



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERIA

“Dinámica Familiar asociada a Conducta Sexual de Riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de las des de ciencias de la salud en Morelia, México”

TESIS

Que para obtener el grado de Licenciado en Enfermería

Presenta

OSCAR YAIR PONCE MARTÍNEZ.

Asesora:

DCE. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

Coasesoras:

DCE. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA

DCE. MA. DE JESÚS RUIZ RESÉNDIZ

Morelia, Michoacán

Enero 2019



Directivos

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Directora de la Facultad de Enfermería

Dra. Elba Rosa Valtierra Oba

Secretaria Académica

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Secretaria Administrativa



Mesa Sinodal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Reséndiz

Sinodal

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Sinodal

Dra. Elba Rosa Valtierra Oba

Vocal 1

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Vocal 2



Dedicatorias

A **dios** por permitirme llegar hasta este punto de mi vida, por darme la fuerza de mantenerme en pie y brindarme sabiduría para lograr uno de tantos sueños.

A mis padres **Victoria Martínez Bastida** y **Arturo Ponce Tapia** por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, que a pesar de los inconvenientes transcurridos son y serán mi primera institución, y que si soy la persona que hasta el momento ha llegado aquí es gracias a ellos.

A mi abuela **María Elena Tapia** que fue y será mi inspiración a luchar por lo que amas y desea; por ser la persona que incondicionalmente siempre esperaba mi llegada, por su apoyo que permanecerá a través del tiempo.

A mis hermanos **Irving Arturo, Iveth y Cristian Farid** por estar con migo y apoyarme siempre, los amo mucho.

A mis amigos **Nailea, Alejandra, Wendy, Sinaí, Columba, Natalia, Sandy, Daniela, Linda, Héctor, Rafa, Jenny, Juan Carlos, Isai, Juana Aidé, Liz** por compartir los buenos y malos momentos; por quererme y apoyarme siempre. Por ser mi segunda familia que me han acogido con los brazos abiertos.

A todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir.



Agradecimientos

A la **Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar**, asesora de esta investigación, por el apoyo, orientación, asesoramiento, motivación, supervisión durante este proceso tan importante, pero sobre todo por brindarme esta oportunidad de adquirir su conocimiento y creer en mí. Le agradezco de todo corazón.

Quiero agradecer también a la **Dra. Ma. De Jesús Ruiz Reséndiz** por otorgarme su valioso tiempo, las sugerencias recibidas, su ayuda recibida y principalmente su amistad. Gracias por ser uno de mi ejemplo a seguir.

Quiero dar las gracias a la **LEA Cecilia Sarabia Toledo, LEPQ María Concepción Prieto Sierra y MC Yenny Tinoco Hernández** por su amistad, motivación e impulsarme siempre para adelante.

Agradezco infinitamente a todas estas personas por formar parte de mi vida y contribuir con su esencia a mi formación como persona, gracias.



Resumen

El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) ha cobrado infinidad de vidas desde su incorporación sin importar edad, género, etnia, religión o estatus social, 76,1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia (UNISIDA, 2017).

Los jóvenes en la actualidad forman parte importante en el desarrollo de comunidades, ciudades, naciones e inclusive países, sin embargo es una población vulnerable en relación a Conductas Sexuales de Riesgo para adquirir VIH/SIDA conforme a su estilo de vida.

Pero el adolescente o joven parte de un núcleo familiar el cual es la primera institución donde se forjan las características apropiadas para que el individuo pueda tomar las mejores decisiones en el transcurso de su vida que le permitan disfrutar de esta en las mejores condiciones.

El objetivo fue: establecer si la dinámica familiar está asociada a una conducta sexual de riesgo para adquirir VIH/SIDA en jóvenes universitarios de las Dependencias de Educación Superior (DES) de Ciencias de la Salud de Morelia, México.

Métodos: Es un estudio cuantitativo, correlacional, transversal, las variables a estudiar fueron dinámica familiar, conductas sexuales de riesgo (CSR), jóvenes universitarios, la población con la que se trabajó fue de 616 jóvenes universitarios entre 17 y 46 años que estudian en cinco facultades incorporadas al área de la salud en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo de Morelia, Michoacán, México.

Para medir las variables de estudio se utilizaron los instrumentos: escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares y Conducta Sexual de riesgo.

Se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versión 17.0 para Windows para el análisis de los resultados.

Conclusiones: Existe asociación entre la dinámica familiar (unión, expresión y dificultades) y la CSR.

Palabras clave: Conducta Sexual de Riesgo, Dinámica Familiar, VIH/SIDA, Escala de Relaciones Intrafamiliares, familia.



Abstract

Acquired immunodeficiency virus (HIV / AIDS) has claimed countless lives since its incorporation regardless of age, ethnicity, religion or social status, 76.1 million people contracted HIV infection since the beginning of the epidemic (UNISIDA , 2017).

Young people today are an important part of the development of communities, cities, nations and even countries, however it is a vulnerable population in relation to Sexual Risk Behaviors to acquire HIV / AIDS according to their lifestyle.

But the adolescent or young part of a family nucleus which is the first institution where the appropriate characteristics are forged so that the individual can make the best decisions in the course of his life that allow him to enjoy this in the best conditions.

The objective was to establish whether family dynamics are associated with risky sexual behavior in order to acquire HIV / AIDS in university students from the Superior Education (DES) Departments of Health Sciences of Morelia, Mexico.

Methods: It is a quantitative, correlational, cross-sectional study, the variables to study were family dynamics, sexual risk behaviors (CSR), university students, the population with which we worked was 616 university students between 17 and 46 years old who studied in five faculties incorporated into the health area at the Michoacán University of San Nicolás de Hidalgo in Morelia, Michoacán, Mexico.

In order to measure the study variables, the instruments were used: scale of Evaluation of the Intrafamilial Relationships and Sexual Behavior of risk.

The statistical package Statistical Package for Social Science (SPSS) version 17.0 for Windows was used for the analysis of the results.

Conclusions: There is an association between family dynamics (union, expression and difficulties) and CSR.

Keywords: Sexual Risk Behavior, Family Dynamics, HIV / AIDS, Scale of Intrafamily Relations, family.



Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Edad de los Jóvenes Universitarios de las DES de la Salud encuestados para identificar la asociación de CSR y DF en Morelia, Michoacán, 2016.	41
Tabla 2. <i>Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo al género, Morelia, Michoacán, 2016.</i>	41
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo con su estado civil, Morelia, Michoacán, 2016.	42
Tabla 4. <i>Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo a su religión, Morelia, Michoacán, 2016.</i>	42
Tabla 5. <i>Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo a la persona con la que viven, Morelia, Michoacán, 2016.</i>	43
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo al semestre o año, Morelia, Michoacán, 2016.	43
Tabla 7. <i>Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo a la licenciatura, Morelia, Michoacán, 2016.</i>	44
Tabla 8. <i>Nivel de dinámica familiar en las tres dimensiones.</i>	45
Tabla 9. <i>Frecuencia de Experiencia Sexual de Riesgo de la población de estudios, de Morelia Michoacán 2016</i>	46
Tabla 10. <i>Frecuencias de Actividad Sexual de Riesgo de la población de estudio. Morelia, Michoacán, 2016</i>	46
Tabla 11. <i>Frecuencia de Comportamiento Sexual de Riesgo de la población de estudio, Morelia, Michoacán, 2016.</i>	46
Tabla 12. <i>Correlación de DF y CSR.</i>	47



Tabla de Figuras

Figura 1. Dinámica Familiar asociada a la CSR en jóvenes de la DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México.....	32
Figura 2. <i>Correlación entre Dinámica Familiar y CSR para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Morelia, México.....</i>	54



Índice

I.	Introducción	12
II.	Justificación	16
III.	Planteamiento del problema	18
IV.	Objetivos.....	20
	5.1 Objetivo General	20
	5.2. Objetivos específicos.....	20
V.	Hipótesis	20
VI.	Marco teórico	22
	6.1. Dinámica familiar	22
	6.2. Familia	23
	6.2.1 Composición o estructura de la familia.....	24
	6. 3. Conducta Sexual de Riesgo.....	26
	6.4. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	29
VII.	Material y métodos.....	34
	7.1. Tipo de estudio.....	34
	7.2. Universo y muestra	34
	7.3. Tamaño de muestra	34
	7.4. Criterios de selección	34
	7.5. Definición de variables.	34
	7.6. Técnicas de Recolección de Información	35
	7.6.1.- Factores personales	35
	7.6.2.- Evaluación de relaciones Intrafamiliares	35
	7.6.3. - Conducta sexual de Riesgo.	35
	7.7. Prueba piloto.....	36
	7.8. Procesamiento de análisis de datos	36
	7.9. Infraestructura	36
	7.10. Organización.....	37
	7.10.1 Recursos Humanos.....	37
	7.10.2. Programa de trabajo.	37
	7.10.3. Presupuesto.	37
VIII.	Plan de difusión y plan de resultados	37
IX.	Consideraciones Éticas y legales	38



X.	Resultados.....	41
XI.	Discusión	49
XII.	Conclusiones	52
XIII.	Sugerencias.....	55
XIV.	Referencias Bibliográficas.....	56
XV.	Apéndices y Anexos	62
	Apéndice A. Cronograma de actividades.	62
	Apéndice B. Presupuesto.	63
	Apéndice C. Operacionalización de variables.	64
	Apéndice D. Consentimiento Informado	67
	Apéndice E. Ficha de identificación.....	70
	ANEXO 1. Escala de relaciones intrafamiliares.....	71
	ANEXO 3. Actividades íntimas.....	73



I. Introducción

Los adolescentes y los jóvenes son un grupo vulnerable a la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que durante la adolescencia inician sus relaciones sexuales y sociales, se consolidan las actitudes, los valores y las creencias que van a incidir en la adopción de conductas saludables o de riesgo.

La presente investigación tiene como objetivo establecer la asociación entre la dinámica familiar es un factor predictor para conductas sexuales de riesgo (CSR) para el VIH/SIDA.

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1.2 [980 000-1.6] millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo. A finales de 2014 había 36,9 [34.3-41.4] millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de los cuales 2 [1.9-2.2] millones de personas contrajeron el VIH en 2014. El África subsahariana, donde había 25.8 [24-28.7] millones de personas infectadas por el VIH en 2014, es la región más afectada. Casi el 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH se registra en esta región. (OMS, 2015)

De acuerdo al Programa de Naciones Unidas de lucha contra el Sida (ONUSIDA) el número de personas en el mundo que viven con VIH se ha incrementado de aproximadamente 8 millones en 1990 a casi 35 millones hasta finales del 2013 y sigue en aumento. Los jóvenes son un grupo particularmente vulnerable al VIH/SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), pues se encuentran en un período de la vida donde existen múltiples cambios biopsicosociales que los llevan a la experimentación sexual en busca de una identidad. Sin embargo, esta experimentación puede generar conductas sexuales de riesgo (Revista de Salud Pública de México: estadísticas de mortalidad. 2004 véase también Secretaría de Salud: principales causas de mortalidad general, Michoacán, México; 2002).

