUMMARY

At national level, for hour, 50 young people become infected with HIV. Sexual Risk Behavior (SRB) involves the individuals exposure to a situation that may cause harm to their health or that of another person, primarily through the spread of sexually transmitted infections. They are considered SRB; Early sexual initiation, multiple sexual partners and unprotected sex. Young university students are the most vulnerable to develop SRB and acquire Human Immunodeficiency Virus (HIV), because they are in a period of life where there are multiple biopsychosocial changes that lead to sexual experimentation in search of an identity; The search for sexual satisfaction at an emotional level, together with other factors, is performed to cover affective needs. Therefore, the objective of this study was to establish the association of SRB and HIV with affective deficiency among university students in Morelia. It was a quantitative, correlational, transverse and non-experimental study. We surveyed 616 students from different undergraduate degrees from the health centers of the Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. To measure the affective state, the multiple affective status adjectives questionnaire (MAACL) was used and the SRB was used to measure the 1) Sexual experience, 2) Sexual behavior and 3) Intimate activities, the results showed that of 616 Young university students who participated in the research 69%, that is, 425 have a SRB, likewise 82.6% (509) are at risk in their Intima activities; And 67.7% (417) young people are at risk in their sexual behavior. It was also found an association between sexual risk behavior and affective deficiency of its two sub dimensions: depression and rage, not so with hostility.

Keywords: Sexual risk behavior for HIV, Lack of affection, Young University students.

<b>Índice</b>	
<b>Dedicatoria</b> .....	4
<b>Agradecimiento</b> .....	5
<b>Resumen</b> .....	6
<b>Summary</b> .....	7
<b>Índice</b> .....	8
<b>Índice de cuadros</b> .....	10
<b>Índice de figuras</b> .....	12
<b>Índice de gráficos</b> .....	13
<b>I. Introducción</b> .....	15
<b>II. Justificación</b> .....	18
<b>III. Planteamiento del problema</b> .....	22
<b>IV. Marco Teórico</b> .....	24
<b>4.1 Conducta Sexual de Riesgo (CSR)</b> .....	24
<b>4.2 Conducta Sexual de Riesgo en Jóvenes de 18 a 25</b> .....	25
<b>4.3 Historia Natural del VIH</b> .....	30
<b>4.4 Carencia Afectiva</b> .....	33
<b>V. Hipótesis</b> .....	40
<b>VI. Objetivos</b> .....	41
<b>6.1 Objetivo General</b> .....	41
<b>6.2 Objetivos Específicos</b> .....	41
<b>VII. Material y método</b> .....	42
<b>7.1 Tipo de estudio</b> .....	42
<b>7.2 Límites de Tiempo y espacio</b> .....	42
<b>7.3 Universo</b> .....	42
<b>7.4 Muestra</b> .....	43
<b>7.6. Instrumentos de recolección de información</b> .....	43
<b>7.6.1 Factores personales</b> .....	43
<b>7.6.2 Estados socio-afectivos</b> .....	43
<b>7.6.3 Conducta sexual de Riesgo</b> .....	44
<b>7.7 Procedimiento</b> .....	45
<b>7.8 Análisis de datos</b> .....	45
<b>VIII. Análisis Estadístico</b> .....	46



<b>IX. Variables</b> .....	60
<b>X. Consideraciones éticas y legales</b> .....	66
<b>XI. Discusión</b> .....	69
<b>XII. Conclusiones</b> .....	73
<b>XIII. Sugerencias</b> .....	76
<b>XIV. Referencias bibliográficas</b> .....	77
<b>XV. Apéndices y anexos</b> .....	82

## Índice de cuadros

<b>TABLA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>PÁGINA</b>
1	Tabla 1 Historia Natural de la Enfermedad del VIH.	29
2	Tabla 2 Criterios de la Investigación.	41
3	Tabla 3 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la licenciatura, Morelia, Michoacán, 2016.	44
4	Tabla 4 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al semestre o año, Morelia, Michoacán, 2016.	45
5	Tabla 5 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al género, Morelia, Michoacán, 2016.	46
6	Tabla 6 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la persona con la que viven, Morelia, Michoacán, 2016.	47
7	Tabla 7 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al estado civil, Morelia, Michoacán, 2016.	48
8	Tabla 8 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la religión, Morelia, Michoacán, 2016.	49
9	Tabla 9 Prevalencia de Experiencia Sexual de Riesgo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.	50
10	Tabla 10 Prevalencia de Actividad Sexual de Riesgo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.	51
11	Tabla 11 Prevalencia de Conducta Sexual de Riesgo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.	52
12	Tabla 12 Correlación entre las variables carencia afectiva y dimensiones de conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia Michoacán, 2016.	53
13	Tabla 13 Correlación entre la variable edad y dimensiones conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia Michoacán, 2016.	54
14	Tabla 14 Correlación entre la variable depresión y dimensiones de conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia	55

Michoacán, 2016.

- |    |  |    |
|----|--|----|
| 15 | Tabla 15 Correlación entre la variable hostilidad y dimensiones de conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia Michoacán, 2016. | 56 |
| 16 | Tabla 16 Correlación entre la variable ansiedad y dimensiones de conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia Michoacán, 2016.   | 57 |

## Índice de figuras

<b>NO. DE FIGURA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>PÁGINA</b>
1	Esquema 1 Procedimiento del proyecto	43
2	Esquema 2 Conclusiones	89

## Índice de gráficos

<b>NO. DE FIGURA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>PÁGINA</b>
1	Gráfico No. 1 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la licenciatura, Morelia, Michoacán, 2016.	45
2	Gráfico No. 2 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al semestre o año, Morelia, Michoacán, 2016.	46
3	Gráfico No. 3 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al género, Morelia, Michoacán, 2016.	47
4	Gráfico No. 4 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la persona con la que viven, Morelia, Michoacán, 2016.	48
5	Gráfico No. 5 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al estado civil, Morelia, Michoacán, 2016.	49
6	Gráfico No. 6 Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la religión, Morelia, Michoacán, 2016.	50
7	Gráfico No. 7 Prevalencia de Experiencia Sexual de Riesgo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.	51
8	Gráfico No. 8 Prevalencia de Actividad Sexual de Riesgo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.	52
9	Gráfico No. 9 Prevalencia de Conducta Sexual de Riesgo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.	53

*Que la vida iba en serio  
uno lo empieza a comprender más tarde  
como todos los jóvenes, yo vine  
a llevarme la vida por delante,*

*Dejar huella quería  
y marcharme entre aplausos  
-envejecer, morir, eran tan sólo  
las dimensiones del teatro.*

*Pero ha pasado el tiempo  
y la verdad desagradable asoma:  
envejecer, morir,  
es el único argumento de la obra*

## I. Introducción

La presente investigación afronta una realidad que hoy en día aqueja a la sociedad y la salud en el país: Conducta Sexual de Riesgo para VIH (CSRVIH). Cuando se piensa en el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), generalmente se asocia a personas adultas, sin embargo la infancia y la adolescencia también son vulnerables y es afectada directa o indirectamente. Se estima que aproximadamente 740,000 jóvenes de ambos géneros viven con VIH Méndez (2010).

Este proyecto forma parte de un macroproyecto de investigación que obtuvo financiamiento para su realización como parte del programa Exbecario que otorga PRODEP (Programa de Desarrollo del Profesorado).

La conducta sexual de riesgo (CSR) a nivel nacional es la principal vía de transmisión del VIH. Actualmente el VIH es una epidemia concentrada en el género masculino que tienen relaciones con su mismo género, personas que realizan trabajo sexual y aquellas que utilizan drogas inyectables.

Los jóvenes Universitarios son los más vulnerables a desarrollar conductas sexuales de riesgo y adquirir VIH, debido a que se hallan en un período de la vida donde existen múltiples cambios biopsicosociales que los llevan a la experimentación sexual en busca de una identidad. Los estudiantes universitarios componen una población de alto riesgo de contraer VIH, por tener un mayor número de parejas y practicar más veces sexo casual sin hacer uso de preservativo.

Esta investigación es importante porque permitió conocer la conducta sexual de riesgo para VIH que tienen los jóvenes Universitarios y generó acciones estratégicas para prevenir contagios, ya que, los jóvenes de entre 15 y 24 años constituyen el 45% del total de las nuevas infecciones por VIH en el mundo (Antón y Espada, 2009).

Una CSR es aquella que involucra la exposición del individuo ante una circunstancia que pueda ocasionar daño sobre su salud o la de otra persona,

principalmente por la posibilidad de transmitir patologías como el VIH (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

Una CSR sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daño a su salud o a la salud de otra persona, primordialmente a través del contagio por infecciones sexualmente transmisibles. Las CSR son las prácticas sexuales como, inicio sexual a temprana edad, sexo sin el uso del condón, tener múltiples parejas sexuales, tener sexo bajo los efectos del alcohol u otras drogas. El descuido en la educación afectivo-sexual, la dinámica familiar y los estados socio-afectivos de los jóvenes son sin duda, las principales causas para llevar a cabo CSR (Huerta, 2015).

Es importante conocer el origen de la CSRVIH, porque desde la Enfermería, la persona al ser vista de manera integral conlleva a darnos cuenta que la CSRVIH no es solo un comportamiento, sino una necesidad de cubrir carencias que no fueron cubiertas en la infancia (Freud, Reich y Lowen, 2011).

La carencia afectiva en los jóvenes es la falta de amor y cariño durante el acompañamiento en la infancia por parte de los pilares fundamentales de una familia: padre y madre. Las manifestaciones afectivas para sentirse querido y aceptado son propias de la familia, ya que son la base para el desarrollo de la persona, es donde se aprende a sobrevivir y a enfrentar las adversidades de la vida.

La carencia afectiva es un problema que repercute en el desarrollo emocional, físico y psicológico de los jóvenes por falta de afecto, cariño, amor y protección de sus padres. La falta de afecto produce efectos negativos no sólo en el desarrollo emocional también en el evolutivo y social, produciendo así dificultades en rendimiento escolar, adicciones y conducta sexual de riesgo (Contreras, 2010).

Crecer dentro de una dinámica familiar sana que fomente el afecto a través de conductas que no pongan en riesgo la integridad no sólo física sino emocional, sería uno de los medios para prevenir el VIH. Por lo que el proyecto de



investigación que se planteó tiene como objetivo establecer la asociación de conducta sexual de riesgo para VIH con la carencia afectiva (Machi, 2008).

La investigación se estructuró en varios capítulos, en el primer capítulo, se desarrolla una breve introducción, de acuerdo al tema de investigación

En el segundo capítulo, se relatan datos estadísticos relevantes asociados al VIH. En el tercer capítulo se organiza elementos derivados del planteamiento del problema, el cuarto capítulo se encuentra marco teórico donde se abordan definiciones de las variables sobre carencia afectiva y VIH, así mismo se describe brevemente la historia natural del VIH.

En el quinto capítulo se menciona la hipótesis a comprobar o a descartar una vez obtenidos los resultados, En sexto capítulo se plantean los objetivos generales y específicos, así como las metas a alcanzar.

El séptimo capítulo lo conforma la metodología de la investigación haciendo mención del tipo de estudio, nivel de alcance, recolección de datos, universo, muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos que se aplicaran, análisis estadístico, así como recursos humanos, materiales y financieros, cronograma de actividades y difusión. El apartado ocho menciona las consideraciones éticas y legales dentro de la investigación. Los capítulos nueve y diez, los conforman las referencias bibliográficas, anexos y apéndices

## II. Justificación

Para el 2014 de acuerdo al Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/Sida (ONUSIDA), 36,4 millones de personas vivían con VIH y el número continúa en aumento. En el mismo año, cerca de dos millones de personas se infectaron con el VIH y 1,2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

De los 36,9 millones de personas que viven con VIH en el mundo, 17,1 millones no saben que viven con el virus, por lo que para el 2030 ONUSIDA se propone poner fin a esta epidemia.

Se calcula que en África hubo 1,4 millones de nuevas infecciones por el VIH en 2014, una caída del 41% desde el 2000. En el Caribe las infecciones se redujeron a la mitad entre 2000 y 2014, mientras que en Oriente Medio y África del Norte el número de personas que contrajo VIH se incrementó en un 26% entre el 2000 y el 2014. En el caso de América Latina el caso de nuevas infecciones por VIH en 2014 fue un 17% menor que en el 2000. Para Europa Occidental y Central, así como para América del Norte se han mantenido estables desde el 2000.

Se estima que en África, en el Caribe, Europa Occidental/Central y América del Norte hubo menos muertes relacionadas con el SIDA en el 2014, de forma contraria en el Oriente Medio y África del Norte, así como Europa Oriental y Asia Central el número de muertes aumentó a más del triple. En el caso de América Latina el número de fallecimientos disminuyó en un 31%.

En el 2011 estudios realizados por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) estimó el número de diagnosticados y registrados de VIH en México con un total de 151, 614 casos acumulados de SIDA, de los cuales el 82% equivalente a 123,706 eran hombres y 18% que corresponde a 26,900 a mujeres; y se habían registrado 36,714 casos de VIH,

donde el 72.8% (26,697) corresponde al género masculino, y el 27.2% (10,017) al femenino.

En el 2015 CENSIDA dio a conocer los estados con mayor número de casos de VIH por categoría de transmisión; para la homosexual el Distrito Federal ocupa el primero peldaño con 5,432, seguido de Veracruz con 1,214 y México 1,008; en el caso de transmisión heterosexual Veracruz se coloca en el primer lugar con 4,122 casos seguido del Distrito Federal con 3,203 y Chiapas 1,364; la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH en el 2013 fue en Yucatán con 12.1, Quintana Roo con 10.5, Veracruz 8.7, Campeche 8.4 y el Distrito Federal con 8.7; en el caso del SIDA Campeche ocupó el primer sitio con 16.6 casos nuevos seguido de Guerrero 8.3, Chiapas 8.2, Distrito Federal 8.0 y Tlaxcala 7.5. Así mismo CENSIDA demostró los casos acumulados de VIH en mujeres de acuerdo a la entidad federativa; las entidades con mayor porcentaje fueron Chiapas con 49.1%, seguido de Guerrero con 35.6%, Veracruz 35.4%, Oaxaca 33.4% y Tabasco 32.3%.

La prevalencia de VIH en jóvenes de 12 a 19 años es de 0.10%, mientras que para los adultos de 20 a 49 años es de 0.17%; se estima que el 78.3% de los hombres y el 45.9% de la mujeres jóvenes usan condón, mientras que los adultos del género masculino 37.9% y 22.8% del femenino también hace uso del mismo. De forma alarmante la prevalencia de VIH aumenta en personas trans del 15 al 20%, para hombres trabajadores sexuales 18%, y para mujeres trabajadoras sexuales reduce a una prevalencia a 0.67% (CENSIDA, 2015).

Michoacán ocupó el décimo segundo lugar en la república Mexicana en cuanto a número de casos registrados de VIH, según CENSIDA en el 2014. Los casos acumulados en Michoacán de 1985 a 2014 fueron 4 mil 898 personas que presentan el VIH. Morelia ocupa el primer lugar, seguido de Lázaro Cárdenas, Apatzingán y Uruapan. Según cifras de la Secretaria de Salud hasta el 2014 los casos registrados en Michoacán de VIH son 1050, de los cuales son 722 hombres y 328 mujeres (Huerta, 2015).

Un estudio realizado en México demostró que el 68% de los jóvenes entre 15 y 19 años han iniciado su actividad sexual y el 9% corresponde a niños entre 12 y 14 años de edad; lo cual resultan cifras alarmantes para nuestro país (Díaz, 2008).

Se ha estimado que aproximadamente el 50% de nuevas infecciones por VIH ocurren en población entre los 15 y los 25 años. El inicio cada vez más temprano de la vida sexual aumenta el riesgo a un embarazo no deseado y a adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como el VIH (Mosquera y Mateus, 2003).

