



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

Tema:

**Autoestima asociada a Conducta Sexual de Riesgo para VIH en
universitarios de las Dependencias de Educación Superior de la salud en
Morelia, México.**

Tesis

Que para obtener el grado de Licenciado (a) en Enfermería

Presenta:

Nayeli Galván Paniagua

Asesora

DCE. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Coasesora

DCE. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala

Revisora

DCE. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

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
Presidenta

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

Especialmente a mi asesora la *Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar*, que es una persona que admiro, respeto y agradezco por su apoyo y colaboración para realizar este trabajo, por compartir sus conocimientos y tenerme toda la paciencia del mundo, por motivarme en mi vida y a culminar mi estudio profesional.

A la *Dra. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala* y la *Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz* por su valioso tiempo invertido en revisiones, las sugerencias, la ayuda y aprobación de este proyecto.



Agradecimiento

Primero que nada, agradezco a Dios, por darme la oportunidad de vivir, de tener fe, esperanza, por guiarme en el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, por iluminar mi mente, pero sobre todo por haberme permitido llegar a cumplir mi sueño, mi meta, por ser parte de una familia tan maravillosa la que es mi soporte y mi compañía durante mi estudio.

Con mucho cariño y amor principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, pero sobre todo por enseñarme a realizar las cosas con humildad, honestidad, responsabilidad y optimismo; porque gracias a ellos soy una enfermera con valores y principios. Gracias a mi madre *Martha Mireya Paniagua Sánchez* por todo el esfuerzo y sacrificio para brindarme su amor, su comprensión, su paciencia y por impulsarme al éxito. A mi padre *José Luis Galván Meza* por haberme motivado durante mis estudios y por apoyarme.

A mis hermanos *Yuritzi Galván Paniagua* y *José Luis Galván Paniagua* por su apoyo y cariño incondicional que me han brindado día a día. Quiero que sientan que el objetivo logrado es por ustedes y para ustedes.

A mi esposo *Sergio I. Ruiz Chávez* por estar conmigo en todo momento, el me ayudo a elevarme cuando ya no podía más, en las buenas y en las malas a mi lado, a ver el lado positivo a las cosas, él estaba ahí para emprender de nuevo mi vuelo.

A mis abuelos *J. Jesús Galván* y *Emelia Meza*, mis tíos *María de Jesús Galván*, *Roberto Galván*, *Esteban Paniagua*, *Morelia Paniagua* y *Ana Laura Madrigal* que me apoyaron en estos años de estudio.

Gracias por darme una carrera para mi futuro y sobre todo por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor y confianza, les agradezco de todo corazón el que estén conmigo, a mi lado.



Gracias por estar conmigo en las situaciones malas y buenas de mi vida y de mi trayecto profesional y que día a día fueron testigos de mi formación, que me apoyaron en cada momento y confiaron en que podía lograr lo que me propusiera. Que a pesar de que me tambaleaba, estaban ahí para sostenerme, guiarme y orientarme para seguir adelante.



Resumen

Introducción. Los jóvenes de entre 15 y 24 años constituyen el 45% del total de las nuevas infecciones por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humano en el mundo. La Conducta Sexual de Riesgo (CSR) a nivel nacional es la principal vía de transmisión del VIH y los jóvenes son los más vulnerables a desarrollarla ya que viven múltiples cambios biopsicosociales que los llevan a la experimentación sexual en busca de una identidad. La Autoestima es considerada un factor protector en la vida y es indispensable en la juventud, ya que una Autoestima baja puede convertirse en factor de riesgo para una CSR.

Objetivos. Analizar el nivel de Autoestima y su relación con el nivel de Conducta Sexual de Riesgo para VIH en estudiantes del área de la salud en Morelia, Michoacán.

Material y Métodos. Estudio cuantitativo, correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 616 estudiantes inscritos alguna de las DES (Dependencias de educación superior) de la Salud. Se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg (0.92) y para medir la CSR se aplicaron tres instrumentos: Experiencia Sexual, Actividades Íntimas y Comportamiento Sexual.

Resultados. De 616 universitarios el 69% tienen una CSR, el 82.6% tiene riesgo en sus Actividades Íntimas y el 67.7% tiene riesgo en su Comportamiento Sexual. Se encontró asociación significativa entre Autoestima y la CSR ($r_s=0.869$, $p<0.01$).

Conclusión. La Autoestima está asociada a una CSR para VIH en jóvenes universitarios de Morelia.

Palabras clave. Autoestima, Conducta Sexual de Riesgo, Jóvenes universitarios, VIH, Dependencias de la Salud.



Abstract.

Introduction. Young people between the ages of 15 and 24 are 45% of the total number of new HIV infections (human immunodeficiency Virus in the world. Sexual Risk Behavior (CSR) at the national level is the main route of transmission of HIV and young people are the most vulnerable to develop it as they live multiple biopsychosocial changes that lead to sexual experimentation in search of an identity. Self-esteem is considered a protective factor in life and is indispensable in youth, because low self-esteem can become a risk factor for a CSR.

Objectives. To analyze the level of self-esteem and its relationship with the level of sexual behavior of risk for HIV in students in the area of health in Morelia, Michoacán.

Material and methods. Quantitative, correlational and transversal study. The sample consisted of 616 students enrolled in the DES (higher education units) of health. The Rosenberg self-esteem scale (0.92) was used and three instruments were applied to measure CSR: sexual experience, intimate activities and sexual behavior.

Results. of 616 University 69% have a CSR, 82.6% have risk in their intimate activities and 67.7% have risk in their sexual behavior. We found significant association between self-esteem and CSR ($r_s = 0.869$, $p < 0.01$).

Conclusion. Self-esteem is associated with a CSR for HIV in young university students in Morelia.

Keywords. Self-esteem, Risky Sexual Behavior, university students, VIH, Health dependencies.



Aprendí

que un tropezón no es caída...

que todo en la vida vuelve...

que no hay mal que por bien no venga...

que con voluntad y esfuerzo,

todo resulta más fácil...