La cifra estimada de personas infectadas por el VIH en Norteamérica, Europa Occidental y Europa Central ha alcanzado los 2.2 millones en 2010, es decir, aproximadamente un tercio (34%) más que los 1.6 millones de 2001. Más de la mitad (cerca de 1.2 millones) de los infectados por el VIH en esta región viven en los Estados Unidos de América (EE.UU.) (OMS, 2015). Cabe decir que en investigaciones relacionadas con conductas sexuales de riesgo como es la investigación de Rodríguez y Pineda (2009) titulada "Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de



la ciudad de Cali-Colombia” nos plantean que los jóvenes entre los 15 y los 24 años son los más vulnerables a la infección por VIH debido a las conductas sexuales de riesgo que practican los estudiantes universitarios, entre las cuales prevalece la edad de inicio de relaciones sexuales a temprana edad específicamente en Colombia.

Cifras más actuales refieren que 36.7 millones [30.8 millones–42.9 millones] de personas vivían con el VIH en 2016 en todo el mundo, 1.8 millones [1.6 millones–2.1 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH en 2016, 1 millón [830.000–1.2 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida en 2016, en 2016, 36.7 millones [30.8 millones–42.9 millones] de personas vivían con el VIH de las cuales el 34.5 millones [28.8 millones–40.2 millones] son adultos, 17.8 millones [15.4 millones–20.3 millones] son mujeres (mayores de 15 años), 2.1 millones [1.7 millones–2.6 millones] son niños (menores de 15 años).

A nivel mundial, 1.8 millones [1.6 millones–2.1 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH en 2016, en junio de 2017, 20.9 millones [18.4 millones–21.7 millones] de personas que vivían con el VIH tenían acceso a la terapia antirretrovírica, un aumento con relación a los 17.1 millones [15.1 millones–17.8 millones] de 2015 y los 7.7 millones [6.8 millones–8.0 millones] de 2010 (ONUSIDA, 2017).

Se registraron en México 4959 diagnósticos de sida en el 2017 en un conteo preliminar hasta el día 31 de diciembre 2017 (SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, 2017), la Secretaría de Salud de Michoacán (SSM) identificó 253 casos de VIH/sida en Michoacán en lo que va del 2017. Los municipios con mayores números de casos son Morelia, Lázaro Cárdenas y Apatzingán con lo que Michoacán se coloca como décimo lugar a nivel nacional en detecciones (Villegas, 2017).

Una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad del contagio por infecciones sexualmente transmisibles. Las CSR son las prácticas sexuales tales como, el 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, como la autoestima, la dinámica familiar y los estados socioafectivos de los jóvenes se perfila sin duda, como una de las causas más importantes de la frecuencia con que se llevan a cabo CSR. (Machi-Fuentes, 2008 véase también Bones et al, 2011)



Pero que podemos agregar con respecto a la dinámica familiar como CSR en esta población en específico, que el proceder de una dinámica disfuncional donde no se ha demostrado y proporcionado la implicación afectiva o concurre a dañarse esta el hijo e hija suele llevar a la percepción a la falsa percepción del alejamiento del riesgo. (Bayés et al, 1996) La dinámica familiar se ha modificado con el paso del tiempo con respecto a las necesidades de los diferentes tipos de familias como un gran ejemplo tenemos las madres jefas de familia las cuales llevan una sobrecarga laboral al presentar doble jornada doméstica y profesional lo cual influye en la calidad y cantidad del tiempo que se les da a los hijos para su educación con ello a su afecto.

Este trabajo se encuentra estructurado en diferentes apartados como lo son, la Introducción, mostrando un panorama general de la investigación. Justificación que narra la visión estadística de la problemática tratar, después el planteamiento del problema en donde se plantea la pregunta de investigación. Se presenta el Marco teórico justificando teóricamente los principios y conceptos de las variables del estudio, seguido del apartado de Material y métodos que sustenta la forma que se le dio a esta investigación, posteriormente se presentan los resultados para llegar a la discusión y por último las conclusiones así como las sugerencias y recomendaciones.



Capítulo I



II. Justificación

La ONUSIDA en su informe mundial del 2013 nos refiere que a nivel mundial, se estima que en el 2012 las personas que vivían con el VIH serán 35. 3 millones, lo que representó un aumento en comparación con años anteriores. Se notificaron 2. 3 millones de nuevas infecciones por VIH a nivel mundial, al mismo tiempo el número de muertes por sida fue de 1. 6 millones. (ONUSIDA, 2013)

En los Estados Unidos había a fines del 2012 una cantidad estimada de 57 200 jóvenes de 18 a 24 años con el VIH. De estos, 25 300 tenían el VIH sin diagnosticar, lo cual representa la tasa más alta de VIH sin diagnosticar entre todos los grupos de edad.

Entre los jóvenes de 13 a 24 años que recibieron el diagnóstico de VIH en el 2013, el 78 % fueron vinculados con la atención médica dentro de los 3 meses, lo cual representa la tasa más baja entre todos los grupos de edad. De los jóvenes que recibieron el diagnóstico de VIH en el 2011 o antes, el 52 % aún continuaban en la atención médica para el VIH a finales del 2012.

En el 2013, 109 jóvenes de 15 a 24 años murieron por el VIH o el SIDA.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades identifican que jóvenes de 13 a 24 años representaron más de 1 de cada 5 de los diagnósticos nuevos de VIH en el 2014, los cuales representan un estimado de 22 % de todos los diagnósticos nuevos del VIH en los Estados Unidos en ese año (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades: el VIH en los Jóvenes, 2016).

Son alarmantes las cifras que algunas asociaciones nos presentan con respecto a esta enfermedad que se ha proliferado a tal magnitud por todo el mundo.

La mayoría de los jóvenes contraen la infección por VIH por medio de las relaciones sexuales. Con respecto a los datos arrojados por todos aquellos que se han dedicado a investigar e indagar a cerca de esta condición que cada vez es más frecuente, varios factores dificultan la prevención de la infección por el VIH en los jóvenes. Muchos de ellos no se preocupan por la posibilidad de contraerla. Es posible que no tomen medidas para prevenirla, tales como el uso de condones durante las relaciones sexuales (infoSIDA, 2016), pero no solo podemos suponer que este factor de riesgo exista nada más, y si analizáramos la situación que ha orillado a estos jóvenes a tomar esa decisión de realizar esa práctica sexual de riesgo, tal vez y solo tal vez podríamos deducir que uno de estos factores fuese la dinámica familiar ya que de acuerdo con Marelysc los padres desempeñan un papel muy importante en la formación de la personalidad de las niñas y niños; pues ellos dan las pautas de comportamiento de roles o papeles, que nos caracterizan y nos llevan a



actuar de tal o cual manera; conocer el papel que tenemos dentro de la familia y la sociedad y aprender a manejarlo es un aspecto determinante para comprender los propios sentimientos y saber cómo actuar consigo mismo y con los demás. (Maradysc s.f, Dinámica familiar)

La investigación planteada puede ayudar a crear un nuevo instrumento para recolectar o analizar datos. Asimismo los resultados de la investigación ayudarán a identificar si la dinámica familiar está asociada a la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Morelia, Morelia, México al igual que se podrá conocer a mayor medida la relación entre estas variable.



III. Planteamiento del problema

El proceso central en la familia es la comunicación, entendida como las pautas recurrentes de interacción entre los miembros de la familia junto con el desarrollo evolutivo tanto individual como familiar, las pautas de vinculación afectiva y los mecanismos de adaptación y de resolución de conflictos.

Según Jackson, “la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que esta funcione bien o mal como unidad” (Pacheco y Lorena, Dinámica Familiar Teorías).

Desde tiempos atrás se ha venido observando un incremento en la actividad sexual en una parte de la población específicamente los jóvenes universitarios lo cual puede concurrir a Conductas Sexuales de Riesgo, estudios como el de García Vega y colaboradores “Sexualidad, Anticoncepción y Conductas Sexual de Riesgo en Adolescentes” (2003) reporta poca diferencia entre las prácticas sexuales y la edad de inicio entre hombres y mujeres. En su estudio participaron 815 estudiantes españoles en el cual el consumo de alcohol y la cantidad de parejas sexuales fueron las conductas sexuales de riesgo más asociadas. En un trabajo de tesis elaborado por Rojas C. Gladys sobre Factores de Riesgo en las Conducta Sexual en los Adolescentes (2009) el cual analizó y determinó conforme a su población de estudio las siguientes cifras, 67% ya ha tenido relaciones sexuales y solo un 33% no ha iniciado su vida sexual activa y el 32% de la población concentrada de estudio no utiliza algún método durante sus relaciones sexuales. En un estudio de Murphy et al (1998) citado en el trabajo de Espada Sánchez y colaboradores titulado “Conductas Sexuales de Riesgo y Prevención de SIDA en la Adolescencia” destaca que el 87% de los adolescentes no se considera en absoluto riesgo y más de un tercio estimaba que no era posible contraer el VIH/ SIDA en un futuro próximo y el 42% considera que tiene un 50% de probabilidad de adquirirlo.

Con respecto a lo anterior mencionado podemos deducir que el mal funcionamiento de una dinámica familiar puede generar conflictos en el joven universitario, teniendo como objetivo de la investigación establecer la asociación entre la dinámica familiar y la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de la Dependencia de Educación Superior (DES) de Ciencias de la Salud de Morelia, México.



Esto dio pauta a la siguiente interrogante

¿Existe asociación entre dinámica familiar y conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de la DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México?



IV. Objetivos

5.1 Objetivo General

Establecer la asociación entre la dinámica familiar y la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de las DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México.

5.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio
2. Identificar el nivel de dinámica familiar (ERI) en las tres dimensiones (Unión, Expresión y Dificultad) en los Jóvenes Universitarios de las DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México
3. Identificar el nivel de Conducta Sexual de Riesgo de Jóvenes Universitarios de las DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México
4. Correlacionar la CSR con la dinámica familiar

V. Hipótesis

La dinámica familiar está asociada a una conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de la DES de Ciencias de la Salud de Morelia, Michoacán.



Capítulo II



VI. Marco teórico

La presente investigación muestra una noción más amplia de las variables de estudio, las cuales se encuentran explícitas a continuación dentro de este apartado debido a su gran importancia.

6.1. Dinámica familiar

Las relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que existen en las familias se denomina dinámica familiar (Torres, 2008).

La familia se comporta como un sistema dinámico en el que sus elementos son seres humanos, con expectativas y objetivos similares, que mutuamente se estimulan y en donde el amor pretendiera ser el mediador primordial de las transacciones intrafamiliares. Francisco Nápoles en su artículo "Grado de correlación en la percepción de la dinámica familiar entre ambos padres de preescolares que acuden a Guarderías del DIF Jalisco" cita a Jackson el cual nos menciona y define la dinámica familiar como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad; mientras que Satir la misma investigación complementa señalando que cuando la familia funciona bien es considerada como una dinámica familiar funcional y cuando funciona mal como una dinámica familiar disfuncional (Nápoles et al, 2005).

Las familias mexicanas han estado expuestas a cambios económicos, demográficos y socioculturales entre los cambios significativos que ocurrieron en las familias mexicanas sin generalizar ya que no todas ellas han sido influenciadas al cambio encontramos un incremento en donde el padre y la madre tiene que salir ambos a trabajar, el descenso en la tasa de fecundidad y procreación de hijos, el alargamiento en la esperanza de vida, cambios en la nupcialidad, en la disolución de las uniones y en la multiplicidad de modelos culturales. Han modificado significativamente el tipo de relaciones que se establecen en el hogar, así como la re significación de los roles (Torres, 2008).