Alrededor del 18% de los jóvenes americanos ha mantenido relaciones sexuales desde los 15 años de edad, diversos estudios han demostrado que a los 20 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los hombres estadounidenses son sexualmente activos. El inicio precoz de relaciones sexuales está aunado a la carencia afectiva ya que resulta importante en la esfera emocional de los jóvenes (Pullupaxi, 2011). Las familias disfuncionales, es decir, aquellas con alteración de roles reglas y límites, hacen mayor la privación de afecto en el hogar, esto trae consigo un aumento en la aparición de relaciones sexuales precoces. Para varios autores, la familia satisface las necesidades emocionales de los miembros, mediante la interacción.

En México existen niños y niñas que carecen de falta de atención por parte de sus padres, la mayoría del tiempo por motivos ajenos a su voluntad, ambos salen del hogar, migran a otros países, con el propósito de trabajar y así otorgar mejor sustento, pero lo que no saben que sin ellos desearlo, los desatienden emocionalmente, a veces dejan el cargo a familiares, quienes ocasionalmente tratan de llenar ese vacío, pero no siempre resulta conveniente. En la mayoría de los casos, los padres tratan de satisfacer esa falta de cariño con algo material, pero sólo los perjudican enseñándoles el valor del dinero dejando de lado el amor, afecto y respeto hacia ellos. Piensan que con cumplir sus caprichos hacen lo correcto.

Se considera que en la adolescencia, se requiere que la familia establezca la formación de vínculos afectivos sanos, que serán de sustento para las siguientes relaciones y vínculos que sean establecidos con el medio. El panorama resulta alarmante, pues los jóvenes por falta de afecto suelen satisfacer sus necesidades de forma rápida y equivocada, de la forma que se asemeje al afecto que no recibieron en su hogar (Pullupaxi, 2011).

La CA repercute en el desarrollo emocional, físico y psicológico de los jóvenes por falta de afecto, cariño, amor y protección de sus padres. La falta de afecto produce efectos negativos no sólo en el desarrollo emocional también en el evolutivo Contreras (2010). Esta falta de afecto trae consigo no solo embarazos no deseados o adicciones sino también una vida sexual activa a temprana edad y con ella diversas infecciones que repercuten en la salud de los jóvenes, tales como el VIH. Por lo que en esta investigación se pretende concientizar a las familias como primer modelo de aprendizaje y formación del ser humano.

### III. Planteamiento del problema

El 60% de las personas con VIH son hombres, incluidos heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y hombres trabajadores sexuales. Se estima que 10 nuevas infecciones ocurren cada hora. Entre los años 2005 y 2013, el número de nuevas infecciones ha disminuido en países como México en 39% y Perú 26% mientras que en Brasil ha incrementado hasta un 11%.

Dentro del primer informe de Gap que presentó la ONUSIDA en 2014 demostró que 19 de 35 millones de personas que viven con VIH dentro del mundo no saben que son portadoras del mismo. La entidad que registró más casos acumulados es el Distrito Federal, seguido por el estado de México, Veracruz, Jalisco y Chiapas.

Según CENSIDA Michoacán se colocó en el décimo segundo lugar en cuanto a números registrados de VIH. Los casos acumulados en Michoacán de 1985 a 2014 fueron 4,898 personas con VIH, Morelia se sitúa en el primer lugar, posteriormente Lázaro Cárdenas, Apatzingán y Uruapan. (Huerta, 2015)

A principios del 2014 se calculó que 4 millones de jóvenes de 14 a 24 años de edad viven con VIH, de entre los cuales el 29% son adolescentes de 15 a 19 años. Es importante reconocer que una CSR, lleva al joven a formar parte de las estadísticas de nuevos casos de VIH. Es por eso que en este trabajo, buscamos asociar la CSR con un factor psicosocial que es la Carencia afectiva. La carencia afectiva es sumamente importante en la esfera emocional de los jóvenes. En la actualidad este tema se evidencia en los casos de inicio de vida sexual a temprana edad.

La carencia afectiva repercute no solo en la esfera emocional del individuo, sino también en la personalidad del mismo, pues perfila al ser humano como egoísta, retraído y triste; esto a su vez, desencadena un notorio aumento en la aparición de relaciones sexuales a temprana edad. Existen diversos factores que

quizás hacen que los jóvenes de hoy crezcan rodeados de una cultura en donde su contexto social como los compañeros y la televisión transmiten mensajes en donde las relaciones sexuales sin estar comprometidos son comunes y aceptadas e incluso mejores por su comodidad. El panorama resulta alarmante, puesto que los jóvenes por falta de afecto tienden a satisfacer sus necesidades de forma rápida y errada, lo más parecido al afecto que no recibieron en su familia. Estudios han demostrado que la vida sexual activa se inicia a temprana edad, esto explica, en parte, la gran tasa de embarazos no deseados y otro riesgo al que se encuentran expuestos con las infecciones de transmisión sexual (Huerta, 2015).

Con todo lo antes mencionado, se estima que dentro de los factores predictores para adquirir VIH, la carencia afectiva juega un papel importante para que los jóvenes contraigan esta enfermedad.

Por ello, surge como planteamiento de investigación:

¿Cuál es la asociación de Conducta Sexual de Riesgo para VIH con la Carencia Afectiva en jóvenes universitarios de Morelia?

## IV. Marco Teórico

Dentro de este apartado se abordan aspectos relacionados a la investigación, se definen las variables; Conducta Sexual de Riesgo, Carencia afectiva y el impacto que tiene sobre los jóvenes universitarios.

### 4.1 Conducta Sexual de Riesgo (CSR)

Históricamente las CSR fueron discutidas por diversos enfoques que eran estimadas como de riesgo a los individuos o grupos que eran más vulnerables de enfrentar problemas físicos o sociales, por el hecho de tomar conductas que no eran aceptadas social y legalmente. Dicho enfoque, divulgado desde los años 50, tomó su ápice a finales de los años 80, con la aparición del Sida, encontrándose esta patología asociada a los homosexuales y usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, la epidemia fue tomando proporciones cada vez más grandes que fue necesario emplear el término conductas de riesgo y no más de grupos de riesgo (Goncalves, Castellá y Carlotto, 2007).

La Conducta Sexual de Riesgo, es calificada como la experiencia sexual, actividades íntimas y comportamiento sexual. Dentro de una investigación realizada por Navarro y Vargas en el 2005 mencionan como grupos de riesgo a los adolescentes, ya que es cuando la mayoría inicia su vida sexual, son los primeros en verse afectados, primordialmente por encontrarse expuestos a un gran número de factores de riesgo.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 010 SSA-2 2010 los factores de riesgo para adquirir la infección por VIH/SIDA son:

- a. Toda práctica sexual sin protección con antecedente o presencia de ITS, incluido el VIH
- b. Múltiples parejas sexuales.
- c. Conocimientos deficientes sobre el VIH.
- d. Consumo de sustancias psicoactivas.



Actualmente, existe la tendencia del inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. Dentro de una encuesta demográfica y de salud de las mujeres en el Centro de Sudamérica, indica que un alto número de jóvenes en México, Guatemala, Ecuador, Salvador y Brasil, tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años de edad, esto ocasiona que los jóvenes tengan un mayor número de parejas sexuales que les trae como consecuencias factores de riesgo para el desarrollo de VIH (Cortés, Sordo y Cumbá, 2000).

A nivel nacional, de acuerdo a CENSIDA la tasa de incidencia en el periodo de 1983-2014 fue de 186.7 casos por cada 100 mil habitantes, las cinco entidades más afectadas fueron: el Distrito Federal (414.7), Yucatán (244.5), Veracruz (280.1), Baja California (272.2) y Campeche (271.7); de dichas entidades el 80.2% de los casos correspondieron al género masculino y el 19.8% al femenino, con proporción de 4.1, así mismo se dice que el 95.1% de los casos de deben a relaciones sexuales no protegidas, el 2.9% se produjeron por vía sanguínea y el 2.0% por vía perinatal. De acuerdo a la edad se dice que el 63.8% ocurre en adultos de 30 años y más; el 33.5% a jóvenes de 15 a 29 años y el 2.1% en menores de 15 años de edad.

Michoacán ocupó el décimo segundo lugar en la república mexicana en cuanto a número de casos registrados de VIH, según CENSIDA en el 2014. Los casos acumulados en Michoacán de 1985 a 2014 fueron 4 mil 898 personas que presentan el VIH. Morelia ocupa el primer lugar, seguido de Lázaro Cárdenas, Apatzingán y Uruapan. Según cifras de la Secretaria de Salud hasta el 2014 los casos registrados en Michoacán de VIH son 1050, de los cuales son 722 hombres y 328 mujeres (Huerta, 2015). Se estima que a nivel nacional dos de cada mil personas entre 15 años y más vive con VIH.

#### **4.2 Conducta Sexual de Riesgo en Jóvenes de 18 a 25**

De acuerdo a la literatura, es durante la adolescencia donde se presentan con mayor frecuencia conductas que ponen en riesgo la vida y salud de los jóvenes. Como el involucrarse en conductas delictivas, drogas y CSR. Datos estadísticos muestran que la CSR es considerada un problema de salud pública a nivel

nacional, puesto que sólo dos de cada 10 jóvenes que inician vida sexual se protegen con algún método anticonceptivo (Jiménez, Andrade y Betancourt, 2007). Beadnell y Cols en el 2005 muestran que los adolescentes que inician sexualmente a menor edad son más propensos a tener un mayor número de parejas sexuales, así como mantener relaciones sin protección: esto conlleva a embarazos precoces y VIH.

En las últimas décadas del siglo XX, se han venido produciendo cambios en el estilo de vida, para la humanidad en general en un gran número de aspectos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de ellos es el patrón de la conducta sexual, caracterizado por mayor desinhibición y desenfreno, poniendo especialmente a los jóvenes a una pubertad cada vez más temprana, mínimo control familiar, intensa exposición al erotismo de los medios de comunicación, y todo esto acompañado a la falta de información especialmente por la sociedad. Es así como los jóvenes se vuelven el grupo más vulnerable para adquirir VIH. En el mundo existen alrededor de 40 000 000 de personas que viven con VIH de los cuales un tercio tienen de 14 a 24 años, la mayoría de ellos infectados durante la adolescencia. Hay 6000 infecciones de VIH por día, es decir, una cada 15 minutos (Cocace, Cásares y Font, 2005).

Particularmente en los jóvenes se observa un incremento importante de la incidencia de la infección por VIH. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que en América Latina la mitad de nuevos datos acerca de la infección por VIH se da en individuos con edad inferior a 25 que la han adquirido mediante prácticas sexuales sin protección. En el caso de los Estados Unidos los mayores índices de infección por VIH están en jóvenes con edades entre 17 y 19 años, predominando el género masculino. Estos datos, se asocian a un gran número de factores que se encuentran incorporados a estilos de vida durante la adolescencia, ya que es la edad que contribuye en la salud, consumo de alcohol/drogas, actos delincuentes y ciertas prácticas sexuales de riesgo (Goncalves et al., 2007).

Alrededor de 14 millones de personas entre 15 y 24 años viven con VIH (Estrada, 2007). Los jóvenes son particularmente sensibles, la mayoría son vulnerables por adquirir conductas inadecuadas, por uso de sustancias ilícitas o por falta de acceso a información. Diversos factores sociales, económicos y biológicos hacen que las mujeres jóvenes sean más sensibles al VIH, lo que las lleva a la infección después de iniciar su vida sexual.

Goncalves et al en el 2007 llevó a cabo un estudio en Brasil con 389 estudiantes entre edades de 15 y 25 años de ambos géneros para medir su CSR. Una importante incidencia del 61.4% de los jóvenes la presenta, siendo el género masculino los que sobresalieron debido a la inestabilidad con sus parejas. En un estudio realizado en Río de Janeiro, Brasil, se identificó que las relaciones tanto afectivas como sexuales se encuentran influenciadas por la cultura machista, ya que las identidades de género están asociadas a estereotipos que surgen de los aspectos biológicos. De esta manera, la sexualidad masculina es valorada como incontrolable, debe iniciarse a temprana edad y con gran variedad de parejas. Pero, también la presión social ejercida por la percepción que tienen los padres y amigos forma la necesidad de llevar a cabo el papel esperado, lo que ocasiona ansiedad. De ahí que los bajos niveles de bienestar psicológico favorezcan a CSR.

Benthin y colaboradores en 1993 realizaron un estudio acerca de la percepción de riesgo, con una muestra de 41 estudiantes de una escuela superior en Estados Unidos, donde relacionaron 30 actividades catalogadas como de alto riesgo para la salud. Los resultados fueron que los riesgos vinculados a la actividad sexual eran los más conocidos y los más controlables por los estudiantes, donde los dos principales tipos de riesgo fueron el embarazo y VIH, siendo este último el menos conocido pero el más temido.

Generalmente, existe una mayor concienciación en los jóvenes por evitar embarazos no deseados mediante el uso de diversos anticonceptivos, que por protegerse del VIH. Datos estadísticos muestran que los jóvenes disponen de un gran número de información referente a la temática del VIH, pero pese a ello continúan exponiéndose a CSR que conducen a su contagio.

Los adolescentes de mayor edad tienen conocimientos adecuados sobre VIH, pero practican comportamientos de riesgo (Amado, Vega y Jiménez, 2007). En una investigación realizada en Medellín (Colombia), se evaluaron los factores de riesgo para contraer VIH en adolescentes de ambos géneros, fueron evaluados 300 adolescentes y los resultados denotaron una baja información sobre los riesgos, además de una baja vulnerabilidad principalmente en hombres. En otro estudio realizado por Navarro y Vargas en el 2003, estudiaron a jóvenes escolarizados sobre la temática de VIH donde los estudiantes demostraron algunos conocimientos inadecuados frente a formas de prevención y transmisión del VIH. Esto nos resalta la necesidad de educar a los jóvenes, a través de medios óptimos en la familia o en la escuela con la finalidad de modificar las CSR.

Existen programas educativos sobre la salud sexual y reproductiva que pudiesen llegar a retrasar el inicio de la actividad sexual y proteger a los jóvenes sexualmente activos a contraer VIH, sin embargo, a pesar del sin número de información respecto al VIH, las tasas de infección siguen en aumento en los cinco continentes convirtiéndose en una amenaza no solo en el desarrollo personal, también para el social, familiar y económico OMS (2004).

Moscoso et al en el 2001 reportan que los jóvenes latinos usan el condón más como método anticonceptivo que como método de protección ante infecciones de transmisión sexual. Por lo que respecta a la CSR, son diversos los factores como la edad de la primera relación sexual, no hacer uso del condón, preferencia sexual, número de parejas sexuales y la frecuencia en las relaciones sexuales (Jiménez, 2007).

En una investigación realizada Mateus en el 2003 demuestra que cerca del 70.4% de jóvenes reconoce el uso del condón como medio preventivo ante la infección del VIH, 18.1% no lo considera así y el 11.5% no sabía que el condón previene dicha enfermedad, a pesar de saber que el uso de condón previene el VIH la mayoría de los jóvenes se limita a usarlo lo relacionan a “incomodidad” causada por su uso o por que deben suspender la relación sexual para colocarse

el condón y por la pérdida de sensación física cuando se hace uso del mismo (Mosquera y Mateus, 2003).

### 4.3 Historia Natural del VIH

El VIH es considerado actualmente enfermedad crónica degenerativa. A continuación se hace descripción de la enfermedad

PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO
<p><b><u>AGENTE:</u></b> Virus ARN perteneciente a la familia retroviridae y la subfamilia lentivirus.</p> <p><b><u>HUÉSPED:</u></b> Todos los sectores sociales, independientemente de su edad, posición económica, ideológica, educativa o sexual.</p> <p><b><u>AMBIENTE:</u></b> No existe ambiente determinado.</p>	<p style="text-align: right;"><b><u>MUERTE</u></b></p> <p><b><u>CLÍNICA</u></b> <b><u>ESTADO CRÓNICO:</u></b> SIDA, encefalitis o encefalopatía subaguda y déficit cognitivo.</p> <p><b><u>SECUELAS Y DAÑO:</u></b> Enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos, diversos tipos de cáncer como linfomas o sarcoma de Kaposi.</p> <p><b><u>COMPLICACIONES:</u></b> Pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos.</p> <p><b><u>SUBCLÍNICA:</u></b> Fiebre, cefalea o dolor de garganta.</p> <p><b><u>CAMBIOS TISULARES:</u></b></p>

Inflamación de ganglios linfáticos y erupción.