Que lo más valioso del mundo es,

La familia y los amigos de verdad...

que no se llora a quién no te valora...

que por más tropezón, caída u obstáculo,

o barrera que se interponga en el camino,

el objetivo es levantar la cabeza y

SEGUIR ADELANTE



Índice de tablas

No. Tabla	Nombre	Página
1	Criterios de selección	41
2	Operacionalización de variables	42
3	Edad, Características sociodemográficas de los participantes del estudio de la DES de la Salud de la UMSNH en Morelia, Michoacán.	46
4	Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al género, Morelia Michoacán.	47
5	Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la persona con la que Viven, Morelia Michoacán.	47
6	Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al Estado civil, Morelia Michoacán.	48
7	Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la Religión Morelia, Michoacán.	48
8	Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al semestre o año, Morelia, Michoacán	49
9	Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo en la licenciatura, Morelia, Michoacán.	50
10	Variables sociodemográficas predominantes.	51
11	Nivel de autoestima	51
12	Nivel de Conductas sexuales de riesgo.	52
13	Pruebas de hipótesis Correlación de Spearman	53
14	Correlación autoestima y Conductas sexuales de riesgo.	54



Índice de figuras

No. figura	Nombre	Página
1	Conductas Sexuales de Riesgo	23
2	Consecuencias de una Conducta Sexual de Riesgo	24
3	Historia Natural de la Enfermedad (VIH)	29
4	Autoestima asociada a Conductas Sexuales de Riesgo	37
5	Procedimientos	43
6	Mapa conceptual	56



Índice

I. Introducción	14
II. Justificación	18
III. Planteamiento del problema	20
IV. Objetivos	22
4.1 Objetivo general:	22
4.2 Objetivo específico:	22
V. Hipótesis	22
VI. Marco teórico	24
6.1 Conductas Sexuales de Riesgo	24
6.2 VIH. Historia Natural	31
6.3 Autoestima	37
6.4 Autoestima asociada a las Conductas Sexuales de Riesgo	41
VII. Material y Métodos	46
7.11.1 Recursos humanos	50
VIII. Consideraciones éticas y legales	52
Declaración de Helsinki	52
IX. Resultados	54
X. Discusión	62
XI. Conclusión	64
XII. Sugerencias	67
XIII. Bibliografía y referencias bibliográficas	69
XIV. Apéndices y anexos	74
Apéndice	78
Anexo 1	80



I. Introducción

Este protocolo aborda la Autoestima asociada a Conductas Sexuales de Riesgo para VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en universitarios de la DES (Dependencia de Educación Superior) de la salud de la UMSNH (Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo) en Morelia, Michoacán. Los jóvenes universitarios durante su trayecto de estudio pueden tener la autoestima enlazada a las Conductas Sexuales de Riesgo para el VIH porque les implica cambios en su estilo de vida que van a modificar la rutina a la que ellos acostumbraban durante su infancia. Este proyecto de investigación es derivado de un macro proyecto que obtuvo financiamiento por parte de PRODEP (Programa para el Desarrollo Profesional Docente) para su realización durante el 2016. El macro proyecto fue un modelo predictivo llamado: “Factores predictores (Autoestima, Carencia afectiva y Dinámica familiar) de Conductas Sexuales de Riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Morelia, México”.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Éste actúa sobre el sistema inmunitario destruyendo las defensas naturales del organismo, lo que trae consigo el posterior desarrollo de infecciones oportunistas o tumores, dentro de las cuales destacan la neumonía por *Pneumocystis Carinii*, la tuberculosis, la meningitis y el sarcoma de Kaposi, principalmente (Jennings, 1994; Quiceno et al, 2007).

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 (CSR). (Secretaria de Salud, 2002)

Los jóvenes con una evaluación negativa de su imagen corporal están en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, depresión, ideación suicida, etc. Así mismo, los adolescentes con estado de ánimo deprimido estarán en mayor riesgo de consumo de sustancias, violencia física,



Conductas Sexuales de Riesgo, entre otras. Las Conductas Sexuales en adolescentes, en particular las Conductas Sexuales de Riesgo, han sido ampliamente estudiadas a dicha población dentro de las de mayor riesgo para la infección por VIH/SIDA. Bermúdez, Castro y Buela-Casal, (2010); Puente et al., (2011); Teva, Bermúdez y Buela-Casal, (2011)

Por lo tanto, comprender la relación entre los estados emocionales resultantes del grado de satisfacción con la Imagen Corporal y las Conductas Sexuales de Riesgo nos aportará un perfil más preciso de las problemáticas y riesgos de los adolescentes, orientado a programas de prevención en VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Aún más, si se tiene en cuenta que cerca del 20% de las infecciones por VIH se dan en personas cercanas a los 20 años de edad (Diclemente, Crosby & Wingood, 2002), a la vez que en el mundo se registran aproximadamente 2.500 casos nuevos de VIH por día en jóvenes entre 15 y 24 años (UNICEF, 2011).

El tener una autoestima saludable es considerado como un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener una Autoestima baja, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar las Conductas Sexuales de Riesgo Esta carencia es de especial interés, ya que la Autoestima influye directamente en el comportamiento de los individuos e incide en la promoción del bienestar psicológico, pues la forma en que se evalúa a sí mismo el individuo tiene repercusión en todas las áreas del desarrollo social, emocional, intelectual, conductual y escolar (Herrero, 1994; González et al., 2000).

Esta investigación es de gran importancia por que aborda una parte de los jóvenes universitarios del área de la salud y que muchos no les dan la importancia a los cambios emocionales, físicos, espirituales que no deben pasar desapercibidos.

Este trabajo se encuentra estructurado en diferentes apartados. Se presenta una Introducción como panorama general de la investigación, luego se aborda la justificación presentando las bases estadísticas de las variables. Posteriormente el planteamiento del problema, cuestionando la Conducta sexual de riesgo y su relación con la Autoestima. Así mismo se presenta el marco teórico donde hay información relativa de las variables y la interrelación



que existe entre ellas. Continuando con la hipótesis donde se hace la pregunta de investigación. Seguido del objetivo general y objetivos específicos donde se habla de las intenciones que se pretenden realizar.

Posteriormente la metodología donde se especifica paso a paso las características del estudio, que tipo de estudio, diseño metodológico, límites de tiempo y espacio, el universo que se trabajó, muestra donde se explica el tipo y tamaño, se muestra una tabla de criterios de exclusión, siguiendo de una tabla de variables. Prosiguiendo del instrumento y descripción del mismo y el procedimiento que se llevó a cabo. En los análisis estadísticos se describe los métodos de recolección de datos. Siguiendo de los recursos humanos donde hay una persona responsable, una persona asesora en tesis, una persona coasesora y una persona revisora de tesis. Los recursos materiales que se utilizaron para este proyecto; recursos financieros por la cual se hizo posible la investigación. En el apartado siguiente se muestra un cronograma de actividades.

El apartado de Consideraciones éticas y legales se menciona el riesgo que implica para los sujetos de estudio y el desarrollo de la investigación donde se anexa el Consentimiento informado. Resultados, en este apartado se redacta lo obtenido de las encuestas que se realizaron y se entablaron las variables sociodemográficas. El apartado diez, once, doce, trece y catorce lo conforman Discusión, Conclusión, Sugerencias, Bibliografía y referencias bibliográficas y por ultimo apéndices y anexos.



CAPÍTULO I.



II. Justificación

En el mundo existen 33.3 millones de personas que viven con el VIH, de las cuales 22.5 millones están en África Subsahariana (ONUSIDA 2010). El 46% de las mujeres en edad fértil sabe que el VIH se puede transmitir de la madre al hijo durante la lactancia, un 14% de las mujeres no conoce acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). De la misma forma, durante el 2009 se registraron 327 nuevos casos de personas infectadas de VIH, donde en comparación al 2008 aumentó el número de personas con el diagnóstico.