Una contribución importante sobre la dinámica familiar es la percepción y discusión acerca de la relación que guarda la desigualdad social y de género. Se observa claramente que al hablar de dinámica familiar se nos viene a la mente el género femenino, las mujeres madres de familia o mujeres en general inmediatamente a la mente ya que gran parte de la dinámica familiar se otorgaba



a la mujer como labor reproductiva o trabajo doméstico quedando esto atrás al integrar al sexo masculino a esta dinámica familiar ya que en la actualidad en las familias ambos miembros realizan trabajos sociales para mejorar la calidad de vida de esta al igual que contribuyen a la crianza de los hijos.

Comparativamente con lo anterior mencionado las mujeres siguen siendo el principal eslabón en la dinámica familiar ya que aparte de fungir como jefa de hogar realizando labores para proveer ingresos económicos al núcleo familiar continúa su jornada laboral con el trabajo extra doméstico teniendo como mal pronóstico el descuidar a sus hijos y la crianza.

Uno de los factores importantes que actualmente propician profundos cambios en la dinámica de la familia ha sido la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral, dejando por consiguiente a sus hijos en manos de personas o instituciones encargadas del cuidado de los mismos durante el horario de trabajo. En estos centros especializados en el cuidado del menor se han realizado múltiples estudios epidemiológicos considerándose principalmente a los menores asistentes a ellos con mayor riesgo de presentar diversos tipos de enfermedades. Este fenómeno social relativamente nuevo en México podría convertirse en ciertas circunstancias familiares en un foco de tensión o de caer en una franca disfunción de la dinámica de la familia (Nápoles et al, 2005).

Pero qué relación tiene la dinámica familiar con respecto a las CSR, en consecuencia de toda esta dinámica familiar disfuncional se crea un abismo en la relación afectiva de los hijos e hijas con los padres, jefes o jefas de familia, la cual debieron crear para llevar a cabo una relación estable, firme, basada en la confianza, proporcionando al individuo la autoestima, el amor paternal o maternal de sentirse protegidos para que sea un individuo capaz de tomar decisiones consientes con respecto a su sexualidad y evitar que este busque ese afecto en conductas sexuales de riesgo evitando así el contagio de VIH/SIDA.

6.2. Familia

Es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla.

La familia es un componente de la estructura de la sociedad. Como tal se encuentra condicionada por el sistema económico y el periodo histórico- social y cultural en el cual se desarrolla. Es un grupo que funciona en forma sistémica como subsistema abierto, en interconexión con la sociedad y los otros subsistemas que la componen. Debe de estar integrado al menos por dos



personas, que conviven en una vivienda o parte de ella y comparten o no sus recursos o servicios (Alcantar et al, 2014).

La familia es concebida como un grupo de personas unidas por una historia social e individual atravesada por lazos afectivos y comunicativos; no necesariamente unidas por vínculos consanguíneos y con el ingreso de la mujer al mercado laboral, la dinámica interna de la familia sufre transformaciones significativas, evidentes en los roles, la autoridad, la comunicación, el afecto, los límites y las normas (Gallego, 2012).

La definición de familia tradicional está quedando cada vez más en el pasado, la familia es un núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto. Cada sociedad suele tener uno o más tipos de organización familiar, pero algo muy importante es que, en la familia, sea del tipo que sea, las personas que conforman ese grupo, tienen relaciones de parentesco y afectivas.

En este grupo familiar se transmiten los valores de la sociedad en la que se vive. Por lo tanto, la familia es reproductora del sistema social hegemónico de una época y sociedad determinada.

De acuerdo con el concepto de familia propuesto por la sociología, se puede definir a la familia como un grupo social que está unido por relaciones de parentesco, tanto por vía sanguínea como por relaciones afectivas. Estos grupos familiares reproducen formas, valores sociales y culturales que están instalados en una sociedad.

En la sociedad occidental la familia ha venido cambiando en función de los cambios sociales y hoy en día tiene diversas formas, a diferencia de la versión de familia clásica que se desarrolló a lo largo del siglo XX. Es por eso que la definición de familia como núcleo social, compuesto por un padre, una madre y los hijos, ya no es la más frecuente, los cambios en el mundo del trabajo y la mercantilización de la vida cotidiana así como los cambios legales y sociales en torno a la diversidad sexual han modificado y diversificado el concepto de familia en cuanto a sus formas.

6.2.1 Composición o estructura de la familia

1. Tamaño (número de miembros):
 - a) Pequeña: de 2 a tres miembros.
 - b) Mediana: de 4 a 6 miembros.



c) Grande: de 7 y más miembros.

2. Número de generaciones:

- a) Unigeneracional.
- b) Bigeneracional.
- c) Trigeneracional.
- d) Multigeneracional.

3. Ontogénesis de la familia:

a) Familia nuclear: es la integrada por una pareja que tenga hijos o no, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores, adopción y el equivalente de pareja.

- Pareja sin hijos y pareja sin hijos en el hogar.
- Familia Mono parenteral: integrada por uno de los dos padres y uno o más hijos.
- Familia biparenteral: integrada por el padre y la madre, y uno o más hijos.
- Familia con padres ausentes: integrada solo por dos o más hermanos.
- Familia reconstituida: la característica de que uno o los dos miembros ya tuvieron al menos un matrimonio anterior, hayan tenido hijos o no.
- Equivalente de pareja: pareja de homosexuales que se reconoce a sí misma como pareja ante el equipo de salud; en la actualidad ya es reconocido legalmente el matrimonio entre personas del mismo sexo consolidándolos como familia según la definición de esta.

b) Familia extensa: aquella que descienda de un mismo tronco, independientemente del número de generaciones y que esté integrada por una pareja con hijos cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja o equivalente de pareja ,con descendencia o sin ella:

- Familia integrada con padres con hijo(s) casado(s) sin nieto(s).
- Familia integrada con padres sin hijo(s) casado(s) sin nieto(s).
- Familia integrada por abuelos y nieto(s) sin la presencia de los padres.



- Familia integrada por dos hermanos o más, siempre que al menos uno tenga pareja.
- c) Familia ampliada: cuando a la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. Se pueden considerar otros casos en los que a un no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, si existen de convivencia y afinidad (Alcantar et al., 2014 pp. 14-15).

6. 3. Conducta Sexual de Riesgo

La Conducta Sexual de Riesgo, la cual considera la experiencia sexual, las actividades íntimas y el comportamiento sexual. Las conductas sexuales de los jóvenes que se consideran de riesgo para VIH/SIDA son el inicio sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales y relaciones sexuales sin protección. En una investigación sobre comportamiento sexual realizada en adolescentes, se reportó que los jóvenes habían iniciado sus relaciones sexuales a edades tempranas y con parejas inestables. Algunos científicos estudiaron los predictores de conductas sexuales de riesgo en adolescentes y revelaron que el 31.8% ya se había iniciado sexualmente y tenía una pareja estable, pero no vivían juntos; el 33.1% tenía relaciones sexuales con sus parejas y el 3.8% le era infiel (Deborah, Medoff, Oyeniya y Gloria; 2007).

Cada minuto una mujer joven se infecta con VIH. En el 2009 el VIH fue la principal causa de muerte de mujeres en edad productiva. En el mundo hasta finales del 2013 fueron 35 millones de personas viviendo con VIH. Es la cuarta causa de muerte a nivel mundial y la primera en el continente africano. En América latina cerca 150,000 personas mueren anualmente por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Estados Unidos de América y Canadá, juntos, tienen cerca de 1.3 millones de pacientes con SIDA. Estados Unidos reportó 46 000 nuevos casos de seropositivo y cerca de 21,000 personas mueren anualmente por la enfermedad (Secretaría de Salud, 2002).

En el primer informe que presentó ONUSIDA en el 2014, reveló que 19 de los 35 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo no saben que son VIH positivo. (Briones, 2002)

En México, a principios del 2014, se reportaron 170.963 casos registrados de Sida. La entidad que registró más casos acumulados es el Distrito Federal, seguido por el Estado de México, Veracruz, Jalisco y Chiapas. (Hernández S. y cols; s.f. Metodología de la Investigación, McGrawHill; 4ª)



Michoacán ocupó el lugar décimo segundo en la república Mexicana en cuanto a número de casos registrados de VIH, según CENSIDA (Centro Nacional para la prevención y control de VIH/SIDA) en el segundo trimestre del 2014 (Secretaría de Salud, 2002). 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 jurisdicción sanitaria de la Secretaría de Salud hasta el 2014 los casos registrados en Michoacán de VIH son 1050, de los cuales son 722 hombres y 328 mujeres. A finales del 2013, se estimó que en el mundo son 35 millones de personas viviendo con VIH (Secretaría de Salud, 1986).

Jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección por VIH, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas se trate de parejas estables u ocasionales y el no usar condón (CENSIDA SS/DGE, 2010). Se puede decir que una autoestima baja, aunada con una dinámica familiar disfuncional y un estado socio-afectivo bajo, pueden ser las directrices para tener conductas sexuales de riesgo, al buscar a través de las prácticas sexuales, cubrir huecos afectivos que no han podido ser llenados y que tienen su origen en la familia, en el afecto y en la comunicación (Revista de Salud Pública de México: estadísticas de mortalidad, 2004).

En un estudio llevado a cabo entre niños españoles de 9 a 14 años, un 14% de los niños varones de 11-12 años manifestaron haber tenido relaciones sexuales de algún tipo con otros niños y ese porcentaje fue del 35,4% a los 13-14 años. En otro estudio realizado en el mismo país entre adolescentes, el 18% de los adolescentes de 15-16 años manifestaron realizar sexo oral y el 14%. Prácticas que implicaban el coito vaginal (Gomes et al, 2011).

En relación con las prácticas sexuales de riesgo, específicamente en Colombia, se ha encontrado que los hombres inician su vida sexual a los 13, 14 años en promedio y las mujeres a los 14, 18 años; todo lo contrario a un estudio situado en España el cual nos menciona en lo que se refiere al comportamiento sexual, se observa que un sector importante de los universitarios es conservador desde un punto de vista sexual puesto que a los 20 años, más de un tercio de hombres y más de la mitad de las mujeres todavía no han experimentado el coito (Rodríguez y Pineda ,2009 véase también Bayés et al. 1996)

En un estudio sobre el uso del condón entre adolescentes, se encontró que los hombres tienen un mayor control acerca de quién decide el uso del condón en la primera relación sexual



(57.2% de los hombres y 41.4% de las mujeres). Se observó que es 3.5 veces más probable que los jóvenes de 18 a 19 años de edad usen condón en la primera relación sexual que los jóvenes de 12 a 13. Como se puede apreciar, explicar qué factores intervienen en la conducta sexual del joven es difícil, por lo que con frecuencia los investigadores se apoyan en modelos teóricos para entender la naturaleza de este fenómeno. (Instituto nacional de geografía México, 2013)

Se han realizado estudios sobre conductas sexuales de riesgo, como el “Modelo motivacional para la prevención de la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes”, esta investigación se realizó en Monterrey y Nuevo León, en donde se concluyó que a mayor edad se presentan conductas sexuales de riesgo y que a menor autodeterminación los jóvenes presentan mayores conductas de riesgo (Valle, 2011).