Virus de Inmunodeficiencia Humana o de acuerdo a sus siglas VIH, es un lentivirus de la familia Retroviridae causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Existen dos tipos de VIH, VIH1 Y VIH2. El primero es más virulento e infeccioso; es el causante de la mayoría de las infecciones. El virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4 que constituyen una parte fundamental del sistema inmunológico. Posteriormente el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo, destruyendo el sistema inmune quedando la persona expuesta a diversas enfermedades, desarrollando así la etapa del SIDA.

Tabla No. 1 Historia Natural de la Enfermedad del VIH

PREVENCIÓN	PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
<b>Promoción a la salud 1 Nivel</b>	<b>Protección específica 2 Nivel</b>	<b>Dx precoz y Tx Oportuno 3 Nivel</b>	<b>Rehabilitación 4 Nivel</b>
<p><b>Fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y la comunidad para participar en su autocuidado.</b></p> <p><b>El cuidado colectivo y la construcción de una sociedad saludable y libre del VIH/SIDA debe ir de acuerdo al Modelo Operativo de la Promoción de la Salud y a la aplicación de las Guías de Prevención Primaria y Secundaria.</b></p>	<p>Limitar la exposición a factores de riesgo, hacer hincapié en el uso de preservativo.</p> <p>Visita recurrente al médico e ingesta de medicamentos para que la persona pueda tener una buena calidad de vida.</p>	<p>Diagnóstico: realización de pruebas de detección de VIH, recomendadas para todas las personas expuestas a cualquier factor de riesgo para que así mismo puedan conocer su estado de salud y acceder a los servicios de prevención y tratamiento. La OMS recomienda pruebas de detección para el/la compañera sexual o para parejas.</p> <p>Tratamiento: uso de antirretrovíricos</p>	<p>Fomentar en las personas que viven con VIH el autocuidado de la salud incluyendo medidas de prevención como sexo seguro y sexo protegido para romper la cadena de infección y re-infección.</p> <p>Fomentar su bienestar físico, mental y social.</p>



#### 4.4 Carencia Afectiva

Para Martínez en el 2000 *“la afectividad es un conjunto de fenómenos internos, subjetivos, que conmueve nuestro ánimo y que puede manifestarse de forma de placer o de dolor. La afectividad colorea la vida psíquica”*

La afectividad envuelve emociones y sentimientos, así como las pasiones ya que forma parte de la respuesta emocional y sentimental de una persona a otra, a un estímulo o situación Jaramillo (2016). La afectividad que el infante reciba, es el cimiento de la vida afectiva cuando este sea adulto, se encarga de forjar su carácter y personalidad. El ser humano, a lo largo de su vida, está determinado, en mayor proporción, por la manera en que se desarrolló afectivamente durante su infancia.

El desarrollo socio-afectivo es básico para la formación social del niño ya que lo primordial es alcanzar su desarrollo personal y social lo que le permitirá desenvolverse de manera positiva con otros niños o adultos sin temor a expresar de manera natural lo que siente, así mismo, arreglar problemas que se puedan acontecer Jaramillo (2016).

El cariño que recibimos desde la niñez por nuestros padres repercute en la formación y desarrollo de la personalidad, así mismo fortalece los vínculos afectivos sanos (Pullupaxi, 2011).

La ausencia de afecto durante la infancia por parte de los adultos, que juegan un rol relacional afectivo significativo, trae consigo trastornos, no sólo de maduración, sino también síntomas clínicos que se expresan en síntomas somáticos, afectivos y conductuales. El efecto entre el individuo y sus padres forman la base para el desarrollo de relaciones expresivas sanas. La carencia de amor se define por provocar en el niño un estado psicológico de avidez afectiva y miedo de perdida (Pullupaxi, 2011).

La CA es un déficit de atención expresiva necesaria en la edad temprana. En el ser humano no existe la posibilidad de una maduración correcta sin amor. La carencia puede representarse de diversas formas y mediante diversas circunstancias, por negligencia o abandono, por situaciones de ruptura, repetidas hospitalizaciones, separación de los padres, etc. Los efectos que trae consigo la CA primordialmente son emocionales al habitar en un ambiente poco acogedor. La falta de atención hacia los niños repercute no solo en su estado emocional también lo hace en el psíquico, psicológico, que son consecuencia unos con otros; esto puede traer consigo una personalidad insegura, relaciones inestables, malos tratos, prostitución, desviaciones sexuales, promiscuidad, drogadicción, enfermedades, etc. Por ello personas que carecen de amor constantemente permanecen en un estado de búsqueda afectiva.

La negligencia paterna es la dinámica determinada por los padres en la que existe ausencia de límites hacia los hijos; por tanto, las adolescentes lo perciben como desinterés, falta de apoyo y experimentan insatisfacción de la necesidad de orientación en temas relacionados con la sexualidad y el consumo de drogas, entre otros. Estaría una falta de advertencia por parte de los padres frente a los riesgos a los que se exponen, esta ausencia se refleja en el discurso de las jóvenes ("*haz lo que quieras...*", "*llega a la hora que quieras*"), así mismo, si los padres descubren la presencia de anticonceptivos no muestran interés ("*si no les interesa...., no se conversa*") (Trinidad, Chávez y Carrasco, 2015).

Los padres ausentes del hogar constituyen un factor familiar situacional, otorgando a jóvenes la oportunidad de permanecer solas. Esta situación se refleja en familias donde ambos padres trabajan, también sucede en el período estival, en la playa o el campo, cuando los padres relajan sus límites y permiten que los adolescentes permanezcan sin vigilancia. La familia poco acogedora corresponde a una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y ocasiona un sentimiento de soledad (Trinidad et al., 2015).

Niños y niñas que crecen en familias disfuncionales, que no reciben mensajes de amor por parte de sus padres como: eres muy inteligente, eres de

importancia para nosotros, haces un buen trabajo, nos llenas de orgullo, te amamos; al crecer se sienten abandonados, presentan baja autoestima, buscan la aprobación de otras personas para sentirse mejor consigo mismos. Al llegar a la adolescencia, adultez las ganas de sentirse amados aumentan que son capaces de soportar cualquier cosa con tal de recibir lo más mínimo de amor y comprensión. Si el padre o la madre no recibieron suficiente cariño, amor, atención y afecto durante su niñez, repercute, cuando llegan a convertirse en padres, tratan de la misma manera a los hijos/hijas; cabe mencionar que no todas las personas hacen lo mismo, existen padres que dan a sus hijos lo que ellos no recibieron, hacen que sus hijos se sientan amados y protegidos por ellos.

La familia representa una parte fundamental en la formación del ser humano; ya que es ahí donde el niño conocerá los afectos y valores que lo forjarán. Crecer dentro de una familia funcional, promueve el desarrollo de los miembros, mantiene límites y roles claros, buena comunicación, tener problemas pero enfrentarlos sin generar conflictos. Por otro lado, desenvolverse en un ámbito familiar disfuncional trae consigo problemas psicológicos y sociales en los niños debido a que esta familia no posee capacidad de resolver problemas que se presenten, descuida las funciones de la familia, existe violencia, no hay formación axiológica, ética y moral.

Crecer en familias psicológicamente sanas y funcionales, ayuda a los niños a sentirse valiosos y queridos, saben que sus sentimientos y necesidades son significativas y pueden ser expresadas. En la edad adulta, estos niños forman relaciones saludables y abiertas. Sin embargo, muchas familias no pueden cubrir necesidades físicas o emocionales de los niños y la comunicación entre la familia puede limitar la expresión de las necesidades y emociones. Los infantes que se desarrollan en familias de este tipo tienden a presentar baja autoestima y creer que sus necesidades no son importantes o que no las van a tomar en serio (Trinidad, Chávez y Carrasco, 2015)

Es en la familia donde los individuos se desarrollan y desenvuelven socialmente, donde se forjan los estilos personales, se brindan herramientas para

establecer relaciones con otras personas. De esta manera, la familia desempeña un rol determinante en los jóvenes. Estudios han demostrado que en México el funcionamiento familiar afecta autoestima, asertividad, personalidad y locus de control de los jóvenes (Padilla y Díaz, 2011).

El locus de control forma un papel importante en la atribución que hacen los jóvenes de sus conductas de riesgo, en especial aquellas asociadas a su sexualidad; diversas investigaciones refieren que los adolescentes con un locus de control interno tienen mejor control y más cuidados en el uso del condón y sexo seguro, a diferencia de aquellos que poseen un locus de control externo, quienes dejan al azar situaciones externas y el cuidado de su salud (Padilla y Díaz, 2011)

Antón y Espada en el 2009, toman en cuenta el papel de la variable conductual "Consumo de sustancias" que afectan los estados de consciencia, por su prevalencia en los jóvenes y por la adopción de CSR. Así mismo dentro de este estudio se toma en consideración la variable CA que aflige no sólo en el estado de ánimo de los jóvenes sino que también es un factor para que adquieran CSR.

Parra y Pérez en el 2010 mencionan que el comportamiento sexual de los jóvenes se debe a diversos factores, entre los cuales influyen vivir únicamente con un miembro de la familia sea este el padre o la madre así como desarrollarse en un ámbito de violencia, dentro de su estudio demuestran que la proporción de los que han tenido relaciones sexuales es mayor en aquellos que proceden de familias monoparentales. En los casos donde existe buena comunicación con los padres, las prácticas de relaciones sexuales se presentan en menor porcentaje. Por otro lado los jóvenes que narran haber tenido relaciones sexuales son mayor en aquellos que dicen vivir en un hogar donde sufren de violencia intrafamiliar (Parra y Pérez, 2010)

Particularmente en el tema de sexualidad y su correlación con el ambiente y la familia; estudios han demostrado que la comunicación con la madre acerca de temas relacionados a la sexualidad y embarazos, predice el inicio de las relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos y embarazos precoces. Sin embargo, existe un patrón de repetición generacional, es decir, que es posible que

las jóvenes con embarazos a temprana edad sean hijas de madres que se embarazaron muy jóvenes (Padilla y Díaz, 2011).

Chávez en el 2012 en su estudio *Influencia de una Serie de Factores Psicosociales Sobre el Comportamiento Sexual de los Jóvenes*, mostró que el 80% apreció que la información proporcionada por los padres influía en el comportamiento sexual. Ellos consideran que la mayor influencia percibida es otorgada por el padre especialmente en las mujeres. Referente a la calidad de la información recibida, toman como la de mayor importancia la de la madre, quizá porque sientan mayor confianza al tratarse de estos temas.

Otros autores se han encargado de estudiar la comunicación entre los padres e hijos adolescentes acerca del uso de métodos anticonceptivos, para lo cual se demostró que los jóvenes que mantienen conversaciones con sus padres tienen mayor comunicación con su pareja sexual, retardan el inicio de su vida sexual y asumen conductas sexuales protegidas, en comparación con aquellos que no mantienen buen vínculo con sus padres (Jiménez, 2007).

La adquisición de la identidad sexual y de género se ve intervenida por diversos factores como edad, nivel de desarrollo, sexo, familia, escuela y padres (Parra y Pérez, 2010). Así como también los medios de comunicación, juegan un papel importante ya que es una de las principales fuentes de información sexual (Chávez y Álvarez, 2012).

Las costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la forma de ser, vestirse, religión y normas de comportamiento son de gran dominio para la formación y desarrollo de la vida en una persona, pues la cultura y la sociedad son factores directamente relacionados con la personalidad de los individuos. Es importante esta influencia primordialmente en los adolescentes quienes por su edad están en constante cambio y buscan patrones a seguir, la cultura y la sociedad en la actualidad les presenta modelos a seguir que no son correctos, a esto se le suma el entorno social (familiar), que hoy por hoy la mayoría son disfuncionales, se encuentran desintegradas y por tanto repercuten en la salud mental del adolescente (Pullupaxi, 2011).

Se cree que la adolescencia es una etapa crítica de desarrollo, donde suceden grandes innovaciones que generan un sentimiento de incertidumbre frente a lo que acontece. Durante esta etapa que se da en la segunda década de la vida, ocurren diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales que tienen como objetivo la formación de una identidad. Es dentro de esta etapa donde se fortalecen grandes formaciones psicológicas, como la concepción moral del mundo junto con un sistema de conceptos, criterios y opiniones propias acerca de la vida y las relaciones humanas, así mismo se profundiza el concepto de sí mismo. La adolescencia temprana (10 a 14 años) surgen los caracteres sexuales secundarios, comienzan las fantasías sexuales, una inquietud por los cambios puberales e incertidumbre por la apariencia; es un periodo de turbulencia, con gran ambivalencia afectiva. La adolescencia media y tardía (15-19 años) se identifica por tratarse de una etapa en la cual incrementa la experimentación sexual, cambios de conducta, así como sentimientos de invulnerabilidad; a esto se une el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales. Es en la adolescencia, donde, el joven regularmente no se encuentra maduro desde la perspectiva psicológica, social y emocional para enfrentar el proceso de la reproducción, lo que ocasiona que la mayoría inicien una vida sexual activa, cimentada en relaciones pasajeras, carentes de amor, donde el continuo cambio de pareja es habitual y los lleva a conductas riesgosas, que pueden traer consigo un embarazo no deseado o bien sufrir una ITS (Parra y Pérez, 2010).

Dentro de una investigación sobre CSR en jóvenes revelan que son numerosos los factores que conllevan a este comportamiento, entre los que destacan: la familia, la relación con la pareja, variables sociodemográficas, variables biológicas e individuales, noción y actitud sobre el uso del condón, la autoestima y la autoeficacia (Jiménez, 2007). Para Bandura en 1997 la autoeficacia es la valoración que crea un individuo acerca de su capacidad o competencia para realizar cualquier tipo de trabajo, alcanzar una meta o vencer un obstáculo. Entre los elementos que conforman la autoeficacia se encuentran las destrezas de comunicación verbal. Así mismo señala que las habilidades de comunicación forman parte del repertorio de destrezas protectoras del riesgo, que ejercen un

control que beneficia el autocuidado; Gilchrist y Schinke en 1983 señalaron que el manejo de situaciones sexuales de riesgo en jóvenes tiene que ver con diferentes habilidades protectoras, destacando la comunicación clara y efectiva, por ejemplo Lock y Ferguson en 1998 demostraron que si las mujeres mantienen buena interacción verbal con su pareja promueve el uso de preservativo en cada contacto sexual. La literatura demuestra que entre más comunicación exista con la pareja, el riesgo de contagio de VIH disminuirá.

## **V. Hipótesis**

Existe asociación entre la carencia afectiva y la conducta sexual de riesgo para VIH en jóvenes universitarios de Morelia.



## **VI. Objetivos**

### **6.1 Objetivo General**

Establecer la asociación de conducta sexual de riesgo y VIH con la carencia afectiva en jóvenes universitarios de Morelia.

### **6.2 Objetivos Específicos**

6.2.1 Caracterizar a la población del estudio

6.2.2 Identificar el nivel de conducta sexual de riesgo.

6.2.3 Identificar el nivel de carencia afectiva.

## **VII. Material y método**

### **7.1 Tipo de estudio**

Cuantitativo, correlacional y transversal.

Cuantitativo al representar un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio, utiliza la recolección de datos para probar la hipótesis planteada con base en la medición numérica y el análisis estadístico con el propósito de establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

Correlacional: se explicó la relación entre las variables CSR y CA.

Transversal: se utilizó una sola medición en determinado tiempo.