Por otra parte, en un estudio sobre factores de riesgo frente al VIH/ SIDA en adolescentes colombianos, se identificó que, en una muestra de 978 adolescentes de ciudades como Bogotá, Cali, Manizales, Pasto y Armenia, se presenta diferencias significativas con respecto a los conocimientos correctos que tienen sobre el VIH/SIDA. (Revista de Salud Pública de México 2004)

La adolescencia es una etapa del ciclo de vida que implica una serie de cambios y desafíos evolutivos a nivel emocional, físico, biológico y social; además de la definición de su identidad y la responsabilidad en la toma de decisiones. (Musitu y Cava, 2003; Uribe y Orcasita, 2010).

Por ello, la influencia de los padres, hermanos mayores, amigos, vecinos y compañeros, entre otros, es fundamental durante esta etapa del ciclo de vida puesto que estas redes de apoyo pueden tener efectos positivos o negativos sobre dicha población. (Barrón, Uribe y Orcasita, 2010).

De acuerdo con las estadísticas y reportes se ha identificado que el inicio de las relaciones sexuales tempranas caracterizadas por la ausencia de medidas de protección y múltiples parejas sexuales, aumentan el riesgo de contraer alguna ITS o VIH/SIDA, lo cual permiten describir a los adolescentes como una población vulnerable ante el aumento cada vez mayor de estas prácticas sin medidas preventivas. (Campo, Silva, Meneses, Castillo y Navarrete, 2004).

En otro estudio sobre consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes, aplicado en la ciudad de México a 1000 jóvenes, se detectó



que el 30.5% de la población inició su vida sexual y con una edad promedio de 15.33 años, de estos el 8.7% afirmaron que nunca han usado preservativo y 4.5% casi nunca lo utilizan. (Palacios, Bravo y Andrade, 2007).

Actualmente, las infecciones de transmisión sexual entre ellas el Virus de Inmunodeficiencia Humana, se presentan constantemente en la población adolescente; según registros publicados en el Plan Nacional de respuesta ante el VIH (Orcasita et al, 2012).

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1987).

Este proyecto es de gran trascendencia porque muestra la vulnerabilidad de la persona en sus actitudes. Tiene una gran magnitud porque abarcó a un porcentaje significativo de los Universitarios de la DES de la Salud de la Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH).



III. Planteamiento del problema

González, Valdez y Serrano (2003), en su estudio de Autoestima en estudiantes universitarios de primer semestre y aspirantes a ingresar, encontraron Autoestima alta en los alumnos de primer semestre, pero al comparar éstos con otros semestres, su Autoestima era relativamente más baja.

León Camargo et al (2009), Señalan que la Autoestima influye directamente en el comportamiento de los individuos. Sus resultados conducen a reflexionar acerca de la necesidad de integrar en la formación del psicólogo, como una actividad extracurricular, alguna forma de asesoría psicológica, que facilite los procesos de crecimiento personal y fomente la estabilidad psicológica de los estudiantes.

De igual manera, en una investigación realizada en Colombia por Alonso et al, (2007) se concluyó que los estudiantes universitarios tienen una adecuada Autoestima y son capaces de solucionar conflictos; sin embargo, también encontraron un número de estudiantes adolescentes con Autoestima inadecuada medida con cada una de sus características donde explica que hay estudiantes con autoestima baja donde ellos hacen su propio mundo de tal manera que se les hace muy difícil encontrar una salida para los conflictos y situaciones estresantes. De tal manera, que se necesita educar, brindar tratamiento psicológico e integral acerca de la Autoestima para modificar conductas de riesgo en esta población, y evitar que las relaciones interpersonales sean inadecuadas.

En una investigación realizada en Latino-América por Carolina Guidorizzi et al, entienden la Autoestima como el conjunto de pensamientos y sentimientos que tiene un individuo respecto a su valía e importancia, es decir, una actitud global positiva o negativa hacia uno mismo, se encuentra dentro del promedio alto, con un porcentaje del 91,50%, equivalente a (140 sujetos); el 5.88% equivalente a (9 sujetos); puntuaron en la media y un 2.61%, equivalente a (4 sujetos); de la población total, poseen una baja Autoestima.



Donde resumen que hay más personas con una Autoestima positiva respecto a sus vidas (Carolina Guidorizzi. 2010).

La Autoestima es un importante recurso de protección frente a problemas de carácter interno como la depresión, no está tan claro que sean los adolescentes con baja autoestima los que se impliquen en mayor medida en problemas externos como la conducta delictiva y el consumo de sustancias. (Musitu et al, 2007).

Las Conductas Sexuales de Riesgo, especialmente con respecto a la contaminación por Infecciones de Transmisión Sexual y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, no se pueden relacionar al concepto de grupos de riesgo. Históricamente las Conductas de Riesgo fueron discutidas por distintos enfoques que se consideraban como de riesgo a las personas o grupos que eran más susceptibles de enfrentar problemas físicos o sociales debido a un tipo de conducta que no era aceptada social o legalmente. Este enfoque, difundido desde los años 50, adquirió su ápice a finales de los años 80, con el surgimiento del SIDA, estando esta enfermedad asociada a las minorías marginadas como los homosexuales y usuarios de drogas inyectables (Moskovics, 2004).

El problema está en que los jóvenes universitarios con Conductas Sexuales de Riesgo y con Autoestima son más vulnerables para contagiarse se VIH, ya que buscan satisfacer carencias afectivas personales y parentales.

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación. ¿Existe asociación entre Autoestima y una Conducta Sexual de Riesgo para VIH en universitarios de la Dependencias de Educación Superior (DES) de la Salud en Morelia, Michoacán?



IV. Objetivos

4.1 Objetivo general:

Establecer la asociación de la Autoestima en la Conducta Sexual de Riesgo para VIH en jóvenes universitarios de la DES en Morelia, Michoacán.

4.2 Objetivo específico:

1. Caracterizar a la población en estudio.
2. Identificar el nivel de Autoestima en jóvenes universitarios de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
3. Identificar el nivel de Conducta Sexual de Riesgo para VIH de los participantes.
4. Relacionar la CSR con el nivel de Autoestima de los jóvenes universitarios.

V. Hipótesis

Existe asociación entre la Autoestima y la Conducta Sexual de Riesgo para VIH en universitarios de las Dependencias Educación Superior de la salud en Morelia, Michoacán.



CAPÍTULO II.



VI. Marco teórico

En este apartado se definen las variables de la investigación CSR para VIH y la Autoestima. Se abordan conceptos, clasificaciones de las Conductas Sexuales de Riesgo, de esta, se retoma una pequeña reseña histórica como antecedentes de las Conductas Sexuales, así como las características de la Autoestima y la asociación que existe entre ellas.

6.1 Conductas Sexuales de Riesgo

Las Conductas Sexuales de Riesgo han despertado gran interés debido a que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor, o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas (Fina, 2009; Rivera, Caballero, Pérez & Montero, 2013).