En el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de la infección por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA (Kreitzer, 2009 véase también Ross H, 2003) investigación previa (Vinaccia y Orozco, 2005).

De esta forma, se hace importante estudiar, además de la prevalencia de las enfermedades de orden sexual entre jóvenes, también los factores relacionados a los contextos de vida de los jóvenes envueltos en la realización de ese tipo de conducta de riesgo (Kreitzer et al. 2009 véase también Medoff, 2007).



6.4. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

VIH son las siglas de Virus de Inmunodeficiencia Humana, que es el nombre dado al virus que provoca la enfermedad. El VIH actualmente es considerado una enfermedad crónica degenerativa. Estar infectado por el VIH es ser portador del virus y siendo portador se puede transmitir la infección a otras personas por lo consecuente la fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o SIDA, y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto (Bones et al. 2011 véase también OMS, 2015).

Agente Causal: El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, es decir a aquellos virus que cambian la estructura de las células que atacan. Es un virus esférico de 100nm de diámetro, con una doble envoltura lipídica que proviene de la membrana de la célula huésped. Debajo de la envoltura se encuentra la cápside de naturaleza proteica que protege al nucleoide, formado por dos cadenas de ARN (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, 2016).

El VIH tiene la particularidad de atacar a los linfocitos T4 (ya que el virus tiene tropismo: atracción instintiva por dichos linfocitos) que son los responsables de la inmunidad celular (alta densidad de receptores CD4). Aunque su presencia también fue detectada en varias células: linfocitos T como macrófagos, linfocitos B, algunas células intestinales, y en menor cantidad, en neuronas (Ross, 1994; Hytko, J.; Kright, S., 1999; et al. 2003).

Huésped: El organismo minado por el ataque, desorganiza sus defensas y se convierte en una puerta abierta a una infinidad de virus, bacterias, hongos, que ocasionan de manera gradual y sucesiva, graves infecciones. El organismo suele tener una reacción violenta ante la presencia y diseminación del VIH en su sangre. Estas reacciones (fiebre, cansancio, inflamación de ganglios) sobrevienen a unas 4 semanas de la entrada del VIH y duran entre 1 y 4 semanas. El cuadro llamado de infección aguda por VIH, puede no producirse. También sucede que pase desapercibido o se lo confunda con un estado gripal fuerte. (OMS, 2016)

Portador asintomático es aquella persona que se encuentra infectada por el VIH y, sin embargo, no presenta ningún síntoma relacionado con el virus. En esta fase el VIH evoluciona lentamente y el organismo no produce reacciones visibles. Este período también es conocido como "período de seroconversión" o "período ventana". Tras la infección, la persona demora entre uno y



tres meses en desarrollar anticuerpos en cantidad suficiente como para que los detecte un análisis (Secretaría de Salud, 2002).

Vías de transmisión del VIH:

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible contagiarse a resultas de contactos de tipo corriente y cotidiano como puedan ser los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas que son ideas erróneas y prejuiciosas con respecto al tema (OMS, 2015).

Son tres: sanguínea, sexual y vertical. (Kreitzer MJ; Gross CR; Waleekhachonloet OA; Reilly-Spong M; et al. 2009)

1. La transmisión por sangre se realiza principalmente:

- a. A través del intercambio de jeringas contaminadas u objetos cortantes o punzantes.
- b. En el embarazo o parto: la infección puede producirse durante el embarazo (a través de la placenta), pero puede darse también en el momento del parto.
- c. A través de transfusiones: en este caso la probabilidad de infectarse es mayor que en el resto de los casos.
- d. Por contacto de herida con herida

2. La transmisión por vía sexual se realiza principalmente:

- a. Por sangre
- b. Por semen
- c. Por flujo vaginal

3. La transmisión vertical se realiza principalmente:

- a. El intercambio de sangre por la placenta o en el parto
- b. A través de la lactancia, también es posible.



Signos y Síntomas: Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre (Briones G, 2002) Aunque en la mayoría de los casos el pico de infectividad se alcanza en los primeros meses, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas. En las primeras semanas que siguen al contagio, las personas a veces no manifiestan ningún síntoma, y otras presentan una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta. (Kreitzer, 2009)

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o diversos tipos de cáncer, por ejemplo linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros (Ross, 1994; Hytko, J.; Kright, S., 1999; O'Connel, K.; Lofty, M.; Fleck, M.; et al. 2003).

Tratamiento

El VIH se puede combatir mediante una poli terapia que comprenda tres o más antirretrovíricos. Aunque no cura la infección por VIH, este tipo de tratamiento controla la replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones.

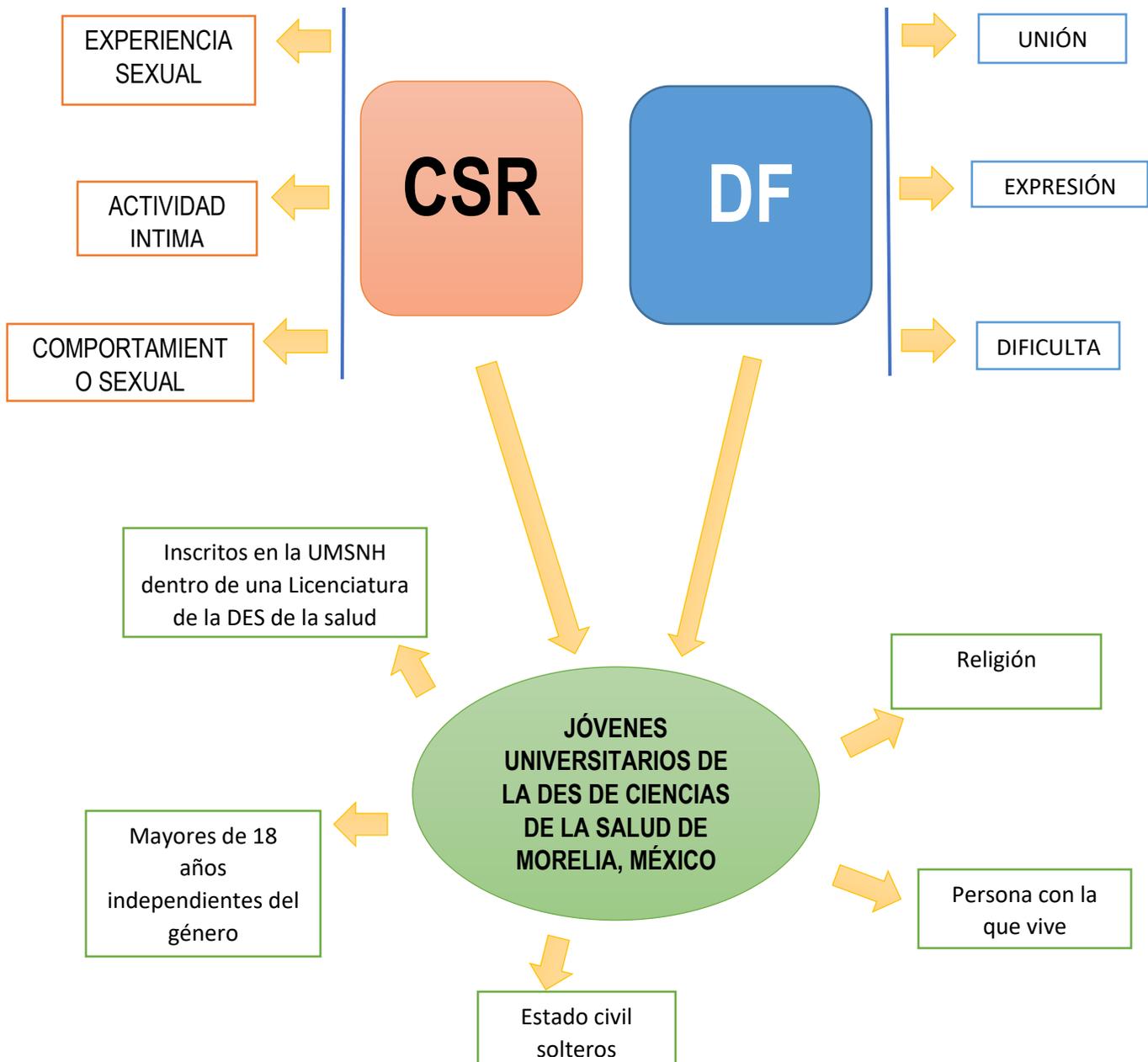
En 2015 la OMS publicó el documento titulado Directrices sobre cuándo iniciar el tratamiento antirretrovírico y sobre la profilaxis del VIH antes de la exposición, en el que recomienda que, una vez diagnosticada, toda persona infectada por el VIH inicie el tratamiento antirretrovírico lo antes posible.

A mediados de 2015, en el mundo había 15,8 millones de personas con VIH que estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico. A finales de 2014, el 40% [37–45%] de la totalidad de las personas con VIH estaban en tratamiento antirretrovírico (OMS, 2015).



Figura 1

Dinámica Familiar asociada a la CSR en jóvenes de la DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México.



Nota: Fuente directa.



Capítulo III



VII. Material y métodos

7.1. Tipo de estudio

Es un estudio cuantitativo, correlacional, transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

7.2. Universo y muestra

La población fueron jóvenes entre 17 y 46 años que estudian en cinco facultades incorporadas al área de la salud en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo de Morelia, México.

7.3. Tamaño de muestra

La muestra fue por conveniencia de 616 jóvenes universitarios que se encuentren inscritos en la Facultad de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, Escuela de Quimicofarmacobiología, Escuela de Enfermería y Salud Pública, Facultad de Odontología y Facultad de Psicología de las DES de la Salud.

7.4. Criterios de selección

Los criterios que se tomaron en cuenta para la participación de los estudiantes fueron los siguientes:

Criterios de inclusión.

- Hombres y/o mujeres mayores de 18
- Que se encuentren inscritos en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Que se encuentren estudiando en una de las siguientes Licenciaturas: Enfermería, Quimicofarmacobiología, Odontología, psicología o Medicina.
- Solteros, que no vivan en unión libre.
- Indistintamente de su acceso al sistema de seguridad social para atención a la salud, su religión, su preferencia sexual.

Criterios de exclusión.

Los participantes que:

- No cumplieran los criterios de inclusión.
- Que tuvieran complicaciones o un padecimiento que involucre un compromiso cognitivo-conductual que impida el entendimiento de los cuestionarios.
- Aquellos que no deseen participar en el estudio

7.5. Definición de variables.

Véase apéndice C de operacionalización de variables.



7.6. Técnicas de Recolección de Información

Las Técnicas para la recolección de la información serán las siguientes:

7.6.1.- Factores personales

Los Factores Personales (Edad, Género y Licenciatura), serán medidos por medio de una cédula de identificación general. Véase Apéndice E.

7.6.2.- Evaluación de relaciones Intrafamiliares

Es una escala autoadministrada con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo (Véase anexo 1). El instrumento denominado E. R. I. tiene tres versiones completas de esta escala (larga, intermedia y breve). Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos (Rivera Heredia y ME. Andrade Palos A. 2012).

7.6.3. - Conducta sexual de Riesgo.