### **7.2 Limites de Tiempo y espacio**

Esta investigación se llevó a cabo en la Ciudad de Morelia, Michoacán, en las instalaciones de las dependencias universitarias que formen parte de la Des de la Salud: Facultad de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”, Facultad de Odontología, Escuela de Quimicofarmacobiología, Facultad de Psicología y Escuela de Enfermería y Salud Pública.

### **7.3 Universo**

Estuvo compuesto por un total de 616 jóvenes universitarios de entre 18 y 24 años, independientemente del año o semestre en el que se encuentren, género y/o religión, inscritos en las facultades incorporadas al área de la salud; la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez ubicada en Avenida Rafael Carrillo y Dr. González Herrejón s/n colonia Cuauhtémoc; Facultad de Odontología encontrada en la Avenida Ventura Puente esquina Adolfo Cano, Colonia Chapultepec Norte, Facultad de Enfermería situada en Avenida Ventura Puente No.115 Colonia Centro, Escuela de Quimicofarmacología en Tzintzuntzan No. 173, Colonia Matamoros, la Facultad de Psicología en Francisco Villa No. 450, Colonia Miguel Silva y la Escuela de Enfermería y Salud Pública instalada en Gertrudis Bocanegra No.330, colonia Cuauhtémoc, todas ellas pertenecientes a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo de Morelia, Michoacán.

#### 7.4 Muestra

El tipo de muestra fue no aleatoria, por conveniencia, se buscó tener un total de 616 jóvenes universitarios inscritos en alguna de las dependencias universitarias pertenecientes a la DES de la Salud antes mencionadas.

#### 7.5 Los criterios de selección se muestran en la siguiente tabla

Tabla 2. Criterios de la Investigación

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<b>Hombres y/o mujeres mayores de 18.</b>	Aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión.
<b>Inscritos en las universidades mencionadas, pertenecientes a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.</b>	Aquellos con complicaciones que involucre un compromiso cognitivo-conductual que impida el entendimiento de los cuestionarios.
<b>Indistintamente de su religión y preferencia sexual.</b>	Aquellos que no deseen participar en el estudio.

#### 7.6. Instrumentos de recolección de la información

##### 7.6.1 Factores personales

Los Factores Personales (Edad y Género), fueron medidos mediante una cédula de identificación general (Véase apéndice 3).

##### 7.6.2 Estados socio-afectivos

Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar los estados emocionales en adultos es la Lista de Adjetivos Múltiples de Afecto (MAACL) elaborada por Zuckerman & Lubin, instrumento que fue utilizado en esta investigación.

Este instrumento lo conforma una lista de palabras (adjetivos) que describen el estado de ánimo en esta última semana. Cuenta con 3 alternativas de respuesta “0” si el adjetivo no describe su estado de ánimo en el lapso de tiempo indicado, un “1” si lo describe parcialmente y un “2” si lo describe totalmente. La escala MAACL está formada por adjetivos de ansiedad, depresión y hostilidad, las

tres escalas contienen ambos adjetivos positivos y negativos. Los 8 ítems (A1) corresponden a la ansiedad y los 7 ítems (A2) a la no ansiedad, así también los 16 ítems (B1) corresponden a la depresión y los 18 ítems (B2) a la no depresión. Por último, los 13 ítems (C1) corresponden a la rabia y los 9 ítems (C2) a la no hostilidad.

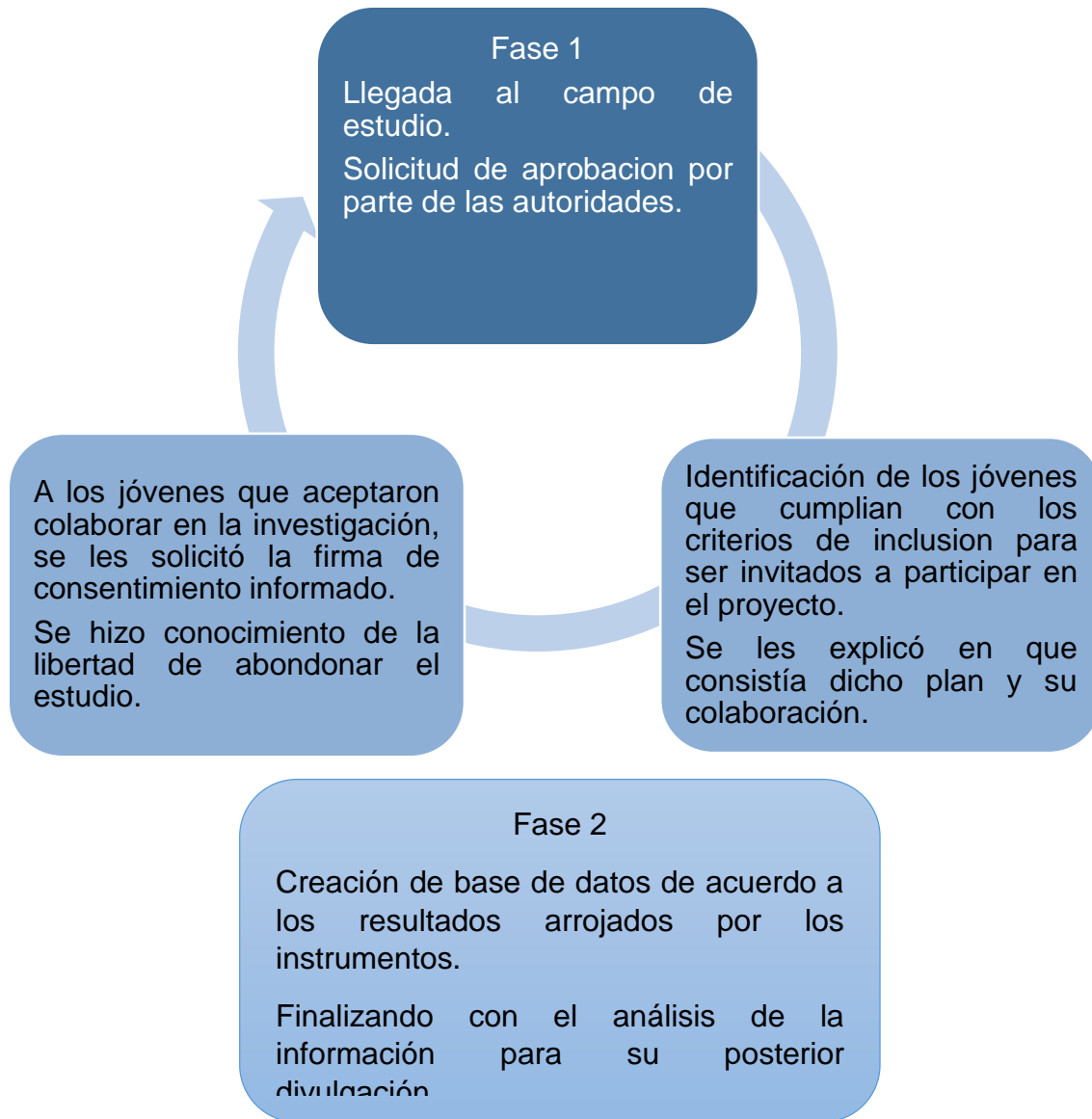
La puntuación se realizó según el sentido en A1, B1, y C1, el marcar un adjetivo corresponde a uno y no marcarlo a cero. Respecto a los ítems A2, B2 y C2, el marcar un adjetivo corresponde a cero y el no marcarlo a uno, para obtener el total de cada estado de ánimo se suma cada una de los ítems que corresponden a cada una de las categorías. (Véase Anexo 1).

### **7.6.3 Conducta sexual de Riesgo**

Para medir la Conducta Sexual de Riesgo se utilizaron tres instrumentos, Experiencia Sexual, Actividades Íntimas y Comportamiento Sexual. El objetivo del instrumento experiencia sexual fue identificar las prácticas sexuales previas que ponen en riesgo al joven para contraer ITS/VIH-SIDA. Este instrumento, consta de 8 reactivos, un ejemplo de pregunta es: ¿En su vida con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales? Las opciones de respuesta pueden ser dicotómicas (Si y No) y numéricas, en donde de acuerdo a la respuesta se asigna un punto según los criterios establecidos por Ingledew y Ferguson. Puntuaciones mayores indican que el joven se ha involucrado en mayores conductas de riesgo sexual. Este instrumento fue aplicado por primera vez en población mexicana. Los autores del instrumento reportan valores por reactivo para los puntos bi-seriales por arriba de .26 lo cual cataloga a los reactivos como buenos. Para medir las variables actividades íntimas y comportamiento sexual, se utilizaron 14 preguntas de la ESE. Las respuestas son de tipo Likert y un ejemplo de reactivo es: De todas las veces que has tenido relaciones sexuales, ¿cuántas veces usaron el condón? Las opciones de respuestas varían, por ejemplo: Nunca he tenido sexo y Nunca usamos condones. La confiabilidad ha sido aceptable .87 (Véase anexos 2, 3 y 4).

## 7.7 Procedimiento

Figura 1. Procedimiento del proyecto



## 7.8 Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versión 21.0 para Windows. Se utilizará estadística descriptiva para variables sociodemográficas y estadística Inferencial para comprobar hipótesis.

## VIII. Análisis Estadístico

En este capítulo se presentan los resultados a través de tablas y gráficas obtenidas de la investigación Conducta sexual de riesgo para VIH asociada a carencia afectiva en jóvenes universitarios de Morelia.

La muestra estuvo constituida por 616 estudiantes universitarios incorporados a las CEDES de la salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Morelia Michoacán.

Para dar respuesta al objetivo uno se presentan los siguientes resultados respecto a las variables sociodemográficas.

Tabla 3

*Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la licenciatura, Morelia, Michoacán, 2016.*

Licenciatura	N	%
Medicina	107	17.4
Psicología	105	17.0
Odontología	100	16.2
Facultad de Enfermería	99	16.1
Esc. Enf y Salud Pública	105	17.0
Quimicofarmacología	100	16.2
Total	616	100.0

Fuente: Cédula de identificación

En la tabla 3 se observa que el 17.4% de los participantes pertenecen a la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.

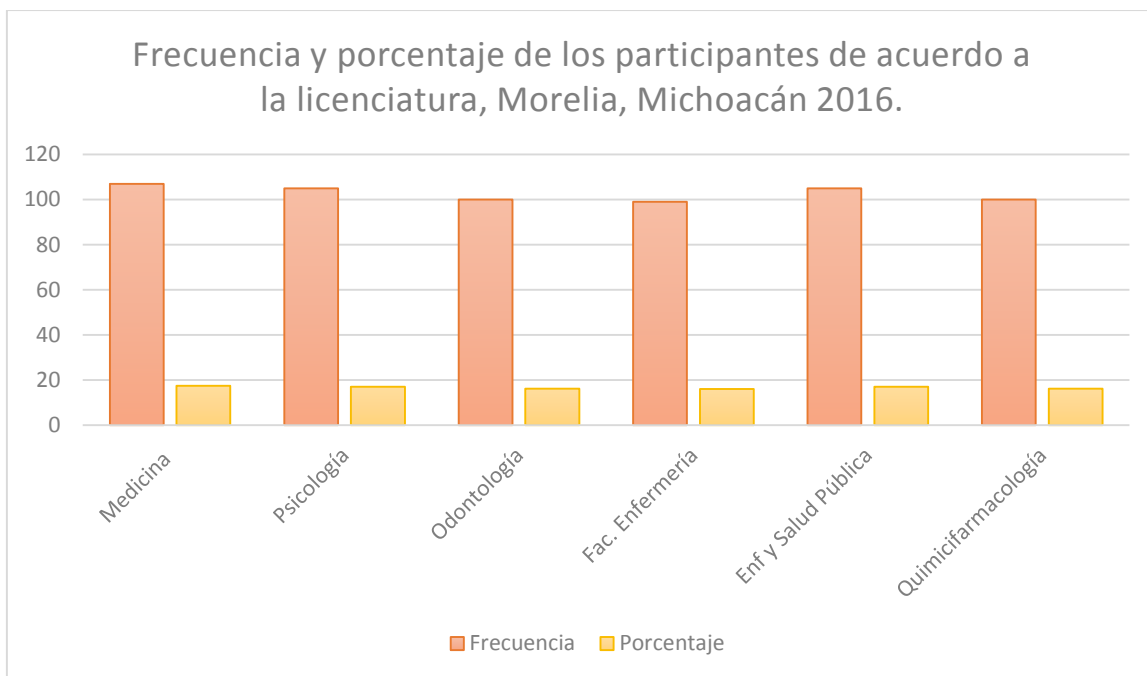


Tabla 4

*Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al semestre o año, Morelia, Michoacán, 2016.*

Semestre	n	%
1	180	29.2
2	37	6.0
3	122	19.8
4	31	5.0
5	173	28.1
6	2	.3
7	53	8.6
8	2	.3
9	16	2.6
Total	616	100.0

Fuente: directa

En la tabla 4 se observa que el 29.2% de los participantes pertenecen a primer semestre.

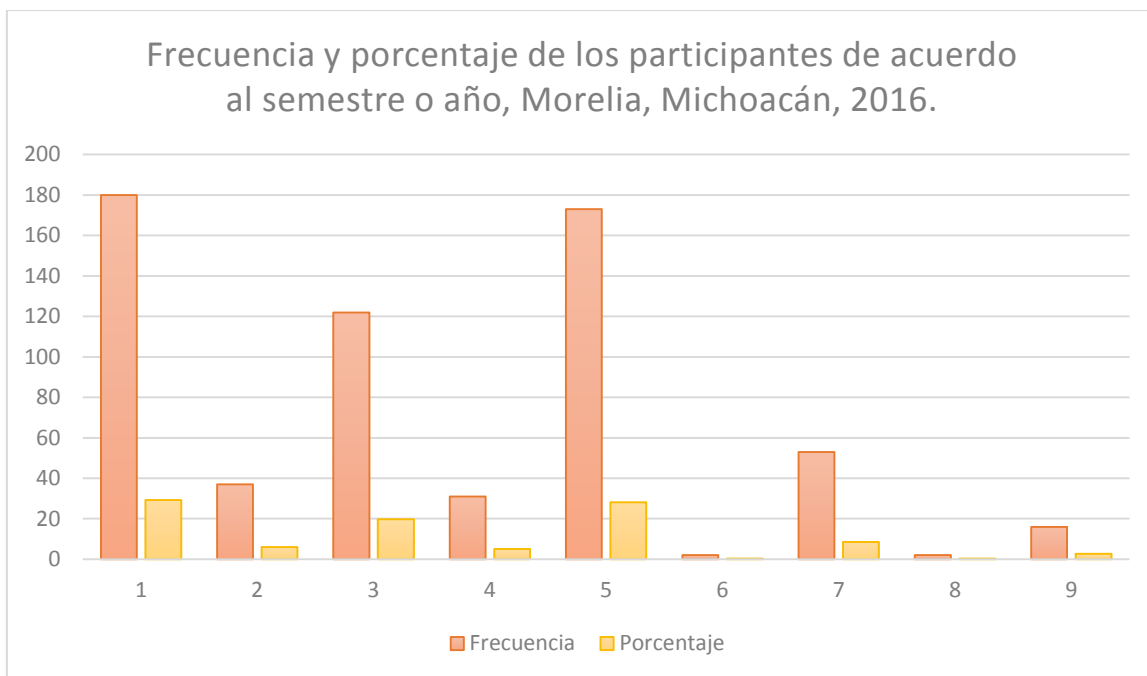


Tabla 5

*Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al género, Morelia, Michoacán, 2016.*

Género	n	%
Masculino	213	34.6
Femenino	403	65.4
Total	616	100.0

Fuente: directa

En la tabla 5 se observa que el 65.4% de los participantes fueron del género femenino.