Otra situación de riesgo puede estar propiciada no por los adolescentes, sino por los sujetos que forman parte de su sistema familiar y educativo, puesto que en los sistemas donde no existen recursos apropiados para el afrontamiento de periodos de transición, se da una restricción para el manejo de cualquier condición o suceso en momentos de crisis, poniendo en peligro al sujeto protagonista de la red. Por lo tanto, existen diversas causas que pueden llevar a los adolescentes a adoptar Conductas de Riesgo frente a su salud sexual y reproductiva. Se presentan factores personales, biológicos, heredados, factores ambientales y sociales que afectan e influyen en la aparición de dichos comportamientos; en ocasiones por la falta de adquisición de madurez durante esta etapa en el ciclo vital del ser humano, junto con la falencia de las redes de apoyo social (Alsinet, Pérez & Agullo, 2003).

Las diferencias entre normalidad y patología en las conductas de adolescentes deben ser pensadas dentro de una problemática individual, familiar y social. (Freud S, 1994)

En la pubertad comienzan las transformaciones que han de llevar la vida sexual infantil hacia su definitiva constitución. Todavía las zonas erógenas no están bajo la supremacía de la zona genital. La sexualidad aún es polipulsional y no define elección de objeto sexual. En cambio, en la adolescencia se va constituyendo la identidad sexual y se concretiza la posibilidad de llevar



adelante el acto sexual exogámico; el final de este proceso implica una toma de posición de la identidad sexual. (Rafael. 2007)

El proceso de la sexualidad es dinámico, no lineal y suelen presentarse experiencias transitorias y en cierta medida universales que no cristalizan en ninguna identificación sexual definitiva. Bajo los efectos de drogas recreativas, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Otro riesgo explicitado exclusivamente por mujeres son las relaciones sexuales no deseadas. Los jóvenes y los adolescentes se han convertido en el grupo poblacional más importante de vulnerabilidad ante este tipo de riesgos, pues ellos, inician sus relaciones sexuales, sociales, consolidan actitudes, valores y creencias que pueden incidir en conductas saludables o de riesgo. (Orcasita y Uribe, 2010).

Una de las principales fuentes de riesgo en los adolescentes, que pueden desembocar en la adquisición de una ITS como el VIH/SIDA, suele ser la falta de búsqueda de fuentes de información sobre sexualidad en los grupos o sujetos como la familia, el sistema de salud o el colegio; generalmente los adolescentes suelen apoyarse durante esta etapa en el grupo de amigos, quienes habitualmente aún no poseen los recursos suficientes para ser guías; otra conducta que puede llevar a la adquisición del VIH en los adolescentes es la falta de conocimiento real de su pareja, junto con el deseo de experimentar e iniciar su vida sexual (Carvajal, 1998).

Las Conductas Sexuales de los jóvenes (Véase Figura 1) que se consideran de riesgo para VIH/SIDA son: inicio sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales y relaciones sexuales sin protección. (Carvajal, 1998)

6.1.1 Inicio sexual a temprana edad:

Las edades de inicio oscilan entre los 15 y los 18 años de edad, sin diferencia de género, con uno, dos o cuatro compañeros sexuales (Acosta et al., 2010). Así mismo, Mendoza et al. (2012) manifiestan que el inicio de la actividad sexual en adolescentes es cada vez más precoz y se da un bajo uso de anticonceptivos (condón y pastillas orales). Además de lo anterior, se ha encontrado que el poco control de los padres en la adolescencia, y las



presiones del entorno social para tener sexo son los factores más significativos en la incidencia de la precocidad sexual.

En este sentido, resulta llamativo que la iniciación sexual temprana se ha asociado con conductas y prácticas de riesgo como la prostitución, la promiscuidad, las relaciones sexuales grupales y el intercambio de parejas, el aborto, la masturbación y tener relaciones sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas (Benítez y Rueda, 2007; Mendoza et al., 2012; Acosta et al, 2010; Uribe y Orcasita, 2009).

6.1.2 Múltiples parejas sexuales:

Consiste en actividad sexual con más de una pareja sexual en la misma ocasión, ocurren como eventos aislados y no forman parte de la actividad sexual regular (Gorbach *et al.*, 2002).

Este tipo de concurrencia sólo se reportó en uno de los entrevistados. Descrito por el entrevistado como "raro", fue un evento aislado en su historia sexual. Esta experiencia durante la adolescencia fue parte del proceso de exploración de la sexualidad. En la adolescencia temprana (10-15 años) aparecen los caracteres sexuales secundarios, hay fantasías sexuales, una gran despreocupación por los cambios puberales e incertidumbre acerca de su apariencia, es un período de turbulencia con gran ambivalencia afectiva. A esto se une el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales y su práctica sin protección, el cambio frecuente de parejas, el uso compartido de agujas, el consumo de alcohol y otras drogas que disminuyen las inhibiciones sexuales y perturban la capacidad de juicio; todo ello convierte este período de la vida en una etapa muy vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), y dentro de ellas a la infección por VIH/SIDA. (Cortés et al, 2000).

6.1.3 Relaciones sexuales sin protección:

El uso del preservativo masculino es una de las prácticas menos empleadas por los jóvenes en las relaciones sexuales, a pesar de que es considerado el



principal método para prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH / SIDA. (Castañeda, Ortega, Reyes, Segura & Morón, 2009).

La utilización o no del condón durante la relación sexual no solamente depende de atributos o características personales, pues este es un fenómeno de alta complejidad que requiere de la comprensión de múltiples aspectos y factores. Así, los estudios muestran que existen diferentes situaciones de orden social implicadas, pues la exposición a situaciones en determinados marcos sociales puede ser más o menos riesgosa, así como también el soporte familiar, ya que este núcleo facilita las estrategias comunicativas para el entrenamiento de los jóvenes frente a las capacidades para negociar su uso o ser asertivos con la pareja, y brinda los recursos psicológicos para vincularse emocionalmente (Jiménez, 2010; Campuzano y Díaz, 2011).

6.1.4 Consecuencias de una Conducta Sexual de Riesgo

Hay casos nuevos de ITS curables en este grupo, si no se tratan, pueden causar esterilidad, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, cáncer y dolor debilitante en la pelvis en mujeres, con consecuencias permanentes para la niña/o al nacer. Las ITS y los embarazos no planificados son frecuentes en adolescentes y jóvenes y constituyen los dos principales problemas asociados con la conducta de riesgo que incluye actividad sexual sin métodos de barrera (generalmente el condón); realizada bajo los efectos del alcohol o estupefacientes y con un gran número de parejas; cuando estas tres actividades se presentan y su ocurrencia es frecuente, se dice que el individuo practica actividades sexuales de riesgo. (Saeteros, Rosa, Pérez, Julia, y Sanabria, Giselda. 2015)

El cáncer cervical representa un grave problema de salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo, donde anualmente se registra el 83 % de los casos diagnosticados a nivel mundial. Diversos estudios han demostrado que la infección por virus de papiloma humano (VPH) es una causa necesaria, pero insuficiente, para el desarrollo de este cáncer. De los más de 100 tipos de VPH conocidos, aproximadamente 40 son transmitidos