Se utilizarán tres escalas de medición en base al estudio realizado por la Dra. Valle M.O. Llamado "Modelo motivacional para la prevención de la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios" (Valle M.O, 2011) Experiencia Sexual (Anexo 2), Actividades Íntimas (Anexo 3) y Comportamiento Sexual (Anexo 4). El objetivo del instrumento experiencia sexual será identificar las prácticas sexuales previas que ponen en riesgo al joven para contraer ITS/VIH-SIDA (Ingle dew, D. K. & Ferguson, E. 2007). Este instrumento, consta de 8 reactivos, las opciones de respuesta que pueden ser dicotómicas (Si y No) y numéricas, en donde de acuerdo a la respuesta se asigna un punto según los criterios establecidos por Ingle dew y Ferguson. Puntuaciones mayores indican que el joven se ha involucrado en mayores conductas de riesgo sexual. Para medir las variables actividades íntimas y comportamiento sexual, se utilizarán 14 preguntas de la de la encuesta de salud estudiantil del 2001 de razón por las cuales tener y no tener sexo (Marín, B.V., 2000) Las respuestas son de tipo Likert que van desde: Nunca he tenido sexo y Nunca usamos condones (Ingle dew, D. K. & Ferguson, s.f.).



7.7. Prueba piloto

Para medir las variables de estudio se utilizaron los siguientes instrumentos: escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares y Conducta Sexual de riesgo con tres escalas: Experiencia Sexual, Actividades Íntimas y Comportamiento Sexual, de las cuales se obtuvo el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.96 y 0.86 respectivamente en el año 2016 aplicado a 54 personas con las características de la muestra, y no fue necesaria la modificación de ítems.

7.8. Procesamiento de análisis de datos

Se utilizará el paquete estadístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versión 17.0 para Windows. Se hará uso de la estadística descriptiva e inferencial; la estadística descriptiva permitirá conocer las características de los participantes del estudio a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central así como medidas de variabilidad. Se obtendrán índices para las escalas y sub escalas de los instrumentos, se determinará la confiabilidad de las escalas por medio del coeficiente Alpha de Cronbach, correlaciones para cada reactivo y se obtendrá también el análisis de Factores de cada escala y la rotación ortogonal de Varimax para su confiabilidad; posteriormente se utilizará la prueba de normalidad para decidir el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas a través de la prueba de Kolmogorov – Smirnov.

La estadística inferencial se utilizará para verificación de objetivos, responder las preguntas de investigación y prueba de hipótesis (Samipieri Roberto y colbs. Metodología de la Investigación, Mc GrawHill; 4^a).

7.9. Infraestructura

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, cuenta con licenciaturas que se encuentran reunidas en su mayoría, en el espacio físico de Ciudad Universitaria ubicada al sur de la ciudad de Morelia. Sin embargo, las facultades en donde se recolectaron los datos se encuentran fuera de ella. Los espacios físicos de cada facultad cuentan con aulas para los estudiantes, es aquí, en donde se captarán a los estudiantes para realizar los cuestionarios.



7.10. Organización

7.10.1 Recursos Humanos

Responsable. El Pasante de Licenciatura en Enfermería del Servicio Social (P.L.E.S.S.) será el responsable del proyecto de investigación, teniendo bajo su responsabilidad la elaboración del protocolo de investigación. Solicitará autorización a las instituciones en las cuales se tomara la muestra, aplicara instrumentos, elaboración de la base de datos y vaciamiento de la información. Posterior a las actividades antes mencionadas efectuara el análisis e interpretación de resultados y elaboración de tabla e informe final.

Asesor. La Dra. Mayra Itzel Huerta Baltzar coordinará y asesorará al P.L.E.S.S durante todo el proceso de investigación.

Participantes; jóvenes universitarios de las DES de la salud de la UMSNH.

7.10.2. Programa de trabajo.

Véase cronograma de actividades en apéndice A.

7.10.3. Presupuesto.

Este proyecto obtuvo financiamiento por parte del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP).

Véase apéndice B.

VIII. Plan de difusión y plan de resultados

Los resultados obtenidos en esta investigación serán presentados en foros y congresos nacionales e internacionales del ámbito de enfermería e investigación.



IX. Consideraciones Éticas y legales

En lo que respecta a este apartado, esta investigación, se acató 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.



Capítulo VI



X. Resultados

En este apartado se da a conocer el producto de la aplicación de todos los instrumentos que se realizó a las diferentes DES de la salud en una muestra de 616 jóvenes incorporados en la universidad de la DES de las Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en la presente investigación teniendo como objetivo general establecer la asociación entre la dinámica familiar para conductas sexuales de riesgo para el VIH/SIDA.

Con respecto al objetivo uno, relacionado a las variables sociodemográficas se presentan los siguientes resultados.

Se encontró que la edad que predominó fue la de 20 años como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.

Edad de los Jóvenes Universitarios de las DES de la Salud encuestados para identificar la asociación de CSR y DF en Morelia, Michoacán, 2016.

Edad	F	%
17-19	231	37.5
20-22	304	49.3
23-25	64	10.3
26-28	9	1.4
29-31	5	0.83
29-31	1	0.16
44	1	0.16
46	1	0.48
Total	616	100

Nota: Cédula de identificación

Se observó que el 65.4 % de la población de estudio corresponde a 403 de los participantes siendo estos del género femenino, el 34.6% de la población de estudio correspondiendo a 213 participantes los cuales son del género masculino, lo cual se muestra en la tabla 2.



Tabla 2.

Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo al género, Morelia, Michoacán, 2016.

Género	F	%	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Masculino	213	34.6	34.6	34.6
Femenino	403	65.4	65.4	100
Total	616	100	100	

Nota: Cédula de identificación

Se encontró que el 90.9 % de la población de estudio corresponde a 560 de los participantes los cuales son solteros, un 5.2% de la población de estudio corresponde a 32 de los participantes los cuales son casados, el 3.4% de la población de estudio correspondiente a 21 participantes se encuentran en unión libre y solo un .5% de la población de estudio correspondiente a 3 participantes son divorciados lo cual podemos como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3.

Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo con su estado civil, Morelia, Michoacán, 2016.

Estado civil	F	%	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Soltero	560	90.9	90.9	90.9
Casado	32	5.2	5.2	96.1
Unión libre	21	3.4	3.4	99.5
Divorciado	3	.5	.5	100
Total	616	100.0	100	

Nota: Cédula de identificación

Se observó que el 82.5 % de la población de estudio son católicos que corresponde a 508 de los participantes y el 17.5% de la población de estudio correspondiente a 108 participantes mencionan practicar otra religión lo cual se expone en la tabla 4.



Tabla 4.

Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo a su religión, Morelia, Michoacán, 2016.

Religión	F	%	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Católica	508	82.5	82.5	82.5
Otra	108	17.5	17.5	100
Total	616	100.0	100	

Nota: Directa

Encontramos que el 74.5 % de la población de estudio viven con su familia de los cuales corresponden a 459 participantes, 16.9% de la población de estudio correspondiente a 104 de los participantes los cuales viven solos y el 8.6% de la población de estudio que corresponden a los 53 participantes restantes seleccionaron la opción otros lo cual se manifiesta en la tabla 5.

Tabla 5.

Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo a la persona con la que viven, Morelia, Michoacán, 2016.

Vives con	F	%	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Familia	459	74.5	74.5	74.5
Solo	104	16.9	16.9	91.4
Otro	53	8.6	8.6	100
Total	616	100.0	100	

Nota: Cédula de identificación

Se observó que 180 de los participantes corresponden al 29.2 % de la población de estudio los cuales pertenece al primer semestre, 173 participantes corresponden al 28.1% de la población de estudio pertenecientes al quinto semestre, 122 de los participantes corresponden al 19.8% de la población de estudio que pertenecen al tercer semestre, en el séptimo semestre se observa que 8.6% de la población de estudio correspondiendo a 53 de los participantes. En cuarto y segundo semestre se observa una diferencia mínima en participantes siendo segundo semestre 37 los participantes con un porcentaje 6.0% de la población de estudio en cambio cuarto semestre presenta



31 participantes con un 5.0% de la población de estudio, 2.6% de la población corresponde a 16 de los participantes que se encuentran en el noveno semestre y como último se encuentra 2 de los participantes con un .3% de población de estudio en los semestres sexto y octavo; lo cual se expone en la tabla 6.

Tabla 6.

Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo al semestre o año, Morelia, Michoacán, 2016.

Semestre o año	F	%	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
1	180	29.2	29.2	29.2
2	37	6.0	6.0	35.2
3	122	19.8	19.8	55.0
4	31	5.0	5.0	60.1
5	173	28.1	28.1	88.1
6	2	.3	.3	88.5
7	53	8.6	8.6	97.1
8	2	.3	.3	97.4
9	16	2.6	2.6	100
Total	616	100.0	100.0	

Nota: Cédula de identificación

Se encontró que 107 de los participantes corresponden a la Licenciatura de Medicina perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”; siendo el 17.4 % de la población de estudio. El 17.0 % de la población de estudio corresponde a 105 participantes de la licenciatura de Psicología, de igual manera con los mismos valores se encuentran los participantes de la Escuela de Enfermería y Salud Pública. El 17.2 % de la población de estudio corresponde a 100 de los participantes de la licenciatura de Quimicofarmacología y como último con 99 participantes con 16.1 % de la población de estudio correspondientes a la Licenciatura en Enfermería lo cual se muestra en la tabla 7.



Tabla 7.

Frecuencia y porcentaje de la población de estudio de acuerdo a la licenciatura, Morelia, Michoacán, 2016.

Licenciaturas	f	%	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Medicina	107	17.4	17.4	17
Psicología	105	17.0	17.0	34.4
Odontología	100	16.2	16.2	50.6
Fac. Enfermería	99	16.1	16.1	66.7
Escuela de enfermería y Salud Publica	105	17.0	17.0	83.8
Quimicofarmacobiología	100	16.2	16.2	100
Total	619	100	100	

Nota: Cédula de identificación

Con respecto al objetivo dos se Identificó el nivel de dinámica familiar (ERI) en las tres dimensiones (Unión, Expresión y Dificultad) en los Jóvenes Universitarios de las DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México el cual se muestra en la tabla 8.

Tabla 8.

Nivel de dinámica familiar en las tres dimensiones.

	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Unión	3.8784	4.0000	1.20845	.00	9.00
Expresión	.5308	.0000	1.04330	.00	4.00
Dificultad	3.0844	3.0000	.99070	.00	4.00
T_ERI	3.9724	4.0000	1.61826	.00	11.00

Nota: instrumento ERI= Escala de Relaciones Intrafamiliares e instrumentos de CSR= Conducta Sexual de Riesgo (ES= Experiencia Sexual, AI= Actividades Intimas y CS= Comportamiento Sexual)

Con respecto al tercer objetivo se identificó el nivel de Conducta Sexual de Riesgo de Jóvenes Universitarios de las DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México.



Se observó con respecto a la experiencia sexual de riesgo que el 69% de la población de estudio la cual corresponde a 425 de los participantes tiene riesgo y un 31% de la población de estudio correspondiente a 191 participantes no tiene riesgo lo cual se muestra en la tabla 9.

Tabla 9.

Frecuencia de Experiencia Sexual de Riesgo de la población de estudios, de Morelia Michoacán 2016

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

Nota: Nota: instrumento ERI e instrumentos de CSR (ES, AI y CS)

Con respecto a la actividad sexual de riesgo se identificó que el 82.6 % de la población de estudio corresponden a 509 participantes de los cuales tiene riesgo y el 17.4% de la población de estudio corresponde a 107 participantes no presentan riesgo lo cual se muestra en la tabla 10.