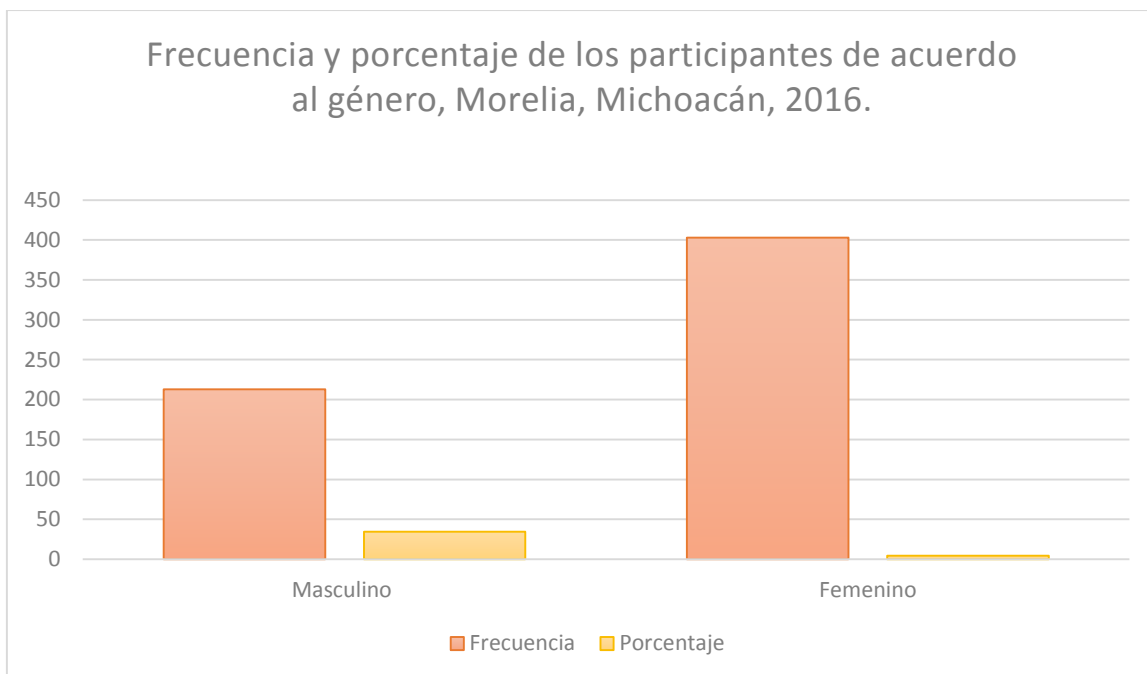


Tabla 6

*Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la persona con la que viven, Morelia, Michoacán, 2016.*

Vives con	n	%
Familia	459	74.5
Solo	104	16.9
Otro	53	8.6
Total	616	100.0

Fuente: directa

En la tabla 6 se observa que el 74.5% de los participantes viven con su familia.

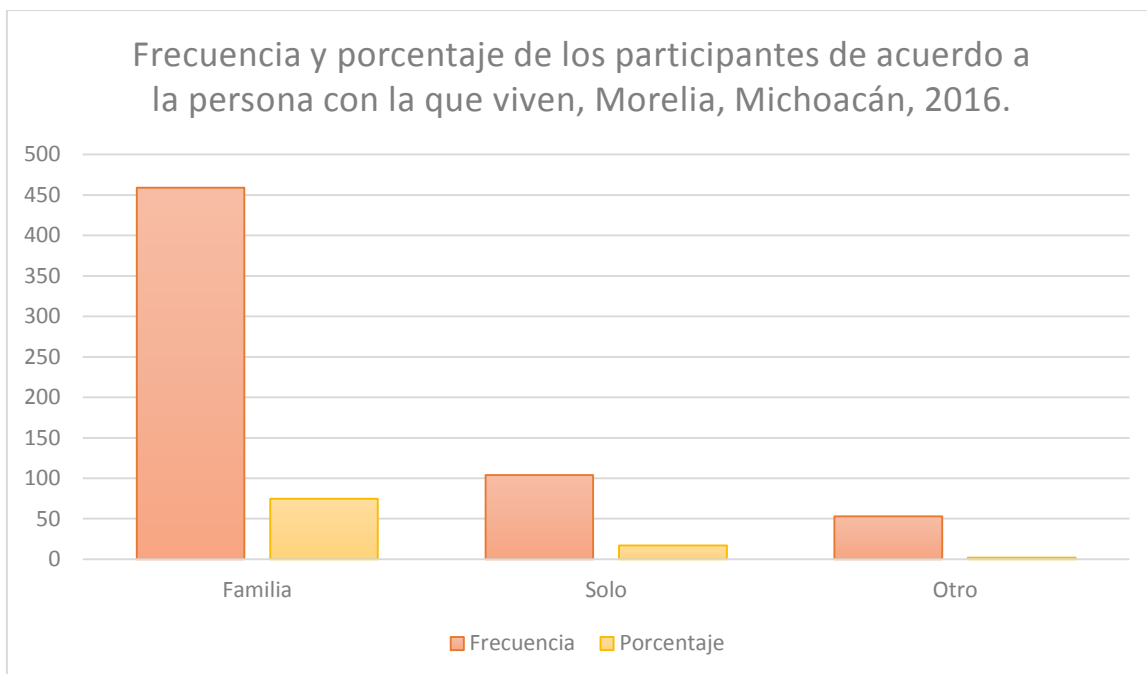


Tabla 7

*Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al estado civil, Morelia, Michoacán, 2016.*

Estado civil	n	%
Soltero	560	90.9
Casado	32	5.2
Unión libre	21	3.4
Divorciado	3	.5
Total	616	100.0

Fuente: directa

En la tabla 7 se observa que el 90.9% de los participantes son solteros.

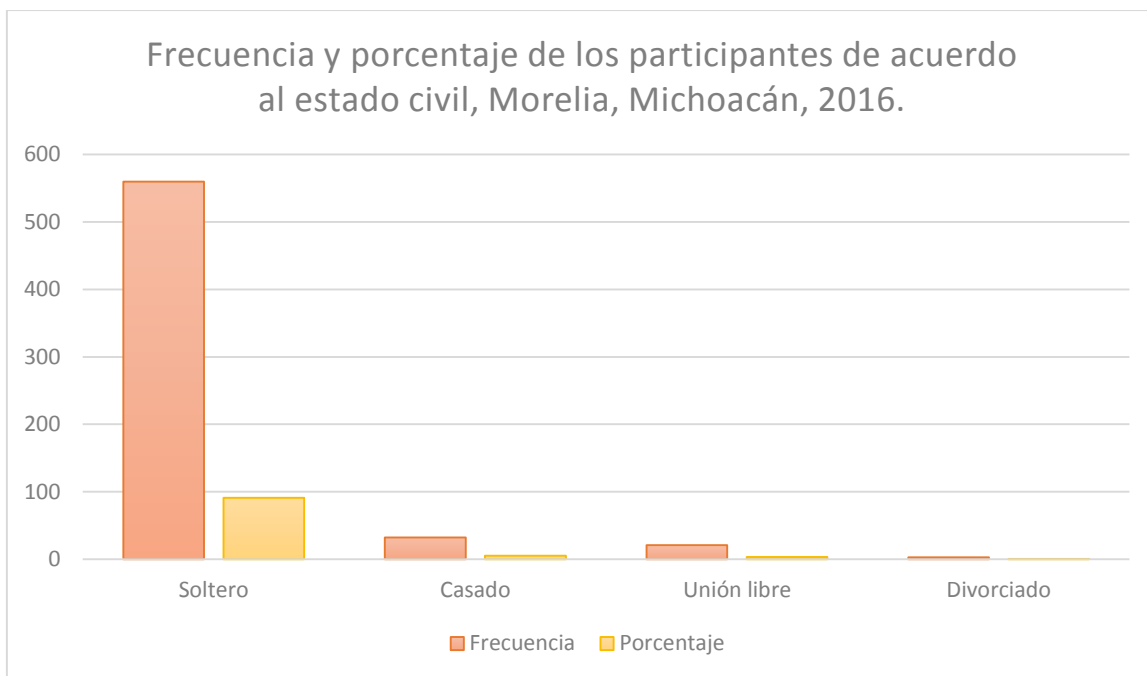


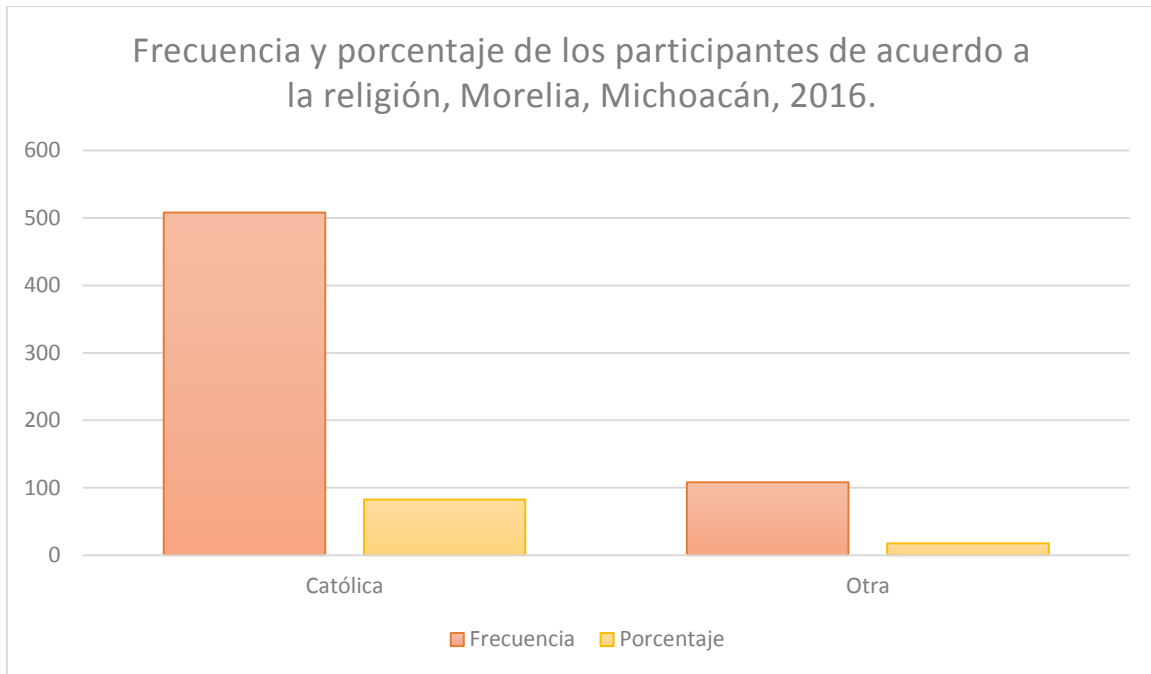
Tabla 8

*Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la religión, Morelia, Michoacán, 2016.*

Religión	n	%
Católica	508	82.5
Otra	108	17.5
Total	616	100.0

Fuente: directa

En la tabla 8 se observa que el 82.5% de los participantes son católicos.



Para el objetivo dos del estudio se identificó el nivel de conducta sexual de riesgo y a continuación se presentan los resultados.

Tabla 9

*Prevalencia de Experiencia Sexual de Riesgo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.*

Experiencia Sexual de Riesgo	n	%
Sin riesgo	191	31
Con riesgo	425	69
Total	616	100

Fuente: directa

En la tabla 9 se observa que el 69% de los participantes tiene riesgo.

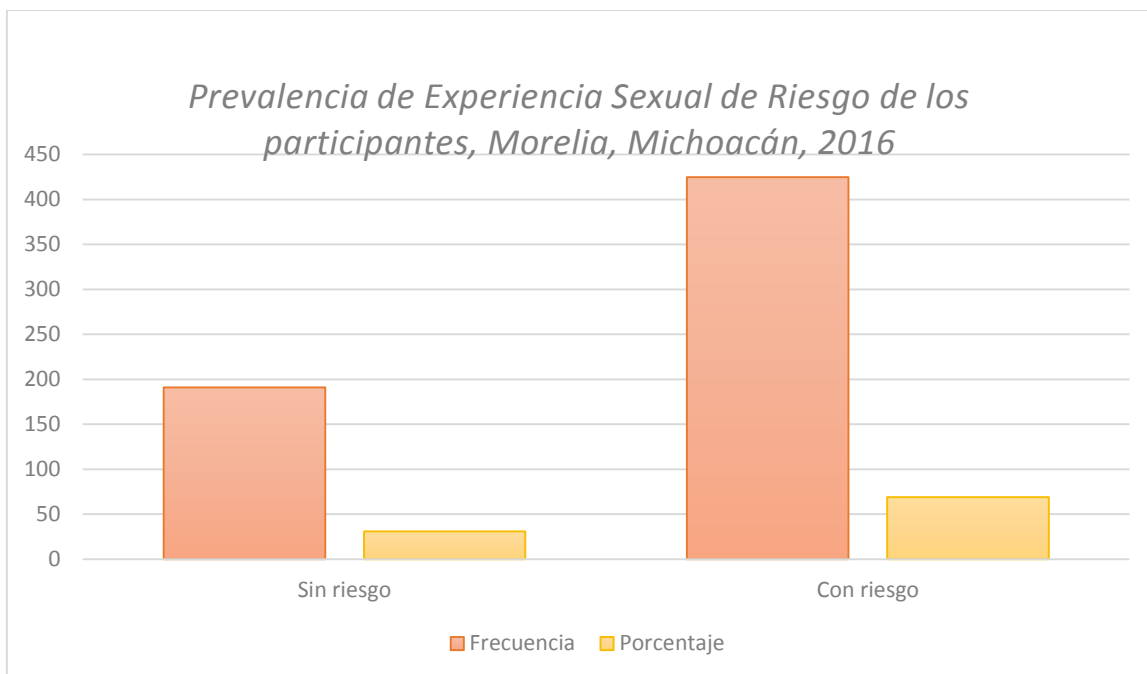


Tabla 10

*Prevalencia de Actividad Sexual de Riesgo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.*

Actividad Sexual de Riesgo	n	%
Sin riesgo	107	17.4
Con riesgo	509	82.6
Total	616	100

Fuente: directa

En la tabla 10 se observa que el 82.6% de los participantes tiene riesgo.