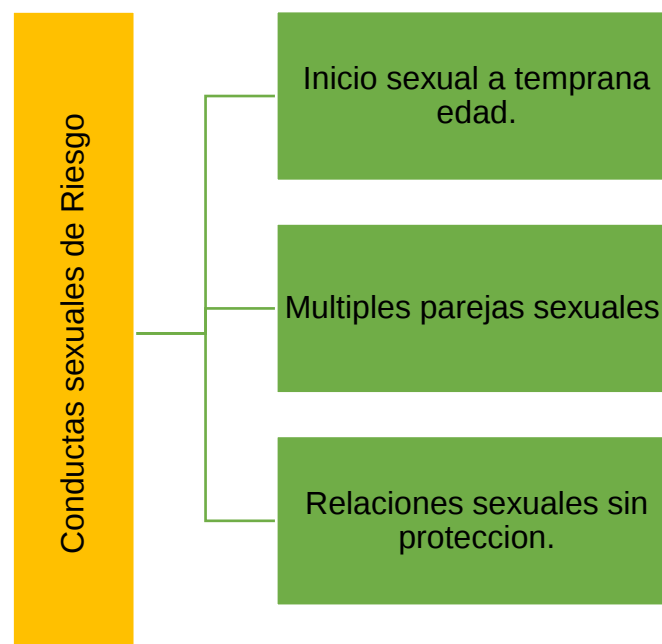


sexualmente y pueden infectar la piel, la mucosa oral y los genitales. La transmisión ocurre por contacto directo de piel a piel, siendo muy frecuente la vía sexual. (Andreína, y Correnti De Plata et al, 2010).

Los adolescentes de América Latina y el Caribe (ALC) son sexualmente activos antes de los 20 años, (Véase Figura 2) realidad creciente debido a factores asociados, como la maduración sexual temprana, el urbanismo, la influencia de los medios de comunicación, el desempleo y la baja escolaridad; desafortunadamente, la actividad sexual no va emparejada con la educación científica oportuna en temas de SSR, junto con ello, barreras culturales, familiares y religiosas sumadas a vacíos y deficiencias de la educación formal y no formal, expresan la desinformación y/o la información errónea, cuya importancia es decisiva pues comprometen profundamente no solo su desarrollo, sino también su vida y su salud (Saeteros, Rosa, Pérez, Julia, y Sanabria, 2015).

Figura 1.

Conductas Sexuales de Riesgo en jóvenes Universitarios de Morelia.





Nota:

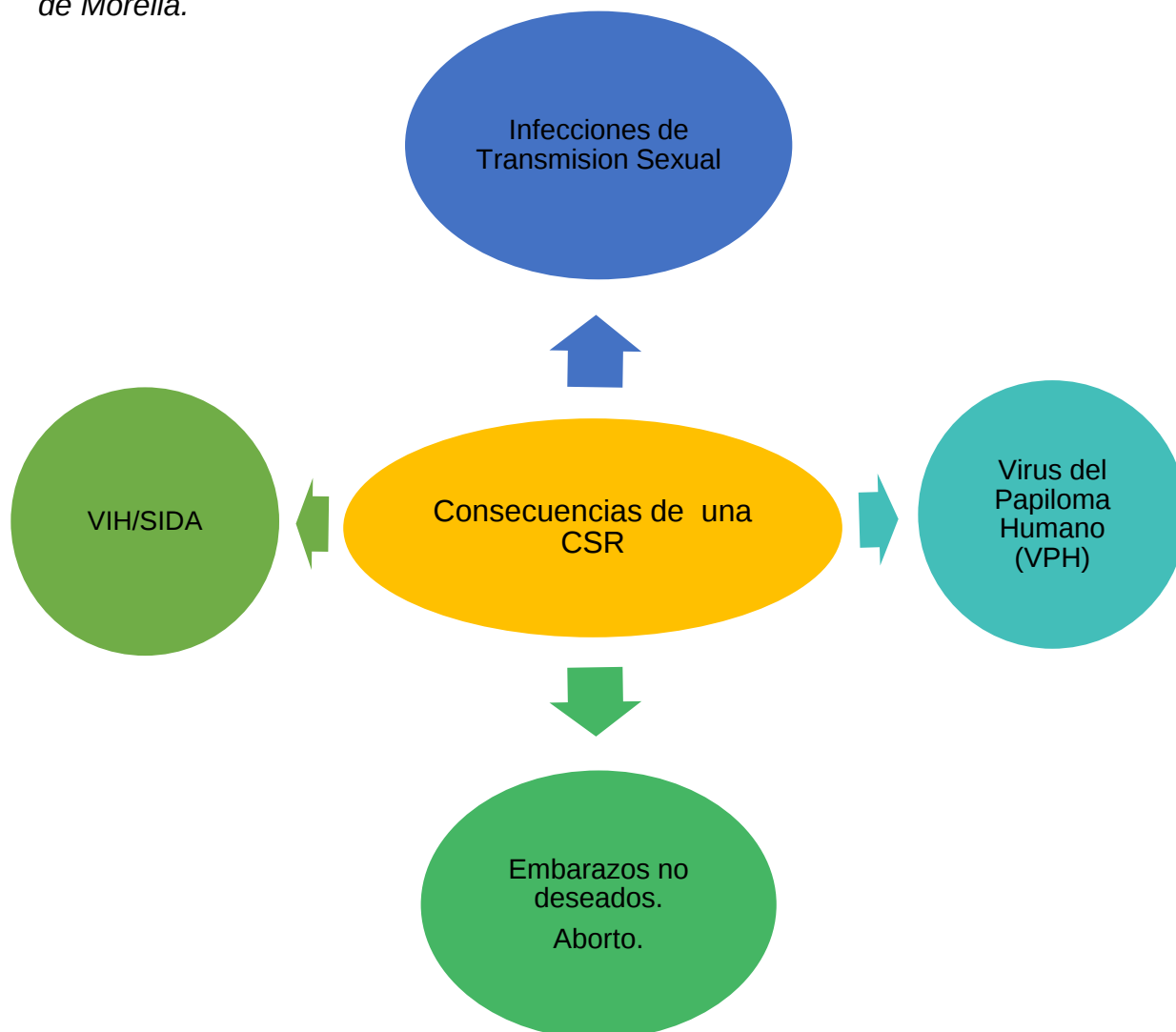
Elaboración

Propia.



Figura 2.

Consecuencias de una Conducta Sexual de Riesgo en jóvenes Universitarios de Morelia.



Nota: Elaboración Propia.



6.2 VIH. Historia Natural

6.2.1 Introducción.

La epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sida, ha experimentado numerosos cambios en sus casi 25 años de evolución. Entre los factores que han determinado estos cambios hay que destacar, sin duda alguna, la introducción de las terapias de alta eficacia en 1996 (Alfonso Figueroa et al, 2004).

El término sida se refiere al estado más avanzado de la infección causada por el VIH. Cada letra representa lo siguiente:

S - SÍNDROME - Porque alguien con sida puede experimentar un amplio rango de enfermedades e infecciones oportunistas diferentes.