Tabla 10.

Frecuencias de Actividad Sexual de Riesgo de la población de estudio. Morelia, Michoacán, 2016

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

Nota: instrumento ERI e instrumentos de CSR (ES, AI y CS)

Con respecto al comportamiento sexual de riesgo se observó que el 67.7 % de la población de estudio corresponde a 417 participantes tiene riesgo y el 32.3 % de la población de estudio correspondiente a 199 participantes que no tienen riesgo lo cual se muestra en la tabla 11.



Tabla 11.

Frecuencia de Comportamiento Sexual de Riesgo de la población de estudio, Morelia, Michoacán, 2016.

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

Nota: Nota: instrumento ERI e instrumentos de CSR (ES, AI y CS)

Con respecto al objetivo cuatro se identificó la correlación de DF con CSR.

El objetivo cuatro buscó determinar la correlación de dinámica familiar con conducta sexual de riesgo y se utilizó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman. Los resultados mostraron una correlación significativa en la dimensión unión en su interacción familiar y la dimensión de actividades íntimas ($r_s = -.090$; $p = .026$) y entre la dimensión de comportamiento sexual ($r_s = -.086$; $p = .034$). Se encontró que los jóvenes con menor unión en su interacción familiar presentan mayor conducta sexual de riesgo para VIH.

Los resultados mostraron una correlación significativa en la dimensión expresión en su interacción familiar y la dimensión experiencia sexual ($r_s = -.105$; $p = .009$), y con comportamiento sexual ($r_s = -.114$; $p = .005$). Se identificó que los jóvenes con menor expresión de emociones en su interacción familiar presentan mayor conducta sexual de riesgo.

Con respecto a la dimensión de dificultad como tercer apartado del instrumento ERI, no se encontró significancia con dificultades en su interacción familiar y conducta sexual de riesgo para VIH, lo cual se observa en la tabla 12.



Tabla 12.

Correlación de DF y CSR.

	ERI_Unión	ERI_Expresion	ERI_Dificultades	ERI	ES	AI	CS
ERI_Unión							
Coeficiente de correlación	1.000	.509**	-.198**	.613**	-.073	-.090*	-.086*
Sig.(bilateral)	.	.000	.000	.000	.071	.026	.034
ERI_Expresion							
Coeficiente de correlación	.509**	1.000	.299**	.629**	-.105**	-.058	-.114**
Sig.(bilateral)	.000	.	.000	.000	.009	.149	.005
ERI_Dificultades							
Coeficiente de correlación	.274**	.299**	1.000	.830**	-.075	-.007	-.061
Sig.(bilateral)	.000	.000	.	.000	.063	.853	.130
ERI							
Coeficiente de correlación	.613**	.629**	.830**	1.000	-.118**	-.047	-.106**
Sig.(bilateral)	.000	.000	.000	.	.003	.242	.009
ES							
Coeficiente de correlación	-.073	-.105**	-.075	-.118**	1.000	.342**	.806**
Sig.(bilateral)	.071	.009	.063	.003	.	.000	.000
AI							
Coeficiente de correlación	-.090*	-.058	-.007	-.047	.342**	1.000	.483**
Sig.(bilateral)	.026	.149	.853	.242	.000	.	.000
CS							
Coeficiente de correlación	-.086*	-.114**	-.061	-.106**	.806**	.483**	1.000
Sig.(bilateral)	.034	.005	.130	.009	.000	.000	.

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Nota: Nota: instrumento ERI e instrumentos de CSR (ES, AI y CS)



En las tabla 14 se muestra una correlación significativa entre dinámica familiar y conducta sexual de riesgo para VIH conforme a la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman.

XI. Discusión

La dinámica familiar representa la volatilidad y movilidad que se da en el clima relacional entre ellos y el exterior, nos mencionan Viveros & Arias (2006). El objetivo de este estudio es establecer la asociación entre la Dinámica Familiar y la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de las DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México.

En esta investigación se estudiaron 616 jóvenes universitarios que se encontraban inscritos en la Facultad de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, Escuelas de Quimicofarmacobiología, Escuela de Enfermería y Salud Pública, Facultad de Odontología y Facultad de Psicología de la DES de la Salud; de los cuales la mayoría fue de género femenino, esto es semejante a lo reportado por Uribe et al (2009) con una muestra 197 participantes, García et al (2012) con una muestra de 815 estudiantes pero diferente a lo que encontraron Rojas et al (2009) en un estudio efectuado con una muestra de 100 participantes, Piña et al (2004) con 319 personas.

Respecto a la edad de los participantes se encontró que la edad predominante en la presente investigación correspondió a jóvenes de edad de 20 años siendo esto similar a lo reportado por Uribe et al (2009), pero diferente a lo encontrado por Piña et al (2004), Lavielle et al (2013), Rojas et al (2009) y Valle et al (2011).

En relación con el estado civil 90.9 % de la muestra correspondiente a 560 participantes, se encuentran solteros semejante a lo encontrado por Uribe et al (2009) y Rojas et al (2009).

Cuando se analizaron los resultados de Experiencia Sexual de Riesgo observamos que el 69% de la población de estudio correspondiente a 425 participantes presenta riesgo y el 31 % correspondiente a 191 participantes mantiene una Experiencia Sexual de Riesgo con similitud a lo encontrado por Uribe et al (2009) ya que gran parte de las muestras de estudio ha contado o realizado una Experiencia Sexual de Riesgo. Asumiendo lo anterior podemos mencionar que la población juvenil a pesar de contar con la información sexual adecuada ha practicado en algún periodo una experiencia sexual de riesgo presentando probabilidades para la adquisición de ITS o en lo respectivo a adquirir VIH/SIDA.



Pérez de la Brrera y Pick (2006) citados por Uribe et al (2009) afirman que desde hace varios años se ha identificado la educación sexual integral como una base importante en el ejercicio de una sexualidad sana, responsable y libre de riesgo en poblaciones jóvenes.

Con respecto a la Prevalencia Actividad Sexual de Riesgo se obtuvo el 82.6 % de la muestra (509 participantes) presenta riesgo y el 17.4 % (107 participantes) no cuentan con riesgo de adquirir una Conducta Sexual de Riesgo para VIH/SIDA, de acuerdo con este resultado y en similitud con otras investigaciones como la de Piña et al (2004) y otros autores citados en la investigación del mismo autor (Moreno, Robles, Frías y Rodríguez; Villagrán y Diaz-Loving, 1999) “ concuerdan que es evidente que tanto hombres y mujeres universitarios siguen practicando diferentes conductas de riesgo para la infección por VIH”.

Examinando los resultados de la Prevalencia de la Conducta Sexual de Riesgo se encontró que el 67.7 % de la población de estudio tienen riesgo y un 32.3 % no presenta riesgo de contar con CSR. Dado que gran parte de la población en su mayoría presenta riesgo semejándose a lo encontrado por Valle (2011) el cual nos menciona que los jóvenes son un grupo vulnerable para el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Las conductas sexuales más frecuentes para VIH son: relaciones sexuales a temprana edad, múltiples parejas sexuales y uso de alcohol y droga durante las relaciones sexuales. Exhibiendo que en su mayoría los jóvenes han presentado una conducta sexual de riesgo.

Son diversos los estudios que abordan los temas relacionados con la dinámica familiar encontrando resultados cada vez mas de mayor interés que proporcionan conocimiento para propuestas de alternativas a la resolución de problemas.

En el apartado de la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI) encontramos tres dimensiones de estudio las cuales son las siguientes: como primera dimensión se encuentra la unión y apoyo, como segunda dimensión expresión de emociones, y dificultad en la interacción como tercera dimensión.

Respecto a la dimensión de unión y apoyo en las relaciones intrafamiliares se encontró que los jóvenes con mayor unión y apoyo en su interacción familiar presentan menores conductas sexuales de riesgo y que a menor unión y apoyo en su interacción familiar mayores CSR esto se relaciona con lo mencionado por Guevara citado en el estudio de Torres (2015) donde nos refiere



que la familia es considerada la primera institución que ejerce su influencia en el infante mediante la transmisión de valores, costumbres y creencias por medio de la convivencia diaria; así mismo es la primera institución educativa y socializadora del niño. Con lo anterior podemos percibir que si la unión y apoyo intrafamiliar no se genera a temprana edad esto puede llevar a una familia disfuncional y por consiguiente a CSR para los jóvenes que se encuentren en ese núcleo familiar.

Se identifica en el presente estudio que los jóvenes con menor expresión de emociones en su interacción familiar presentan mayores Conductas Sexuales de Riesgo y por ende a mayor expresión menores CSR referente a la segunda dimensión de la ERI.

Siendo esto parecido con lo encontrado por Sotomayor et al (2013) la cual nos señala en su estudio que los adolescentes con familias en las que la expresión del afecto es disfuncional y con una estructura monoparental y nuclear, es más frecuente un inicio temprano de la vida sexual. La misma autora nos aporta que ciertas características como lo es la expresión del afecto, si son positivas influyen en la conducta del adolescente favoreciendo el desarrollo adecuado de un nivel de autoestima y calidad de vida, lo cual promueve un funcionamiento adaptativo y reduce la probabilidad de presentar Conductas Sexuales de Riesgo.

A cerca de la tercera dimensión los jóvenes con dificultades en su interacción familiar sin presencia de significancia con CSR. Referente a esto Oliveira, Eternod y López citados en el trabajo de Torres et al (2015) nos mencionan que la dinámica familiar es el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio poder y conflicto que, tanto en hombres como mujeres y entre generaciones, se establecen en las familias alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones.

Esta interacción familiar debe de ser recíproca entre los integrantes de la familia con respecto a los roles proporcionados y adquiridos por cada uno, a la interacción de los mismos con la toma de decisiones para un bien común disminuyendo conflictos y mejorando así la interacción de la familia. Torres et al (2015) expone que cuando el ambiente familiar se propicia la comunicación, el afecto, la motivación, la autonomía, el manejo apropiado de la autoridad y la integración social y se valora el estudio los jóvenes manifiestan una mejor integración familiar.



XII. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos se determina que existe relación significativa entre la Dinámica Familiar y la CSR.

La mayoría de los participantes fueron del género femenino con una edad que oscilaba entre los 20 años de los cuales la gran parte de la población de estudio viven con su familia, solteros, de religión católica, de licenciatura de medicina de la facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez” y perteneciente al primer semestre de la formación académica dentro de la universidad.

La dinámica familiar implica un aspecto importante en la formación del futuro individuo que se enfrentara ante la sociedad misma, siendo esta la que proporcione las herramientas como es el afecto por parte de los integrantes de la familia, la distribución del rol e identidad de este dentro y fuera del entorno familiar, la versatilidad de interactuar con individuos, proporcionar los valores ya que es el primer contacto como institución.

Si esto resultase en diferentes situaciones que desestabilizaran la dinámica familiar el hijo o hija que se encuentre dentro de esa familia podría adquirir CSR en un futuro no muy lejano como lo es en el periodo en el que el joven se integra a un ambiente más independiente en busca de su identidad y faltantes que su dinámica familiar omitió.