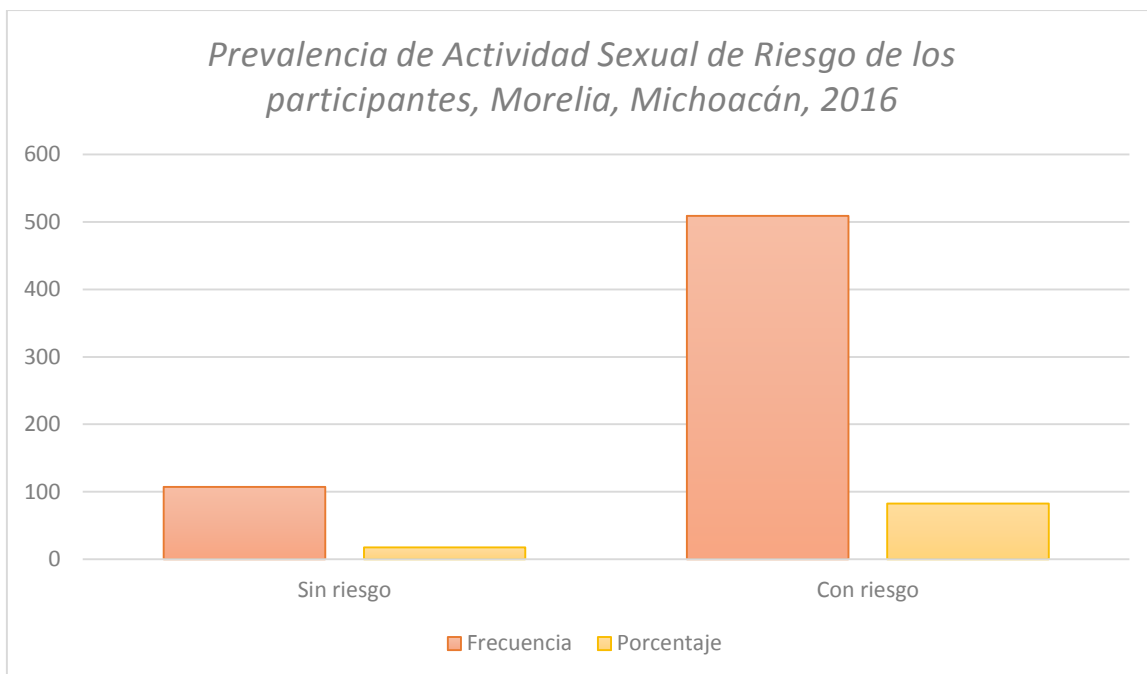


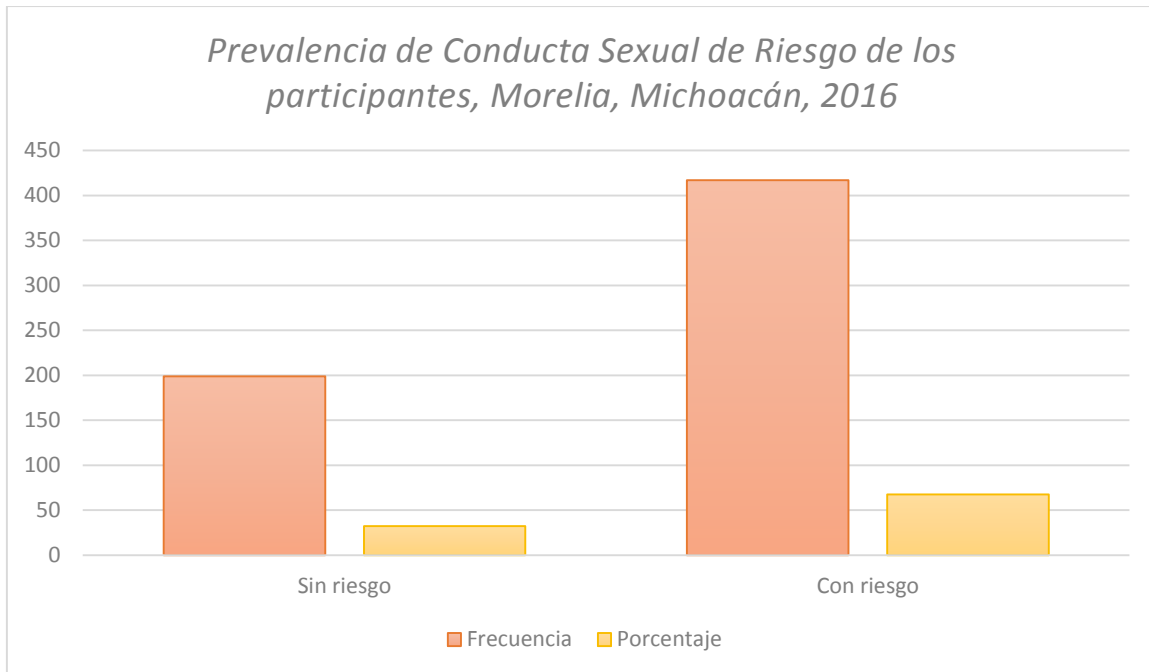
Tabla 11

*Prevalencia de Conducta Sexual de Riesgo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.*

Conducta Sexual de Riesgo	n	%
Sin riesgo	199	32.3
Con riesgo	417	67.7
Total	616	100

Fuente: directa

En la tabla 11 se observa que el 67.7% de los participantes tiene riesgo.



Para el objetivo tres del estudio se identificó la relación de carencia afectiva con conducta sexual de riesgo en los participantes, se aplicó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman y se encontró relación estadísticamente significativa entre estado afectivo y actividades íntimas ( $r_s=.090$ ;  $p=.025$ ). También se encontró relación significativa entre experiencia sexual y actividades íntimas ( $r_s=.342$ ;  $p=.000$ ), entre experiencia sexual y comportamiento sexual ( $r_s=.342$ ;  $p=.000$ ) y entre actividades íntimas y comportamiento sexual ( $r_s=.483$ ;  $p=.000$ ) tal como se observa en la tabla 12.

Tabla 12

*Correlación entre las variables carencia afectiva y dimensiones de conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia Michoacán, 2016.*

Dimensiones	Experiencia sexual	Actividades íntimas	Comportamiento sexual	Estado afectivo
Experiencia sexual	1	.000**	.000**	.594
Actividades íntimas	.000**	1	.000**	.025*
Comportamiento sexual	.000**	.000**	1	.935
Estado afectivo	.594	.025*	.935	1

Nota: \*\*La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas), \* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (1 cola).

Los jóvenes de menor edad presentan mayores conductas sexuales de riesgo.

Para el objetivo 2 del estudio se identificó la relación de edad con las dimensiones de conducta sexual de riesgo en los participantes, se aplicó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman y se encontró relación significativa entre edad y experiencia sexual ( $r_s=.352$ ;  $p=.000$ ), edad con actividades íntimas ( $r_s=.115$ ;  $p=.005$ ), edad con comportamiento sexual ( $r_s=.356$ ;  $p=.000$ ). También se encontró relación estadísticamente significativa entre comportamiento sexual y experiencia sexual ( $r_s=.806$ ;  $p=.000$ ), entre comportamiento sexual y actividades íntimas ( $r_s=.483$ ;  $p=.000$ ), entre actividades íntimas y experiencia sexual  $r_s=.342$ ;  $p=.000$ ). Tal como se observa en la tabla 13.

Tabla 13.

*Correlación entre la variable edad y dimensiones conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia Michoacán, 2016.*

Dimensiones	Experiencia sexual	Actividades íntimas	Comportamiento sexual	Edad
Experiencia sexual	1	.000**	.000**	.000**
Actividades íntimas	.000**	1	.000**	.005*
Comportamiento sexual	.000**	.000**	1	.000**
Edad	.000**	.005*	.000**	1

Nota: \*\*La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas), \* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

Los jóvenes con adjetivos de depresión presentan mayores conductas sexuales de riesgo.

Se identificó la relación de depresión con las dimensiones de conducta sexual de riesgo en los participantes, para ello se aplicó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman y se encontró relación significativa entre comportamiento sexual y experiencia sexual ( $r_s=.806$ ;  $p=.000$ ), entre comportamiento sexual y actividades



intimas ( $r_s=.483$ ;  $p=.000$ ). También se encontró valor estadísticamente significativo entre actividades íntimas y experiencia sexual ( $r_s=.342$ ;  $p=.000$ ). Tal como se observa en la tabla 14.

Tabla 14.

*Correlación entre la variable depresión y dimensiones de conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia Michoacán, 2016.*

Dimensiones	Experiencia sexual	Actividades íntimas	Comportamiento sexual	Depresión
Experiencia sexual	1	.000**	.000**	.795
Actividades íntimas	.000**	1	.000**	.774
Comportamiento sexual	.000**	.000**	1	.317
Depresión	.795	.774	.317	1

Nota: \*\*La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas), \* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

Los jóvenes con adjetivos de hostilidad presentan mayores conductas sexuales de riesgo.

Se identificó la relación de hostilidad con las dimensiones de conducta sexual de riesgo en los participantes, se aplicó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman y se encontró relación significativa entre rabia y experiencia sexual ( $r_s=.096$ ;  $p=.017$ ), entre rabia y actividades íntimas ( $r_s=.081$ ;  $p=.044$ ), entre rabia y comportamiento sexual ( $r_s=.123$ ;  $p=.002$ ). También se encontró valor estadísticamente significativo entre comportamiento sexual y experiencia sexual ( $r_s=.806$ ;  $p=.000$ ), entre comportamiento sexual y actividades íntimas ( $r_s=.483$ ;  $p=.000$ ) y entre actividades íntimas y experiencia sexual ( $r_s=.342$ ;  $p=.000$ ). Tal como se muestra en la tabla 15.

Tabla 15.

*Correlación entre la variable hostilidad y dimensiones de conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia Michoacán, 2016.*

Dimensiones	Experiencia sexual	Actividades íntimas	Comportamiento sexual	Hostilidad
Experiencia sexual	1	.000**	.000**	.017*
Actividades íntimas	.000**	1	.000**	.044*
Comportamiento sexual	.000**	.000**	1	.002*
Hostilidad	.017*	.044*	.002*	1

Nota: \*\*La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas), \* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

Los jóvenes con adjetivos de ansiedad presentan mayores conductas sexuales de riesgo.

Para identificar la relación de ansiedad con las dimensiones de conducta sexual de riesgo en los participantes se aplicó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman y no se encontró relación estadísticamente significativa, sólo entre comportamiento sexual y experiencia sexual ( $r_s=.806$ ;  $p=.000$ ), entre comportamiento sexual y actividades íntimas ( $r_s=.483$ ;  $p=.000$ ) y también se encontró valor estadísticamente significativo entre actividades íntimas y experiencia sexual ( $r_s=.342$ ;  $p=.000$ ). Tal como se muestra en la tabla 16.

Tabla 16.

*Correlación entre la variable ansiedad y dimensiones de conducta sexual de riesgo en jóvenes universitarios de Morelia Michoacán, 2016.*

Dimensiones	Experiencia sexual	Actividades íntimas	Comportamiento sexual	Ansiedad
Experiencia sexual	1	.000**	.000**	.823
Actividades íntimas	.000**	1	.000**	.819
Comportamiento sexual	.000**	.000**	1	.236
Ansiedad	.823	.819	.236	1

Nota: \*\*La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas), \* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas)

## IX. Variables

Variable	Categorización	Clasificación de variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Ítems
<b>Conducta Sexual de Riesgo</b>	Dependiente	Nominal	La Conducta Sexual de Riesgo, es calificada como la experiencia sexual, actividades íntimas y comportamiento sexual.	Para medir la Conducta Sexual de Riesgo se utilizaran tres instrumentos, Experiencia Sexual, Actividades Íntimas y Comportamiento Sexual.		<p>74. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida?</p> <p>75. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?</p> <p>76. ¿En su vida con cuantas parejas ha tenido relaciones sexuales?</p> <p>77. De las parejas sexuales que ha tenido, ¿con cuántos tuvo relaciones sexuales al conocerse?</p> <p>78. De las parejas sexuales que ha tenido, ¿con cuántos tuvo relaciones sexuales sin protección (uso de condón)?</p> <p>79. ¿A usted tenido relaciones sexuales porque estaba intoxicado por (alcohol o drogas)?</p> <p>80. Si eres mujer contesta lo siguiente: ¿Ha necesitado la prueba de embarazo?</p>

						<p>Si eres hombre contesta lo siguiente: ¿Ha tenido una novia quien fuera su pareja y en ese entonces necesito realizarse una prueba de embarazo?</p> <p>81. ¿Ha necesitado realizarse una prueba por una enfermedad de transmisión sexual?</p> <p>82. En los últimos tres meses, ¿Cuántas veces has estado solo (a) con alguien que te atrae mucho?</p> <p>83. En los últimos tres meses, ¿Cuántas veces has estado solo (a) besando y tocando a alguien que te atrae mucho?</p> <p>84. En los últimos tres meses, ¿Cuántas veces has estado acostado (a) en una cama o en un sofá solo (a) con alguien que te gusta mucho?</p> <p>85. En los últimos tres meses, ¿Cuántas veces has estado en una fiesta donde no había padres</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>presentes en la casa?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca he tenido sexo</li> <li>2. ¿Cuántas veces has tenido sexo en los últimos 12 meses?</li> <li>3. ¿Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?</li> <li>4. ¿Has tenido sexo en los últimos 3 meses?</li> <li>5. De todas las veces que has tenido relaciones sexuales, ¿Cuántas veces usaron el condón?</li> <li>6. La última vez que tuviste sexo, ¿usaron un condón?</li> <li>7. La última vez que tuviste sexo, ¿Tomaste alcohol o usaste drogas antes de tener?</li> </ol>
<b>Carencia Afectiva</b>	Independiente	Nominal		Instrumento para medir la Carencia Afectiva es la Lista de Adjetivos Múltiples de Afecto (MAACL)	Ansiedad	Asustada--- (a1) Desesperada--- (a1) Temerosa--- (a1) Espantada--- (a1) Nerviosa--- (a1) Tensa--- (a1) Temblorosa--- (a1) Preocupada--- (a1)

					<p>No ansiedad</p> <p>Alegre--- (a2)  Contenta--- (a2)  Feliz--- (a2)  Gozosa (Disfruta) (a2)  Estable ---(a2)  Amorosa--- (a2)  Agradable--- (a2)</p> <p>Depresión</p> <p>Sola--- (b1)  Triste--- (b1)  Destrozada--- (b1)  Descorazonada--- (b1)  Sin esperanza--- (b1)  Solitaria--- (b1)  Entristecida ---(b1)  Atormentada--- (b1)  Desolada--- (b1)  Perdida--- (b1)  Baja (desvalorizada) (b1)  Miserable--- (b1)  Sombria (Pesimista) (b1)  Rechazada--- (b1)  Sufriente--- (b1)  Infeliz--- (b1)</p> <p>No depresión</p> <p>Activa--- (b2)  Vivaz (Reflexiva)- (b2)  Limpia--- (b2)  Entusiasta--- (b2)  Bien--- (b2)</p>
--	--	--	--	--	--

						Libre--- (b2) Inspirada--- (b2) Apacible--- (b2) Entera--- (b2) Buena--- (b2) Sana--- (b2) Interesada--- (b2) Jovial--- (b2) Segura--- (b2) Fuerte--- (b2) Tierna--- (c2) Joven--- (b2) Animada--- (b2)
					Rabia	Enojada--- (c1) Amargada--- (c1) Descontenta--- (c1) Disgustada--- (c1) Con rabia--- (c1) Furiosa--- (c1) Loca --- (c1) Ultrajada--- (c1) No sociable--- (c1) <b>Afortunada--- (d2)</b> Borrascosa (Discutidora)- (c1) Irritada--- (c1) Ofendida--- (c1)
					No hostilidad	Amable--- (c2) Cooperativa--- (c2)



						Amistosa--- (c2) Dispuesta--- (c2) Benigna (Generosa) (c2) Cortés--- (c2) Simpática--- (c2) Comprensiva--- (c2) Bondadosa--- (c2)
--	--	--	--	--	--	---

<b>Variable</b>	<b>Clasificación de variable</b>	<b>Definición conceptual</b>
<b>Nombre</b>	Nominal	Nombre o conjunto de palabras con las que designan y se distinguen los seres vivos.
<b>Edad</b>	Numérica	Tiempo que ha vivido una persona, contando desde su nacimiento.
<b>Matricula</b>	Numérica	Registro de personas con un fin determinado.
<b>Semestre/Año</b>	Numérica	Espacio o periodo de tiempo que duran los periodos escolares.
<b>Licenciatura</b>	Numérica	Institución académica en la cual se encuentran inscritos.
<b>Género</b>	Nominal	Roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera apropiados para hombres y mujeres.
<b>Vives con</b>	Nominal	Denota la persona o personas con la convive el ser humano.
<b>Estado civil</b>	Nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.
<b>Religión</b>	Nominal	Creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración que son propias de un determinado grupo humano.

\*Nota: La numeración de los items son debido al orden del instrumento que se utilizó en el macroproyecto de investigación.