I - INMUNO - Porque afecta al sistema inmunológico del cuerpo, la parte del cuerpo que <generalmente trabaja combatiendo gérmenes como las bacterias y los virus.

D - DEFICIENCIA - Porque el sistema inmunológico se vuelve deficiente (lo que significa que el sistema inmunológico no funciona correctamente).

A - ADQUIRIDA - Porque se puede infectar o adquirir, no es algo que se pueda transmitir en los genes.

El SIDA es una enfermedad que provoca un deterioro serio y progresivo del sistema inmunológico. La depresión del sistema inmunológico resultante, que se traduce en una situación de bajas defensas, predispone a las personas afectadas a adquirir múltiples infecciones ocasionadas por virus y microorganismos que de ordinario son inofensivos (Alfonso Figueroa et al, 2004).

6.2.2 Historia natural de la enfermedad

El SIDA es una enfermedad que se manifiesta varios años después de ocurrida la infección de VIH y representa la etapa más grave de esta última. El SIDA se caracteriza por la aparición de una serie de enfermedades oportunistas y tumores que sobreviven como consecuencia del daño que produce el VIH



sobre el sistema inmunológico. El VIH ocasiona el sida al destruir ciertos glóbulos blancos que son esenciales para un funcionamiento correcto del sistema inmunológico de los seres humanos.

Cuando el VIH infecta una célula, se combina con su material genético, pudiéndose mantener en estado latente o inactivo por años. Después de un período variable de tiempo, el virus se activa y lleva gradualmente a enfermedades más serias y otras condiciones características de la infección. El SIDA es la etapa de la infección en donde el sistema inmunitario se encuentra gravemente deteriorado y es incapaz de hacer frente a las infecciones y enfermedades oportunistas (UNESCO 2008, Uruguay)

Una persona con VIH no presenta evidencias físicas que sirvan de indicadores para determinar la presencia del virus en su organismo – y no andan con un cartel sobre el torso que dice tengo VIH-. Por lo tanto, cuando una persona decide tener una relación sexual con otra debe realizar prácticas sexuales seguras siempre (UNESCO 2008, Uruguay).

6.2.3 Principales vías de transmisión del VIH:

- a) *Vía Sexual.* Las relaciones sexuales sin medidas de protección con personas infectadas constituyen la principal vía de transmisión. Todo acto sexual con penetración (anal, vaginal u oral) expone al riesgo de transmisión del VIH, porque pone las secreciones sexuales en contacto directo con las membranas mucosas expuestas (las delgadas paredes del recto, la vagina, la uretra y la boca) este riesgo se reduce enormemente con el uso correcto y regular del condón o preservativo. (Programa Nacional de lucha contra RH, sida, ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004).
- b) *Vía parenteral.* Para que el VIH se transmita debe haber intercambio de sangre de una persona infectada con otra. Esta vía también recibe el nombre de vía de transmisión parenteral.



- c) *Vía vertical*. Transmisión vertical (madre - hijo). Una mujer infectada con VIH puede transmitir el virus al feto o al hijo en edad de amamantar.

6.2.4 Las distintas etapas de la infección son:

1. Infección primaria (o infección aguda).
2. Etapa asintomática
3. Etapa sintomática temprana e intermedia.
4. Etapa tardía de la enfermedad por VIH (SIDA).

6.2.5 La autoestima disminuye el riesgo.

La posibilidad siempre existe, pero la probabilidad disminuye cuando se aumentan los factores de protección tales como: uso correcto del preservativo, análisis de detección de VIH, adherencia al tratamiento, entre otros; y disminuyen los factores (situaciones) de riesgo como el consumo exagerado de alcohol o de drogas que hacen perder la conciencia.

La palabra cuidar tiene que ver con proteger nuestro cuerpo y el de los otros, nuestros afectos y nuestra idiosincrasia (o forma de ser). Señalamos que la transmisión tiene que ver con las formas de relación que adoptan los seres humanos y éstas están determinadas culturalmente. Y como son construcciones culturales pueden ser modificadas positivamente por nosotros mismos. Debemos fomentar la cultura del autocuidado y no depositar la responsabilidad sobre nuestra salud en el afuera. Si nosotros partimos de la premisa de promoción de la salud debemos avanzar en el empoderamiento de ella (Alfonso Figueroa et al, 2004).

6.2.6 Tratamiento de la infección por VIH

El tratamiento de la infección por VIH ha sufrido en los últimos años modificaciones sustanciales que trajeron como consecuencia un cambio en la historia natural de la enfermedad.



El uso combinado de potentes agentes antirretrovirales actualmente disponibles ha logrado suprimir la replicación viral a niveles indetectables y de manera prolongada en muchos pacientes infectados con VIH.

Sin embargo el uso de estos agentes sigue siendo una de las áreas más controvertidas en el campo de la quimioterapia anti-infecciosa. Gran parte de ello se relaciona con la baja potencia relativa de estos agentes, el ciclo vital complejo del VIH y la falta de conocimiento acerca del verdadero mecanismo de acción de estos agentes y sus efectos sobre la inmunobiología compleja del VIH (UNESCO 2008, Uruguay).

Dos fases del ciclo vital tienen particular relevancia para la quimioterapia antiviral. Los primeros acontecimientos de la replicación incluyen fijación, fusión, transcripción inversa e integración posterior al cromosoma de la célula huésped.

Estas funciones virales constituyen la fase de establecimiento del ciclo vital del VIH. Los acontecimientos posteriores de replicación, o fase de expresión de la infección, comienzan con la transcripción y traducción de proteínas virales a partir del ADN proviral y el posterior empaquetamiento de estas proteínas en viriones que luego son liberados por gemación de la célula.

La complejidad del ciclo vital del VIH proporciona muchos blancos potenciales para el ataque por los agentes quimioterapéuticos, pero también brinda al virus una oportunidad única para la persistencia continua en el huésped. Además la rápida variación mutacional el VIH ha resultado un desafío formidable para el desarrollo del tratamiento antiviral prolongado. El enfoque terapéutico actual se basa en una serie de principios fundamentales los cuales atienden a mejorar la calidad de vida de la persona infectada (UNESCO 2008, Uruguay).

Existen en la actualidad drogas antirretrovirales aprobadas para el tratamiento de la infección por VIH, ellas son: los inhibidores nucleósidos de la enzima transcriptasa reversa (TR), los inhibidores no nucleósidos de la TR, los inhibidores de la enzima proteasa, inhibidor de la Fusión.



6.2.7 Datos epidemiológicos

Hace tan sólo 20 años el sida era totalmente desconocido para la ciencia médica. Pocos años más tarde su agente causal, el VIH, se convertía en el responsable de una de las pandemias más devastadoras de la era moderna. Datos recientes comunicados por la OMS indican que la epidemia de SIDA va en aumento. En el año 1990 se estimaba que existían en el mundo 15 millones de infectados con el VIH. En el año 1998 sumaban 33 millones de personas con VIH (UNESCO 2008, Uruguay).