Es importante actuar desde el núcleo familiar, la infancia y el cariño afectivo que se otorga a los integrantes de la familia, para que la dinámica familiar sea lo mas funcional posible ya que los niños menos predisponentes a CSR son aquellos donde la familia es funcional y se a brindado todo el amor, autoestima, cariño, respeto, desde los comienzos del infante ya que el amor nos ayuda a prevenir estas CSR y en cambio una carencia en el afecto con lleva a una dinámica familiar disfuncional y con ello a adquirir CSR en un futuro, el amor y afecto lo es todo para una familia funcional. Respecto a los resultados encontrados podemos confirmar que la dinámica familiar si está asociada en la adquisición de CSR.

Los resultados obtenidos nos proporcionaron algo inesperado, muestran que el instrumento ERI utilizado puede ser considerado para medir la interacción familiar.

La dinámica familiar es un tema cada día de mayor interés asociado con diferentes variables de estudio ya que puede proporcionar valiosa información para la creación de estrategias de



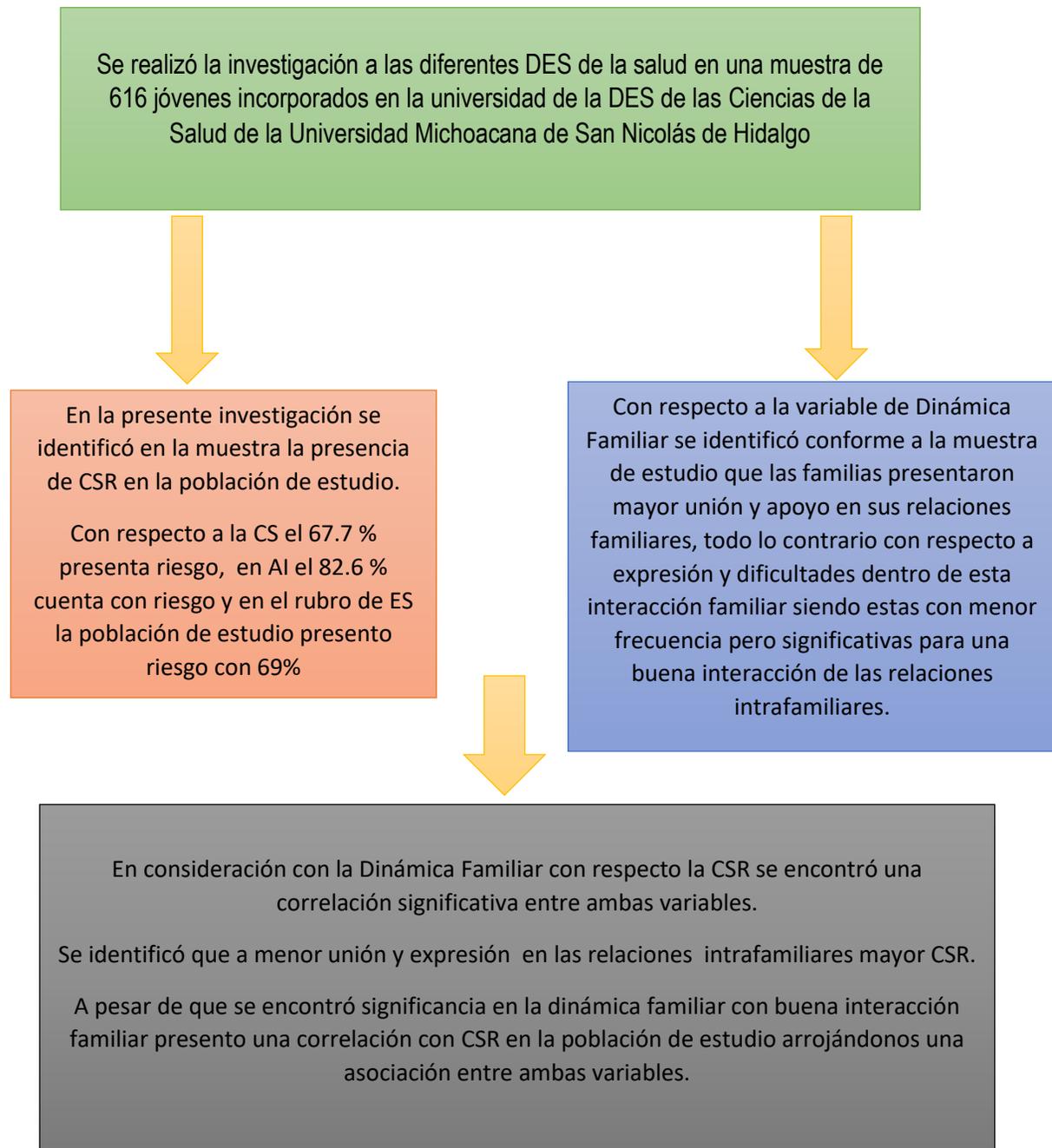
prevención como primer enfoque en diferentes áreas. La familia es volátil y cambiante con respecto al paso del tiempo influenciada por aspectos de carácter político, sociales, culturales entre otros.

El gran problema que el VIH/SIDA representa en el mundo es sin duda una batalla constante que afectado a gran parte de la humanidad. Los estudios que abordan esta problemática deberían ser cada vez más concurrentes para obtener información que nos ayude a combatir y prevenir esta pandemia.



Figura 2.

Correlación entre Dinámica Familiar y CSR para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Morelia, México.





XIII. Sugerencias

El VIH/SIDA es una enfermedad crónica degenerativa que afectado progresivamente a la humanidad día a día.

A partir de los resultados obtenidos se sugiere lo siguiente.

Promover e integrar la educación sexual desde el contexto familiar por medio de programas de orientación a padres de familia con el fin de informar al joven en temas como las ITS, CSR, VIH/SIDA, métodos de prevención que fortalezcan al individuo para la toma de decisiones que afecten su salud.

Integrar la educación sexual en los planes de estudio universitarios y midió superior para orientar e informar a los jóvenes con respecto a sus dudas e inquietudes en el tema, canalizándolos y apoyándose con asociaciones o profesionales de la salud que puedan resolver estas incógnitas generando pensamientos positivos al momento de la toma de decisiones en el ámbito sexual.

Implementar pruebas diagnósticas para VIH/SIDA rutinarias como parte de algún programa de salud independientemente de la condición de la persona.

Fomentar el uso de métodos de planificación familiar específicamente el uso del condón como orientación por parte de padres de familia en el núcleo familiar para derribar progresivamente el tabú que se tiene con respecto al tema de la sexualidad dentro de él.

Fomentar la dinámica familiar funcional en la gran variedad de familias por medio de talleres, material didáctico que sensibilice a la población de la importancia que esto puede hacer en el crecimiento social y emocional del hijo(o).

Generar e implementar intervenciones de enfermería asociadas a la dinámica familiar o lo relacionado a ella que nos ayude a prevenir CSR futuras.

Fomentar una distribución de los roles equitativa en la familia que ayude a fomentar la estabilidad en las tareas dentro y fuera del hogar que estimulen el apoyo y unión en la interacción familiar facilitando la expresión de emociones y situaciones entre los integrantes de la misma para proveer una comunicación fluida en la cual el joven o individuo se sienta seguro de comunicar sus dudas e inquietudes.



XIV. Referencias Bibliográficas

- Ana F. Rodríguez Uribe y Linda T. Pineda Orcasita. Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia; mayo- agosto del 2009. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194215432004>
- Bones RK, Rubin BL, Barboza ZC, Ücker CP, Torres CF, Cerqueira-Santos E, et al. La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros, FQS 10(2); 2011.
- Briones, G. Epistemología de las ciencias sociales. En: Especialización en teorías, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá, Colombia: ARFO Editores e impresores Ltda. 2002
- CENSIDA SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre de 2010.
- CENSIDA SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre de 2010.
- CENSIDA, 20ª Conferencia internacional del Sida (AIDS 2014www.aids2014.org), Melbourne, Australia. 2014
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, El VIH en los Jóvenes, actualización 31 de octubre del 2016. Extraído de: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/group/age/youth/index.html>
- Dalia Villegas Moreno. (2017). Michoacán, décimo en casos de VIH/SIDA; van 253 detectados en el 2017. 21 de noviembre 2017, de Quadratin Sitio web: <https://www.quadratin.com.mx/principal/michoacan-decimo-en-casos-vih-sida-van-253-detectados-en-2017/>
- Deborah R. Medoff, Gloria Oyeniya. Efficacy of Group Psychotherapy to Reduce Depressive, Symptoms Among HIV-Infected Individuals. AIDS PATIENT CARE and STDs. Vol 21, (10) 2007.
- Espada Sánchez, et al. 2003. Conducta Sexual de Riesgo y Prevención del SIDA en la Adolescencia. Papeles del Psicólogo, vol. 24, núm. 85, mayo-agosto, 2003, pp. 29-36 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808504.pdf>
- Estadísticas de mortalidad. Revista de Salud Pública de México 2004; 46(2): 169, 175-176, 178, 181.



Estadísticas de mortalidad. *Revista de Salud Pública de México* 2004; 46(2): 169, 175-176, 178, 181.

Gallego H. Adriana María, 2012. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Extraído de:

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364>

García- Vega Elena, et al. 2012. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescente. *International Journal of Psychological*, 5(1), 78-57. Disponible en:

<file:///C:/Users/Windows/Downloads/Dialnet-SexualidadAnticoncepcionYConductaSexualDeRiesgoEnA-3974532.pdf>

Gomes, Antonio Marcos Tosoli; SILVA, Érika Machado Pinto and Oliveira, Denize Cristina de. Representaciones sociales del SIDA para personas que viven con HIV y sus interfaces cotidianas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [2011]., vol.19, n.3, pp. 485-492. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300006>

http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/regional_facts/es/index2.html

<https://es.scribd.com/doc/74185272/Dinamica-Familiar-Teorias>

infoSIDA, el VIH y las poblaciones específicas; el VIH y los niños y los adolescentes, actualizado el 5 de marzo del 2016. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/25/82/el-vih-y-los-ninos-y-adolescentes>

Ingledeew, D. K. & Ferguson, E. Personality and riskier sexual behavior: Motivational mediator. *Psychology and Health*, 22(3), 291-315. 2007.

Instituto nacional de geografía. México: [Consultado el 2de abril 2013]. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/estadistica/>
http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mich/poblacion/m_migratorios.aspx?tema=me&e=16.

Kreitzer MJ; Gross CR; Waleekhachonloet OA; Reilly-Spong M; Byrd M Fonte: *J Holist Nurs*; 27(1): 7-16, 2009 Mar. Artículo [MEDLINE PMID: 19176898].

Kreitzer MJ; Gross CR; Waleekhachonloet OA; Reilly-Spong M; Byrd M Fonte: *J Holist Nurs*; 27(1): 7-16, 2009 Mar. Artículo [MEDLINE PMID: 19176898].