## **X. Consideraciones éticas y legales**

En lo que respecta a este apartado, esta investigación, acatará las normas establecida por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su artículo 2º; 3º; fracciones I, II, III, IV y V ; 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, artículos 13º, 14º fracciones I, III, IV, V, VI, VII y VIII; artículos 16, 17 fracción II, en virtud de que esta investigación se consideró como de riesgo mínimo; artículos 18, 20, 21 y 22; estos dos últimos en todas sus fracciones; artículo 58 fracción I y II, y que entró en vigor el 1º de julio de 1984 se desarrolló bajo los siguientes criterios:

- Se adoptaron las normas para lo que respecta a investigaciones en su título primero artículo 2º al 8º donde habla de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.
- Como lo explicita el artículo tercero en su fracción I, II, III, IV y V ésta investigación contribuirá a la prevención de conductas de riesgo de las personas a quien está dirigido. Se generará conocimiento basado en la prevención de problemas de salud emergente en personas que tengan riesgo de adquirir el VIH.
- Como lo dispone el Capítulo 1, artículo trece de este reglamento, en el estudio prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad del informante, se estableció comunicación con trato profesional, además se preservará la protección de sus derechos y bienestar.
- Se fundamenta en los principios éticos y científicos y se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación del Programa Interinstitucional de Doctorado en Ciencias de Enfermería, como lo dispone el artículo 14, fracción VII.
- Este proyecto garantiza la privacidad en la identidad del paciente, así como el respeto a su anonimato indicado en el artículo 16 del capítulo I.
- Considerando lo establecido en el Capítulo I, artículo 17, fracción II, se clasifica como de riesgo mínimo, ya que se realizan procedimientos comunes

como el obtener información a través de la aplicación de una entrevista a profundidad.

- Como lo estipula el artículo 18, el investigador principal podría suspender la investigación al indicar algún daño o riesgo para los participantes, de la misma forma el participante puede abandonar la investigación cuando lo manifieste.
- Previo a la aplicación de cualquier instrumento, se requerirá del consentimiento informado verbal de los informantes, tal y como lo sugieren el artículo 14 en sus fracciones V y VI; los artículos 20 y 21 fracciones I, II, IV, VI, VII y VIII.
- Se le explicaron claramente la justificación y objetivos de la investigación, así como el procedimiento para contestar; además se le dará garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento sin que esto le afecte.
- Para dar cumplimiento al artículo 58 fracción I y II, el participante contó con la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo decida, sin que ello afecte su relación con el grupo de ayuda mutua y sin perjuicio alguno.

Se aplicaron los principios éticos básicos: justicia, respeto a las personas y no maleficencia. Se aplicará el principio de beneficencia que se refiere a “por sobre todas las cosas, no dañar”, anteponiendo las necesidades del paciente antes de la investigación. En cuanto al derecho de autodeterminación y conocimiento irrestricto, las personas tendrán la libertad previa explicación del objetivo de estudio de tomar la decisión de participar o no, sin utilizar ningún tipo de presión o cohesión.

Se aplicarán las directrices de la Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos tomados en Ginebra en 1996 que pretenden orientar a los Estados a dar una respuesta positiva para reducir su transmisión y sus efectos así como fomentar la promoción y protección de los derechos

humanos para proteger la dignidad de las personas afectadas como para reducir la vulnerabilidad a la infección, paliar los efectos negativos y dotar de medios a las personas y comunidades para responder a la epidemia.

Se aplicarán los principios aconsejados en la relación de derechos humanos, en lo que respecta a las minorías sexuales en ausencia de una legislación que reconozca los derechos civiles de las personas con diferentes opciones sexuales.

## **XI. Discusión**

Los resultados en este proyecto muestran que de 616 jóvenes universitarios que participaron en la investigación el 69%, es decir, 425 tienen una CSR. Se encontró que el 82.6% (509) tiene riesgo en sus actividades Intimas; y el 67.7%, 417 jóvenes tiene riesgo en su comportamiento sexual.

Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en estudios como el de Goncalves et al en el 2007 que llevó a cabo un estudio en Brasil con 389 estudiantes entre edades de 15 y 25 años de ambos géneros para medir su CSR. Una importante incidencia del 61.4% de los jóvenes la presenta, siendo el género masculino los que sobresalieron debido a la inestabilidad con sus parejas.

En este estudio así como en el de Goncalves se aprecia que los jóvenes tienen un alto riesgo para contraer no solo VIH sino cualquier ITS.

En otro estudio realizado en Medellín (Colombia) se evaluaron los factores de riesgo para contraer VIH en adolescentes de ambos géneros y fueron evaluados 300 adolescentes y los resultados denotaron una baja información sobre los riesgos, además de una baja vulnerabilidad principalmente en hombres.

Así mismo Navarro y Vargas en el 2003, estudiaron a jóvenes escolarizados sobre la temática de VIH donde los estudiantes demostraron algunos conocimientos inadecuados frente a formas de prevención y transmisión del VIH. Esto nos resalta la necesidad de educar a los jóvenes, a través de medios óptimos en la familia o en la escuela con la finalidad de modificar las CSR.

Para esta investigación se demostró que los jóvenes universitarios poseen niveles elevados de conducta sexual de riesgo, así como también tienen actividades intimas riesgosas y experiencia sexual de riesgo. Se logró apreciar también, que la edad influye significativamente; es decir, a menor edad mayor conducta sexual de riesgo, actualmente los medios de comunicación creencias e ideologías hacen que cada vez a más temprana edad los jóvenes inicien su vida sexual lo que los lleva a tener parejas inestables y de esta manera inconsciente

cambiar de pareja constantemente, llevando a ambos al riesgo de contraer VIH o cualquier ITS.

Se encontró asociación entre una conducta sexual de riesgo y carencia afectiva de sus dos sub dimensiones: depresión y rabia, no así con hostilidad. Esto coincide con lo encontrado en el estudio de Antón y Espada en el 2009, y toman en consideración la variable CA que aflige no sólo en el estado de ánimo de los jóvenes sino que también es un factor para que adquieran CSR.

Para Parra y Pérez en el 2010 el comportamiento sexual de los jóvenes se debe a diversos factores, entre los cuales influyen vivir únicamente con un miembro de la familia sea este el padre o la madre así como desarrollarse en un ámbito de violencia, dentro de su estudio demuestran que la proporción de los que han tenido relaciones sexuales es mayor en aquellos que proceden de familias monoparentales. En los casos donde existe buena comunicación con los padres, las prácticas de relaciones sexuales se presentan en menor porcentaje. Por otro lado los jóvenes que narran haber tenido relaciones sexuales son mayor en aquellos que dicen vivir en un hogar donde sufren de violencia intrafamiliar.

En el caso de Chávez en su estudio Influencia de una Serie de Factores Psicosociales Sobre el Comportamiento Sexual de los Jóvenes, mostró que el 80% apreció que la información proporcionada por los padres influía en el comportamiento sexual. Ellos consideran que la mayor influencia percibida es otorgada por el padre especialmente en las mujeres. Referente a la calidad de la información recibida, toman como la de mayor importancia la de la madre, quizá porque sientan mayor confianza al tratarse de estos temas

Esto denota que el afecto influye de manera significativa en la vida de los jóvenes ya que el rol familiar es importante para la protección, estabilidad, conformación de valores, es motor y freno de diferentes acciones, brinda orgullo, pertenencia y es fuente de satisfacciones, tristezas y alegría. También es el lugar donde los seres humanos se desarrollan y desenvuelven socialmente, se forjan estilos personales de interacción y provee las herramientas necesarias para

establecer relaciones con otros individuos. La familia, es pues, quien se encarga de socializar al individuo y fomentar el sano desarrollo de su identidad.

Sin duda, el ambiente donde el ser humano se desenvuelve, es el factor que marca su adaptación a la sociedad. Una persona que crece en un ambiente familiar acogedor y sano podrá acoplarse fácilmente a una sociedad sana y funcional. La afectividad juega un papel importante en el desarrollo emocional, pues de él depende la madurez física, intelectual y social de todo ser humano. Una persona que disfruta de afectividad podrá llegar a ser un individuo con alta autoestima.

De forma contraria una persona que sufre de falta de atención, es decir carece de afecto, traerá consigo repercusiones no solo en el estado emocional también lo hace en el psíquico y psicológico, que son consecuencia unos con otros; esto puede traer consigo una personalidad insegura, relaciones inestables, malos tratos, prostitución, desviaciones sexuales, promiscuidad, drogadicción, enfermedades, etc. Por ello personas que carecen de amor constantemente permanecen en un estado de búsqueda afectiva.

La falta de afecto repercute en el desarrollo emocional, físico y psicológico de los jóvenes por falta de cariño, amor y protección de sus padres. Produce efectos negativos no sólo en el desarrollo emocional también en el evolutivo y social, produciendo así dificultades en rendimiento escolar, adicciones y conducta sexual de riesgo (Contreras, 2010).

Tal como se aprecia con los resultados obtenidos en esta investigación, a mayor depresión y/o rabia mayor nivel de conducta sexual de riesgo en los jóvenes para adquirir no sólo VIH, sino también esta falta de afecto llega a repercutir en las esferas físicas, psicológicas y emocionales como lo señala Contreras (2010) en su estudio.

Exponerse a situaciones de riesgo en relaciones sexuales ocasionales depende de cómo se perciban los aspectos afectivos y la interacción familiar. Es como si dijeran: “como mi familia no me quiere, buscaré eso afecto en otras

personas”. De esta manera, es posible darse cuenta que la familia tiene un papel importante como fuente de apoyo, y de forma general se puede afirmar que un factor determinante en conductas sexuales riesgosas es la carencia afectiva, ya que como se mencionó la familia es fundamental en la enseñanza y educación de los niños y jóvenes.

La familia no sólo se encarga de brindar afecto, también aconseja a los hijos cuando éstos se encuentran en problemas escolares o con amigos. Dentro de esta investigación se observó que a menor edad mayor conducta sexual de riesgo, Estrada (2007) en su estudio demuestra que los jóvenes a partir de los 14 años o menos inician su vida sexual. Este dato nos refleja la importancia de la comunicación que debe existir entre padres e hijos para frenar con este tipo de situaciones.



## **XII. Conclusiones**

A la luz de los resultados se concluye que la carencia afectiva está asociada en dos de sus dimensiones a una conducta sexual de riesgo para VIH en los jóvenes Universitarios. Al haber encontrado relación estadísticamente significativa, nos damos cuenta pues, que el afecto influye positivamente para que los jóvenes adquieran conductas sexuales de riesgo por sentir falta de amor o carencia de afecto.

El amor que se recibe de pequeños por parte de los padres es el pilar para la formación, no sólo brinda seguridad y confianza para enfrentar las adversidades de la vida, también da el cariño y la comprensión que desde pequeños se necesita para no sentir ese vacío al llegar a la vida adulta y tratar de cubrirlo mediante conductas que ponen en riesgo la vida y la salud.

Dentro de esta investigación se demostró que los jóvenes universitarios tienen niveles de conducta sexual de riesgo elevados, lo mismo sucedió con actividades íntimas y experiencia sexual.

En este estudio se logró apreciar también, que la edad influye significativamente; a menor edad mayor conducta sexual de riesgo, actualmente los medios de comunicación junto con las creencias e ideologías hacen que cada vez a más temprana edad los jóvenes inicien su vida sexual lo que los lleva a tener parejas inestables y de esta manera inconsciente cambiar de pareja constantemente, llevando a ambos al riesgo de contraer VIH o cualquier ITS.

Se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables depresión y ansiedad analógicamente con la conducta sexual de riesgo, sin embargo, para la variable hostilidad no se encontró relación significativa; lo que lleva a la conclusión de que nuevamente la familia repercute en las emociones de

los jóvenes. Si desde pequeños se recibe el cariño, amor y comprensión por parte de nuestros padres, al llegar a la vida adulta no se tratará de buscar amor en otro sitio, ni se intentará de llenar esos huecos de amor que no ueron cubiertos desde pequeños.

Durante la obtención de datos, algunos jóvenes mostraron interés ante el tema de investigación, otros (en su mayoría) denotaban preocupación por los resultados, más de un estudiante se negó a participar en el proyecto una vez explicado el tema a tratar, pese a hacerles saber del consentimiento informado negaron rotundamente su participación en la investigación.

Sin duda, los resultados que fueron obtenidos de esta investigación resultan alarmantes para la sociedad, puesto que gran parte de los jóvenes se encuentra expuesto no solo a contraer VIH sino cualquier otra infección de transmisión sexual, por ello este proyecto se convierte en una estrategia de salud para prevenir los contagios por VIH, pudiendo derivar de esta las siguientes líneas de investigación:

#### Cuantitativas:

- Intervenciones para actuar directamente en la familia y prevenir VIH o cualquier ITS.
- Crear escuela o talleres para padres a fin de proporcionar herramientas que nos lleven a fomentar la autoestima, la dinámica familiar y el afecto en los hijos.

#### Cualitativas

- Historia de vida en personas que viven con VIH para identificar cualitativamente la dinámica familiar, la autoestima y el afecto.
- Generar biografías de personas viviendo con VIH con el objetivo de encontrar directrices desde infancia hasta adultez que lleven a identificar la experiencia del afecto en su historia de vida.

A partir de este estudio se concluye que el afecto desempeña un papel fundamental en la vida de los jóvenes, ya que el amor crea vínculos afectivos sanos en la familia así como también crea lazos de comunicación entre los integrantes, y de este modo los jóvenes pueden expresar sus dudas e inquietudes abiertamente a sus padres, lo que los llevará a no adquirir y practicar conductas sexuales de riesgo que pongan en peligro su salud. El rol de enfermería también es importante ya que mediante cuidados e intervenciones a padres y jóvenes, se logrará crear un vínculo afectivo que ayude a ambos a expresar sus sentimientos y no descuidar la parte principal que es el amor.

### **XIII. Sugerencias**

Generar intervenciones de enfermería (NANDA, NIC y NOC) enfocados al bienestar de la familia, con base en los resultados obtenidos en esta investigación.

Crear talleres para padres e hijos y generar intervenciones para fortalecer vínculos afectivos entre ellos. Mediante educación sobre el afecto y el VIH o cualquier ITS, hacerles notar que la educación principalmente inicia en casa, que deben brindar a sus hijos cariño, amor y comprensión, que deben escuchar a sus hijos ante situaciones por las que quizá estén pasando, no dejarlos solos, hacerse notar, los hijos deben saber que sus padres están con ellos.

El afecto como intervención entre padres e hijos favorecerá no sólo en el comportamiento de los mismos, también será reflejado en sus notas, crearán personas que puedan enfrentar las adversidades de la vida y no tratan de buscar afecto mediante conductas que pongan en riesgo no solo su salud, también su vida. El amor por parte de los padres crea un vínculo afectivo sano.

La familia se encarga de brindar ese amor necesario para la formación, es importante para la protección, estabilidad, conformación de valores, es motor y prevenir diferentes acciones, brinda orgullo, pertenencia y es fuente de satisfacciones, tristezas y alegría. También es el lugar donde los seres humanos se desarrollan y desenvuelven socialmente, se forjan estilos personales de interacción y provee las herramientas necesarias para establecer relaciones con otros individuos. La familia, es pues, quien se encarga de socializar al individuo y fomentar el sano desarrollo de su identidad. Desde el núcleo de la familia, el amor es el arma más poderosa para hacer y generar adultos sanos y conscientes para crear un mundo mejor.

#### XIV. Referencias bibliográficas

- Antón, F. A., Espada, J. A. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de psicología*, 25(2), 344-350.
- Amado, M., Vega, B. y Jiménez, M. (2007). Factores que influyen en el uso del preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 143-151.
- Bandura, A (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Prentice-Hall, Nueva York. — (1992). “A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection”, en R. DiClemente (comp.), *Adolescents and AIDS a generation jeopardy*, Sage Publications, California, pp. 89-116. — (1994). “Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection”, en R. DiClemente & J. Peterson (comp.), *Preventing AIDS theories and methods of behavioral interventions*, Plenum Press, Nueva York, pp. 25-59. — (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*, Freeman and Company, Nueva York.
- Beadnell, B., Morrison, D. M. y Wildson, A. (2005). “Condom use, frequency of sex, and number of partners: multidimensional characterization of adolescent sexual risktaking”, *Journal of Sex Research*, 42(3),192-202.
- Benthin, A., Slovic, P. E., y Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of Adolescence*, 16, 153-168.
- CENSIDA. (2011). Centro nacional para la prevención y control del VIH/SIDA. Recuperado de : [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA\\_SIDA\\_2011.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_SIDA_2011.pdf)
- Cocace, A., Casares, F. y Font, G. (2005). Evaluación de comportamientos sexuales de riesgo en una población universitaria de la Provincia de Buenos Aires. *Archivos de medicina familiar y general*, 1(3).