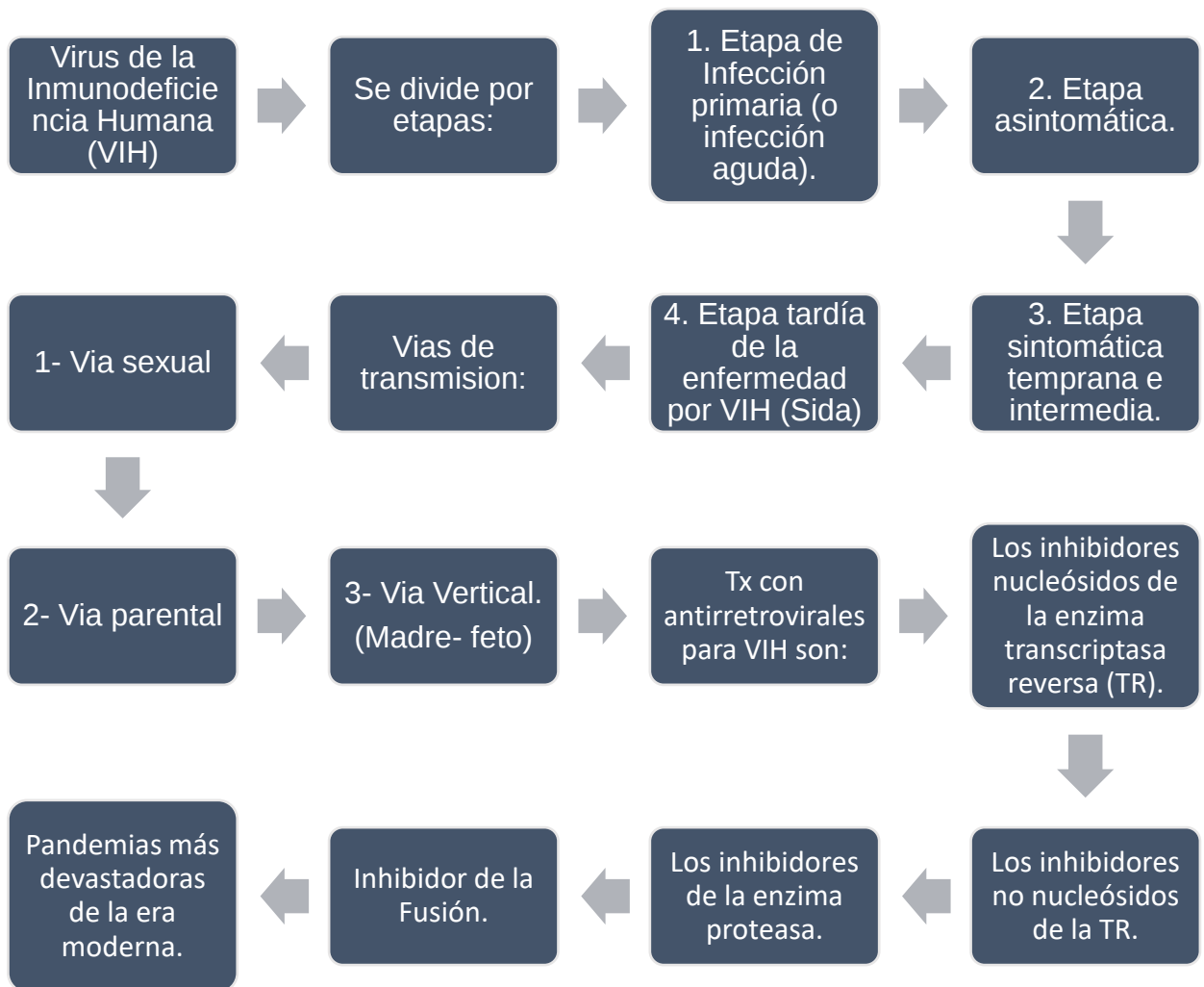
La tendencia actual de la epidemia revela un alarmante crecimiento en el número de personas infectadas en el África Subsahariana, en el sur y sudeste asiático. En la región del Caribe y en América Latina cada vez es mayor el número de infecciones en personas jóvenes, de bajos recursos, y de sexo femenino.

Mientras que al principio de la epidemia la relación hombre/mujer (H/M) era de aproximadamente 10/1, actualmente en algunas regiones del mundo esta relación se acerca al 1/1. En Argentina la relación cambió de 14/1 a fines de la década de 1980, a 3/1 en 1998. Los últimos datos disponibles, que corresponden al año 2005, indican que existen 40,3 millones de personas viviendo con VIH en todo el mundo (rango: 36,7 millones a 45,3 millones) (UNESCO 2008, Uruguay).



Figura 3.

Esquema de VIH



Nota: Elaboración Propia.



6.3 Autoestima

La Autoestima es un concepto ampliamente relacionado con el bienestar general de lo estudiado y discutido, observándose su persona, lo que sugiere que podría ser un buen indicador de la salud mental. Diversas investigaciones han confirmado la relación inversa entre Autoestima y síntomas depresivos, obsesivos compulsivos, ansiosos, entre otros. (María Dolores, & Ballester Arnal, Rafael. 2007)

Por tanto, su conocimiento es una valiosa información que posibilitaría la predicción de posibles trastornos psicopatológicos y su prevención. Se considera que la Autoestima rasgo (o nivel típico de Autoestima) depende principalmente de las contingencias de auto valía que experimenta el individuo y de su tendencia a construir circunstancias que satisfagan dichas contingencias. La Autoestima estado (o experiencia momentánea de autoestima) va a fluctuar en torno a dicho nivel típico de Autoestima en respuesta a los éxitos y fracasos que experimenta el individuo en las circunstancias vitales relevantes, es decir, en aquellas que son contingentes a su Autoestima (Crocker y Wolfe, 2001).

Una vez alcanzado cierto nivel típico de Autoestima, éste va a producir también efectos en los estilos cognitivos y conductuales de afrontamiento. En concreto, una Autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano (Dumont y Provost, 1999). Los jóvenes con una Autoestima elevada informan también de que disfrutan de más experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso (Dodgson y Wood, 1998; Tashakkori, Thompson, Wade y Valente, 1990).

Así, interpretan las experiencias negativas de un modo más funcional, minimizando la importancia de la habilidad implicada en una tarea tras el fracaso en ella (Di Paula y Campbell, 2002). También se perciben menos responsables ante la retroalimentación negativa que los jóvenes con baja autoestima (Campbell y Fairey, 1985; Jussim, Yen y Aiello, 1995), tienden a realizar atribuciones más controlables (Godoy, Rodríguez Naranjo, Esteve y Silva, 1989) y se muestran más persistentes ante tareas insolubles (Sommer y Baumeister, 2002). Realizan, a su vez, una mayor planificación de las



respuestas en el ámbito académico (Gázquez, Pérez, Ruiz, Miras y Vicente, 2006) y obtienen, en general, niveles superiores de éxito académico (Lerner et al., 1991).