- Laura Evelia Torres V. et al. Dinámica familiar en familias con hijos e hijas 2008; Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Laura_Evelia_Torres/publication/43531588_Dinamica_familiar_en_familias_con_hijos_e_hijas/links/0deec520ae52c655a1000000.pdf
- Lemus Pacheco Viviana Lorena, Dinámica Familiar Teorías. Disponible en:
https://slidept.com/download/dinamica-familiar-teorias_59db0441d64ab21454a2e07f_pdf
- MA. Alcantar Z. Lilia A. et al. Antología de la unidad de aprendizaje de cuidado de la familia de la facultad de enfermería, de la UMSNH 2014.p.11.
- MA. Alcantar Z. Lilia A. et al. Antología de la unidad de aprendizaje de cuidado de la familia de la facultad de enfermería, de la UMSNH 2014.pp. 14-15.
- Machi-Fuentes M. El VIH; la enfermedad. Rev. Chil. Salud Pública. 2008;79 (2): 206-217.
- Maradysc, Dinámica familiar. Extraído de: <https://es.scribd.com/doc/55232071/Dinamica-Familiar>
- Marín, B.V., Coyle K. Gómez, C., Carvajal S. & Kirby D Older Boyfriends and girlfriends increase risk of sexual initiation in young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27, 409-418. 2000.
- Martha Ofelia Valle Solís, Raquel A. Benavides Torres, et al. 2011. Conducta sexual de riesgo para VIH/sida en jóvenes universitarios. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113d.pdf>
- Med. Esp Angelica Ceballos Gonzales, D en C. Edgar M. Vásquez Garibay, et al. 2005. Influencia de la dinámica familiar y otros factores asociados al déficit en el estado nutricional de prescolares en guarderías del sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Jalisco. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v62n2/v62n2a4.pdf>
- MSP. Francisco Nápoles Rodríguez, ME. Angélica Cevallos González, et al. 2005. Grado de correlación en la percepción de la dinámica familiar entre ambos padres que acuden a guarderías del DIF Jalisco. Disponible en :
https://www.researchgate.net/profile/Edgar_Vasquez-garibay/publication/317477366_Correlation_of_the_family_dynamic_score_between_fathers_and_mothers_of_preschool_children_attending_the_integral_development_of_the_family_system_DIF_of_Guadalajara_Jalisco_Mexico/links/597f40cfaca272d568187d53/Correlation-of-the-family-dynamic-score-between-fathers-and-mothers-of-preschool-children-attending-the-integral-development-of-the-family-system-DIF-of-Guadalajara-Jalisco-Mexico.pdf



- Napoles R. Francisco et al. Grado de correlación en la percepción de la dinámica familiar entre ambos padres de preescolares que acuden a Guarderías del DIF Jalisco 2005. Extraído de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000300004&lng=es&nrm=iso
- OMS. Datos fundamentales sobre la epidemia de VIH y los progresos realizados en las regiones y los países en 2010. Organización Mundial de la Salud; noviembre 2015. Disponible en:
- OMS. La OMS publica nuevas directrices sobre el autoanálisis del VIH con motivo del Día Mundial del Sida. Organización Mundial de la Salud; noviembre 2016. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/world-aids-day/es/>
- OMS. VIH/SIDA. Organización Mundial de la Salud; noviembre 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- ONUSIDA. [Homepage en Internet]. Ginebra, Suiza; 2014 [Consultado 16 de Agosto 2014]. Disponible en:
<http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgapreport/>
- ONUSIDA. INFORME MUNDIAL ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013; disponible en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
- ONUSIDA. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Disponible en:
<http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Pilar Lavielle Soto Mayor, Fanianel Jiménez Valdez, et al. 2013. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im141j.pdf>
- R. Bayés, et al. Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios; 1996. Disponible en:
<http://www.ub.edu/personal/docencia/infocomp/bayescomp2.htm>
- Rivera Heredia ME. Andrade Palos A. Uaricha. Evaluación de relaciones Intrafamiliares. 12 (12): 2012



Rojas Cortes, Gladys del Carmen. 2009. Factores de riesgo en la Conducta Sexual en los Adolescentes. Unidad Docente y Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Veracruzana. P.25. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/210/1/FACRIESGOCONSEXADOLESCENTES.pdf>

Rosenberg (1965). Self-Concept and Self-Esteem, Breytspraak & George. p.p. 255-257.

Ross H, Kright JS. Brad MJ. Peterman AH. Fitchett GM, Cella MD. Ciencia y enfermería *versión On-line* ISSN 0717-9553 Cienc. enferm. V.9 N.2 Concepción dic. 2003 doi: 10.4067/S0717-95532003000200002. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales health-related quality of life: conceptual aspects laura schwartzmann. [http://www.scielo.cl/scielo.php?id=S071795532003000200002&script=sci_arttext&lng=es%2325

Ross, 1994; Hytko, J.; Kright, S., 1999; O'Connel, K.; Lofty, M.; Fleck, M.; Mengech, A.; Eisemann, M.; Elbi, H.; Schwartzmann, L., 1999; Brady, M.J.; Peterman, A.H.; Fitchett, G.; Mo, M.; Cella, D., 1999; Shosharah, F.; Maly, R., 1999). Ciencia y enfermería *versión On-line* ISSN 0717-9553 Cienc. enferm. v.9 n.2 Concepción dic. 2003 doi: 10.4067/S0717-95532003000200002. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales health-related quality of life: conceptual aspects laura schwartzmann. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&lng=es%2325

Samipieri Roberto y colbs. Metodología de la Investigación. Mc GrawHill; 4ª México.

Sánchez G., Aguirre, M Solano, N. y Viveros, E. 2015. Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. Disponible en: http://revistascientificas.cuc.edu.co/index.php/culturaeducacionysociedad/article/viewFile/1049/pdf_223

Secretaría de Salud. Principales causas de mortalidad general, Michoacán, México; 2002.

Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México 1986. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlqsmis.html>.



Torres L. E., Reyes, A. G., Ortega P. y Garduño A. 2015. Dinámica familiar: formación de identidad e integración sociocultural. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29242798008.pdf>

Valle M.O, "Modelo motivacional para la prevención de conducta sexual de riesgo de VIH/SIDA en jóvenes Universitarios. 2011 Junio, Monterrey, Nuevo León.

Vinaccia Stefano, Orozco Lina María. 2005. Diversitas: Perspectivas en Psicología. Scielo. Diversitas vol.1 no.2 Bogotá July/Dec. Psycho-Social aspects associated with the quality of life in chronic diseases. Universidad de San Buenaventura, Medellín. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982005000200002&script=sci_arttext [24 oct. 2012] Print versión. ISSN 1794-9998

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



XV. Apéndices y Anexos

Apéndice A. Cronograma de actividades.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERÍA

	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Mayo 2017	Abril 2018	Julio 2018
Presentación de protocolo para iniciar trámites administrativos						
Trámites administrativos y permisos en Facultades						
Recolecta de datos						
Análisis de datos						
Redacción de resultados, conclusiones y discusión.						
Elaboración de Artículo para publicación						

Presenta:

PLESS. Oscar Yair Ponce Martínez



Apéndice B. Presupuesto.

Material y Equipo	Cantidad	Costo unitario	Total
Copias	700	\$ 0.50	\$ 350.00
Impresiones	70	\$ 1.00	\$ 70.00
Engargolado	2	\$ 30.00	\$ 60.00
Lapicero	2	\$ 5.00	\$ 10.00
Transporte	20	\$ 8.00	\$ 160.00
Comidas	10	\$ 50.00	\$ 500.00
Internet	1	\$ 150.00	\$ 150.00



Apéndice C. Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Dinámica familiar	Aquella fuerza en el trabajo en una familia que produce comportamientos y síntomas particulares (diccionario médico Mosby, 2009).	Manejo de interacciones y relaciones de los miembros de la familia estableciendo normas que regulen el desempeño de tareas, funciones y roles. Permitiendo a cada uno de ellos desarrollarse como individuo proporcionándole el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.	Nominal dicotómica.	Ítems del anexo 2 “Escala de relaciones intrafamiliares”.
Conducta sexual de riesgo	Comportamiento que conlleva la exposición a adquirir ITS (dirección general de salud pública gobierno de canarias, 2006).	exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad del contagio por infecciones	De intervalo.	Ítems del anexo 3 “Actividades íntimas”



		sexualmente transmisibles		
VIH/ SIDA	Enfermedad producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que provoca una destrucción progresiva del sistema inmunitario (dirección general de salud pública gobierno de canarias, 2006).	Es una enfermedad que se caracteriza por un debilitamiento de las defensas del organismo, provocado por un virus que se adquiere por transmisión de una persona a otra.	De intervalo	Ítems del anexo 3 “Actividades íntimas”
Jóvenes universitarios	Son un grupo particular que comparte algunos problemas y situaciones propias de la juventud, su importancia como grupo social radica en su inserción actual en el campo de la educación y el empleo, como futuro próximo. Constituido por jóvenes de 19 a 25 años aproximadamente, el objetivo central de su estancia en ámbitos universitarios es el de adquirir una formación universitaria, que le posibilite la práctica o el	Individuo dentro del rango de edad de 15 años a 24 años que se encuentra matriculado en un plan de estudios superiores.	Nominal.	Apéndice C “Ficha de Identificación”.



ejercicio de dicha
profesión (Guzmán,
1994).



Apéndice D. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Consentimiento Informado

Título del proyecto: **“Dinámica familiar como factor predictor de conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de la DES de Ciencias de la Salud de Morelia, 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 dinámica familiar como factor que predispone a una conducta sexual 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 éste 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 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

Oscar Yair Ponce Martínez

Administrador del proyecto



Estoy enterada que el responsable del estudio es él PLESS Oscar Yair Ponce Martínez; conozco sus datos personales que están al final de este documento y sé que puedo recurrir a él cuándo lo necesite, tenga cualquier duda o desee retirarme de proyecto.

Morelia Mich., a ____ de ____ 201_

Investigador responsable: Oscar Yair Ponce Martínez

Dirección: 24 de diciembre # 132, col. Unión popular solidaria; Morelia Michoacán.

Teléfono: 4431998511

Correo electrónico: Yair_amoralcuidado@outlook.com

Centros Participantes: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Apéndice E. Ficha de identificación

Ficha de Identificación

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



ANEXO 1. Escala de relaciones intrafamiliares

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una serie de frases que se refieren a algunas situaciones relacionadas con tu familia. Marca con una **X** (equis) el cuadro que se acerque más a lo que hace tu familia. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

	SIEMPRE	NUNCA
1. Los miembros de la familia acostumbran a hacer cosas juntos.		
2. Mis padres me animan a decir lo que pienso.		
3. En mi familia nadie se preocupa por lo que piensan los demás.		
4. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo		
5. En nuestra familia es importante expresar nuestras opiniones.		
6. En mi casa el ambiente es desagradable.		
7. Nuestra familia acostumbra a hacer cosas Juntos		
8. Mi familia me escucha		
9. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.		
10. Los miembros de mi familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.		
11. En mi familia nos demostramos abiertamente nuestro cariño.		
12. Los problemas en mi familia nunca se resuelven.		



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



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?)				
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?				
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.

| **Sí, he tenido sexo en los últimos 12 meses**

| **No, no he tenido sexo en los últimos 12 meses**



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?										
	Nunca he tenido sexo			Sí, he tenido sexo en los últimos 3 meses			No, no he tenido sexo en los últimos 3 meses			
¿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?										
	Nunca he tenido sexo			Sí, usamos condones			No usamos condones			
La ÚLTIMA VEZ que tuviste sexo, ¿usaron un condón?										
	1. Nunca he tenido sexo			SI			NO			
La ÚLTIMA VEZ que tuviste sexo, ¿tomaste alcohol o usaste drogas antes de tener										