- Contreras, G. (2010). La carencia afectiva intrafamiliar en niños y niñas de cinco a diez años. Universidad de Cuenca. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2338/1/tps637.pdf>
- Cortés, A., Sordo, M y Cumbá, C. (2010). Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de ciudad de La Habana, 1995-1996. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2000; 38(1), 53-9.
- Chávez, M. Y Álvarez, J. (2012). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y Salud*, 22(1), 89-98.
- Díaz, V. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gac Méd Méx* Vol. (139); No.1, p. 23-28. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031e.pdf>
- Espada, J. P., Quiles, M. J. y Méndez, F. J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 85, 29-36.
- Estadísticas de mortalidad. *Revista de Salud Pública de México* 2004; 46(2): 169, 175-176, 178, 181
- Estrada, J. (2007). *La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA* (tesis de doctoral). Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2007000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100008)
- Freud, S., Reich, W. y Lowen, A. (2011). Looking back to where we can come from – Towards a better understanding of where we are now. 1-13. Recuperado de: [http://www.bodymindcentral.com/pdf/pubs/LewisPub\\_FreudReichLowen.pdf](http://www.bodymindcentral.com/pdf/pubs/LewisPub_FreudReichLowen.pdf)
- Gilchrist, L. y Schinke, S. (1983). “Coping with contraception: cognitive and behavioral methods with adolescents”, *Cognitive Therapy and Research*, 7, pp. 379-388.

- Goncalves, S., Castellá, J. y Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo en jóvenes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166.
- Huerta, M.I. (2015). *Factores predictores de conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Morelia, México* (Tesis de pregrado). Universidad de Guanajuato, Celaya Guanajuato.
- Inglede, D. K. y Ferguson, E. (2007). Personality and riskier sexual behavior: Motivational mediator. *Psychology and Health*, 22(3), 291-315.
- Jaramillo, J. (2016). La funcionalidad familiar y su incidencia en el desarrollo socioafectivo de las niñas y niños de primer grado de educación general básica de la escuela "Zoila Alvarado de Jaramillo" de la ciudad de Loja. Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11739/1/TESIS%20JHENNY%2018%20DE%20FEBRERO%202016.pdf>
- Jiménez, S., Andrade, P y Betancourt D. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9(002), 147-162.
- Lock, S. y Ferguson, S. (1998). "Communication of sexual risk behavior among late adolescents", *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), 273-295.
- Machi M. El VIH; la enfermedad. *Rev. Chil. Salud Pública*. 2008; 79 (2): 206-217.
- Méndez, M. A. (2010). Actitud de los docentes de Licenciatura en educación hacia el VIH. Recuperado de: [http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32906/3/articulo\\_1.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32906/3/articulo_1.pdf)
- Moscoso, M., Rosario, R. y Rodríguez, L. (2001). "Nuestra juventud adolescente: ¿cuál es el riesgo de contraer VIH?", *Revista Interamericana de Psicología*, 35(2), 79-91.

Mosquera, J. y Mateus, J. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH/SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia médica*, 34(4), 206-212.

Navarro E, Vargas R (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23 (1) 44-53.

NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

ONUSIDA. (2015). Programa de naciones unidas de lucha contra el Sida. Recuperado de: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. Francia. 2004. Ginebra: OMS, 2004

Padilla, N. y Díaz R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(2), 309-322.

Parra, J. Y Pérez, R. (2010). Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(1), 7-19.

Pullupaxi, M. (2011). La carencia afectiva como factor determinante en el inicio precoz de las relaciones sexuales en las adolescentes de 13 a 18 años de edad, estudiantes del colegio técnico Agoyán del cantón baños. Universidad técnica de Ambato. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3956/1/TESIS%20FINAL.pdf>



Trinidad, k., Chávez, V y Carrasco, B. (2015). Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 8, 75-83.

Zuckerman, M. y Lublu, B (1965). Manual for the Multiple Affect Adjective Check List. San Diego, CA: *Educational and Industrial Testing Services*. 24 p.

## **XV. Apéndices y anexos**

### **Apéndice 2. Consentimiento Informado.**

Nota: Este documento forma parte de la aplicación original para la recolección de datos del macroproyecto titulado “Factores Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo para VIH/Sida en Jóvenes Universitarios de Morelia, Michoacán”

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### *Consentimiento Informado*

Título del proyecto: “Factores predictores de conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Morelia, Michoacán, México”

Al firmar este documento doy consentimiento para participar en este proyecto al cual fui invitada (o), y he decidido notificar libremente mi decisión a participar después de analizarlo. Entiendo dicho estudio tiene como finalidad analizar la los factores que predisponen a una conducta sexuales de riesgo cuya investigación representa un tipo de riesgo mínimo para mi persona.

Se me informó y explicó que el procedimiento que sigue este proyecto consiste en responder varios cuestionarios como requisito escribir mi número de matrícula la cual únicamente será utilizada en caso de necesitarse. Entiendo que al firmar este documento adquiero la responsabilidad de contestar de manera sincera las preguntas y que no recibiré ninguna compensación económica por ello.

Se me ha dado a conocer que durante la contestación de los cuestionarios puede preguntar al investigador responsable y que cuando yo lo necesite.

Se me informó y entiendo que fui elegida (o) por cubrir ciertos requisitos necesarios para llevar a cabo este proyecto y que el conocimiento que se obtenga de esta investigación puede ser utilizado en beneficio de otras personas que puedan tener riesgos para adquirir el VIH, contribuyendo al logro de beneficios

para la prevención, atención oportuna y diagnóstico precoz en hombres y mujeres. Se me ha explicado los riesgos y beneficios que se obtendrán con este estudio, que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida sin penalización o afección alguna.

Se me ha manifestado que toda la información que proporcione será analizada con confidencialidad y de manera discreta, teniendo únicamente acceso a estos datos la investigadora. Estoy consciente de que cuando los resultados se den a conocer a la comunidad científica, mi identidad será completamente anónima y que cualquier hallazgo o cambio en el procedimiento por mínimo que sea, me será informado por la responsable del proyecto.

La Universidad Michoacana está enterada, autorizó y abrió las puertas a la investigadora para la ejecución de este proyecto y entiendo que cuando el estudio termine me serán dados a conocer y se entregará un informe final de los resultados del estudio a la asociación, estoy enterado (a) de que toda la información nueva que se presenté me será dada a conocer.

Se me explicó que este proyecto se sometió a una rigurosa evaluación por PROMEP y se autorizó para su aplicación.

---

Acepto participar en la investigación

Nombre y firma del entrevistado

---

Nombre, dirección y firma del Testigo

---

Nombre, dirección y firma de Testigo

---

Mayra Itzel Huerta Baltazar

### Apéndice 3.

### Ficha de Identificación

<b>Nombre:</b>						<b>Fecha:</b>
<b>Edad</b>						
<b>Matrícula</b>						
<b>Semestre o Año</b>						
<b>Licenciatura</b>						
<b>Género:</b>	Masculino	Femenino	<b>Vives con</b>	Familia	Sol@	Otro: (Especifique)
<b>Estado Civil:</b>	Soltero (a)	Casado (a)	Unión Libre	Divorciado (a)	Viudo (a)	
<b>Religión:</b>	Católica	Otra: (Especifique)				
<b>Observación</b>						

## ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ADJETIVOS MÚLTIPLES DE ESTADO AFECTIVO (MAACL)

**INSTRUCCIONES:** lea la lista de palabras (adjetivos) que describen su estado de ánimo en esta última semana. Por favor responda lo más cercano a su realidad.

Usted tiene 3 alternativas de respuesta “0” si el adjetivo no describe su estado de ánimo en el lapso de tiempo indicado, un “1” si lo describe parcialmente y un “2” si lo describe totalmente.

Adjetivo	No describe mi estado de animo	Si describe parcialmente mi estado de animo	Si describe totalmente mi estado de animo
	0	1	2
Asustada--- (a1)			
Activa--- (b2)			
Sola--- (b1)			
Enojada--- (c1)			
Vivaz (Reflexiva)- (b2)			
Amable--- (c2)			
Amargada--- (c1)			
Alegre--- (a2)			
Triste--- (b1)			
Limpia--- (b2)			
Desesperada--- (a1)			
Contenta--- (a2)			
Destrozada--- (b1)			
Cooperativa--- (c2)			
Descontenta--- (c1)			
Entusiasta--- (b2)			
Descorazonada--- (b1)			
Bien--- (b2)			
Disgustada--- (c1)			
Libre--- (b2)			
Con rabia--- (c1)			
Amistosa--- (c2)			

Temerosa--- (a1)			
Dispuesta--- (c2)			
Espantada--- (a1)			
Furiosa--- (c1)			
Feliz--- (a2)			
Sin esperanza--- (b1)			
Inspirada--- (b2)			

<b>Adjetivo</b>	<b>No describe mi estado de animo</b>	<b>Si describe parcialmente mi estado de animo</b>	<b>Si describe totalmente mi estado de animo</b>
Solitaria--- (b1)			
Gozosa (Disfruta) (a2)			
Benigna (Generosa)c2			
Loca--- (c1)			
Afortunada--- (d2)			
Nerviosa--- (a1)			
Apacible--- (b2)			
Ultrajada--- (c1)			
Cortés--- (c2)			
Entristecida--- (b1)			
Estable--- (a2)			
Borrascosa (Discutidora)- (c1)			
Simpática--- (c2)			
Tensa--- (a1)			
Comprensiva--- (c2)			
Atormentada--- (b1)			
Entera--- (b2)			
No sociable--- (c1)			

Desolada--- (b1)			
Buena--- (b2)			
Bondadosa--- (c2)			
Sombria (Pesimista) (b1)			
Sana--- (b2)			
Irritada--- (c1)			
Interesada--- (b2)			
Perdida--- (b1)			
Baja (desvalorizada)b1			
Amorosa--- (a2)			
Miserable--- (b1)			
Jovial--- (b2)			
Ofendida--- (c1)			
Agradable--- (a2)			
Rechazada--- (b1)			
Segura--- (b2)			
Temblorosa--- (a1)			
Fuerte--- (b2)			
Sufriente--- (b1)			
Tierna--- (c2)			
Preocupada--- (a1)			
Joven--- (b2)			
Infeliz--- (b1)			
Animada--- (b2)			

## ANEXO 2. EXPERIENCIA SEXUAL

**INSTRUCCIONES:** La experiencia sexual es una actividad donde se culmina con la penetración. Caricias, besos y abrazos no son considerados actividad sexual. Por favor subraya y contesta cada una de las preguntas. Se te pide conteste de la manera más honesta posible.

74. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
75. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?	<b>Edad en años:</b>	
76. ¿En su vida con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales?	<b>Número de parejas:</b>	
77. De las parejas sexuales que ha tenido, ¿Con cuántas tuvo relaciones sexuales al conocerse?	<b>Número de parejas:</b>	
78. De las parejas sexuales que ha tenido, ¿Con cuántos tuvo relaciones sexuales sin protección (uso de condón)?	<b>Número de parejas:</b>	
78. De las parejas sexuales que ha tenido, ¿Con cuántos tuvo relaciones sexuales sin protección (uso de condón)?	<b>Número de parejas:</b> _____	
79. ¿A usted tenido relaciones sexuales sin protección porque estaba intoxicado por (alcohol o drogas)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
80. Si eres Mujer contesta lo siguiente: ¿Ha necesitado la prueba de embarazo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Si eres Hombre contesta lo siguiente: ¿Ha tenido una novia quien fuera su pareja y en ese entonces necesito realizarse una prueba de embarazo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
81. ¿Ha necesitado realizarse una prueba por una enfermedad de transmisión sexual?	<b>SI</b>	<b>NO</b>



### ANEXO 3. ACTIVIDADES ÍNTIMAS

**INSTRUCCIONES:** Lee cuidadosamente cada pregunta con cuidado y subraya la respuesta que se relacione con tus actividades íntimas. Marca solo una respuesta.

	Nunca	1 ó 2 veces	3 a 5 veces	6 veces ó más
En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿cuántas veces has estado solo(a) con alguien que te atrae mucho?)				
83. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿cuántas veces has estado solo(a) besando y tocando a alguien que te gusta mucho?				
En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿cuántas veces has estado acostado(a) en una cama o en un sofá solo(a) con alguien que te gusta mucho?				
85. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿cuántas veces has estado en una fiesta donde no había padres presentes en la casa?				

## ANEXO 4. COMPORTAMIENTO SEXUAL

**INSTRUCCIONES:** Lee cuidadosamente cada pregunta con cuidado y subraya la respuesta que se relacione con tus actividades íntimas. Marca solo una respuesta.

	<b>Sí, he tenido sexo en los últimos 12 meses</b>				<b>No, no he tenido sexo en los últimos 12 meses</b>				
Nunca he tenido sexo									
	Nunca he tenido sexo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 a 8 veces	9 veces o más	No he tenido sexo en los últimos 12 meses		
¿Cuántas veces has tenido sexo en los ÚLTIMOS 12 MESES?									
	Nunca he tenido sexo	1 persona	2 personas	3 personas	4 o 5 personas	6 o 7 personas	8 o 9	10 o más	No he tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses
¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los ÚLTIMOS 12 MESES?									
	<b>Nunca he tenido sexo</b>			<b>Sí, he tenido sexo en los últimos 3 meses</b>			<b>No, no he tenido sexo en los últimos 3 meses</b>		
¿Has tenido sexo en los ÚLTIMOS 3 MESES?									
	Nunca he tenido sexo	Usamos condones siempre	Usamos condones más de la mitad de las veces	Usamos condones la mitad de las veces	Usamos condones menos de la mitad de las veces	Nunca usamos condones			
De todas las veces que has tenido relaciones sexuales, ¿cuántas veces usaron el condón?									
	<b>Nunca he tenido sexo</b>		<b>Sí, usamos condones</b>			<b>No usamos condones</b>			
La ÚLTIMA VEZ que tuviste sexo, ¿usaron un condón?									
	<b>1. Nunca he tenido sexo</b>		<b>SI</b>			<b>NO</b>			
La ÚLTIMA VEZ que tuviste sexo, ¿tomaste alcohol o usaste drogas antes de tener									

De 616 jóvenes universitarios que participaron en la investigación.



El 69% (425) tienen una CSR. Se encontró que el 82.6% (509) tiene riesgo en sus actividades Intimas; y el 67.7%, 417 jóvenes tiene riesgo en su comportamiento sexual.

El 82.6% (509) tiene riesgo en sus actividades Intimas; y el 67.7%, 417 jóvenes tiene riesgo en su comportamiento sexual.

Se encontró asociación estadística entre una conducta sexual de riesgo y carencia afectiva en sus dos sub dimensiones: Depresión y rabia, no así con hostilidad.



Goncalves et al en el 2007 llevaron a cabo un estudio en Brasil con 389 estudiantes para medir su CSR. Una importante incidencia del 61.4% de los jóvenes la presenta, siendo el género masculino los que sobresalieron debido a la inestabilidad con sus parejas.

Antón y Espada en el 2009, toman en consideración la variable CA que aflige no sólo en el estado de ánimo de los jóvenes sino que también es un factor para que adquieran CSR.

Parra y Pérez en el 2010 demuestran que el comportamiento sexual de los jóvenes se debe principalmente por vivir únicamente con un miembro de la familia o por desarrollarse en un ámbito de violencia.

Esto nos resalta la necesidad de educar a los jóvenes, a través de medios óptimos en la



Desde el núcleo de la familia, el amor es el arma más poderosa para hacer y generar adultos sanos y conscientes para crear un mundo mejor.