Cuando se ha investigado la trayectoria de la Autoestima global para ambos sexos, se encuentran niveles relativamente altos en la infancia que disminuyen al comienzo de la adolescencia y a lo largo de ésta. Estos niveles se incrementan de nuevo desde el comienzo de la vida adulta y vuelven a decaer desde las edades medias de la vida adulta hasta la vejez (Robins y Trzesniewski, 2005; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling y Potter, 2002; Trzesniewski, Donnellan y Robins, 2003). Si bien en la infancia los niveles son similares en ambos sexos, en la adolescencia emerge un “vacío” entre ellos, presentando los varones una Autoestima más elevada que las mujeres (Showers y Buswell, 1999; Robins et al, 2002).

La adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la Autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma (Twenge y Campbell, 2001). Esta etapa se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos (Steinberg y Morris, 2001; Twenge y Campbell, 2001) y su estabilidad emocional (Larson, Moneta, Richards y Wilson, 2001).

Así, los jóvenes de estas edades manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de Autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta (Block y Robins, 1993).

Sin embargo, los adolescentes sufrirán más dificultades en su conducta futura cuanto más breves y rápidas sean las fluctuaciones en autoestima incluso independientemente de su nivel bajo de Autoestima a lo largo del tiempo (Crocker et al., 2006; Kernis, Grannemann y Barclay, 1992). En cuanto a los sentimientos momentáneos de Autoestima de los adolescentes, encuentran que los cambios que muestran la mayoría son impredecibles. (Savin-Williams y Demo 1983)



6.3.1 Clasificaciones:

6.3.1.1 Alta Autoestima: Una persona es responsable de su propia vida, es ser una persona actualizadora de sí misma y auto trascendente. Se señalan las siguientes características de una persona con una alta Autoestima:

Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesta a defenderlos aun cuando encuentre fuertes oposiciones y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada. Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable cuando a otras personas les parece mal lo que ha hecho. No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.

Tiene confianza en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente. Se considera si realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra, aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica. Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otras, por lo menos para aquellas con quienes se relaciona.

No se deja manipular por las demás personas, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente. Reconoce y acepta en sí misma una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena. Es capaz de disfrutar diversas actividades como estudiar, jugar, trabajar, descansar, estar con amistades. Una autopercepción positiva o una alta Autoestima es un resultado deseado del proceso de desarrollo humano. Se le vincula con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. (Rice, 2000)

Por otra parte, Koenig, comenta que, las personas cuyas identidades son débiles o cuya Autoestima no se ha desarrollado lo suficiente, manifiestan



diversos síntomas de falta de salud emocional, tales como síntomas psicosomáticos de ansiedad.

6.3.1. 2 Baja Autoestima: el nivel bajo de Autoestima o un bajo estado de ánimo se asocia, en opinión de algunas mujeres, control del preservativo. Los varones, sin embargo, creen que se trata más bien de falta de firmeza en la actitud, y declaran que con tal estado de ánimo no mantendrían relaciones sexuales. Ainhoa et al, (2007)

Rosenberg, entiende la Autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La medición de la Autoestima puede ser de gran utilidad para predecir o prevenir trastornos psicopatológicos, aunque su Operacionalización no es fácil de lograr. (Rojas, Cristian, Zegers, Beatriz, y Förster, Carla, 2009).

La Autoestima es un factor importante a considerar en la vida de las personas en general y en particular, en el tema del desempeño y de las actitudes hacia las actividades académicas de los estudiantes y las estudiantes. Rice menciona que, la Autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala este autor que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana. La Autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras. El yo evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito. (Rice, 2010)

En opinión de Maslow, citado por Santrock (2002), la mayoría de las personas que no han desarrollado un alto nivel de estima, nunca llegan a autorrealizarse. Para Maslow existen dos tipos de necesidades de estima, la propia y aquella que proviene de las otras personas. Ambas necesidades las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las de amor y pertenencia.

Branden, determina que la Autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Según Güell y Muñoz (2000), la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa



valoración se le llama Autoestima. Señala que se consigue mantener un buen nivel de autoestima se resistirá a críticas, socializar mejor con los demás, y pedir ayuda, en general, resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo.

Las personas con baja Autoestima muestran una identidad cambiante, inestable y abiertamente vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación, incompetencia y falta de valía. Puede que se perturben profundamente cuando piensan que se ríen de ellas, cuando sienten que las acusan o cuando perciben que otras personas tienen una opinión negativa de sí mismas. Cuanta más vulnerabilidad experimentan, mayores son sus niveles de ansiedad. Como resultado, se sienten torpes e intranquilas y evitan a toda costa exponerse al ridículo. (Rosenthal y Simeonsson, 2000).

6.4 Autoestima asociada a las Conductas Sexuales de Riesgo

Se pueden describir factores específicos que originan o influyen en algunas conductas psicopatológicas, como, por ejemplo, las problemáticas emocionales caracterizadas por depresión, ansiedad, ataques de pánico, estrés (Barra et al, 2006).

Se ha considerado, como uno de los factores de protección en la adolescencia, la conexión con el mundo laboral. Todo lo que implique ayuda en planear futuras opciones de vida y exponer al joven a experiencias laborales en pequeña escala, (como las prácticas de verano o el trabajar como voluntarios en lugares que posteriormente serán empleadores de los mismos adolescentes), tienen un alto impacto. Los proyectos se vinculan íntimamente con el tema de la identidad. (Jorge Castellá, & Carlotto, Mary Sandra. 2007).

Se consideran que una de las tareas esenciales de la etapa adolescente es la de, alcanzar una definición de sí mismo y una valoración personal (Griffa y Moreno 2005). La infección por VIH/SIDA representan uno de los problemas de salud pública de mayor riesgo que ha tenido que afrontar el mundo en los últimos años; según los jóvenes y los adolescentes se han convertido en el grupo poblacional más importante de vulnerabilidad ante este tipo de riesgos,



pues ellos, inician sus relaciones sexuales, sociales, consolidan actitudes, valores y creencias que pueden incidir en conductas saludables o de riesgo. (Orcasita y Uribe, 2010).

El concepto que se tiene de sí mismo o autoconcepto, no es algo heredado si no aprendido del entorno, mediante la valoración que el ser humano hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás. La importancia de la Autoestima radica en que impulsa la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos. Se ha encontrado que la Autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual, entre ellos, se ha demostrado que los embarazos en adolescentes son en gran parte consecuencia de una Autoestima baja, de ahí nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva intervención en educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva (Cataño Toro, David; Restrepo, Samuel Alberto; Portilla, Nicolás David; Ramírez, Héctor David; 2008).

Son múltiples los factores conductuales que incrementan el riesgo de embarazos en adolescentes; a menudo los jóvenes tienen ideas vagas y distorsionadas acerca de la sexualidad y no esperan que una relación coital termine en un embarazo; son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos y que acudan a los servicios de salud posteriormente. Buscar y obtener asesoría, consejería y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, se torna muy difícil para un adolescente sin experiencia (Cataño Toro, David; Restrepo, Samuel Alberto; Portilla, Nicolás David; Ramírez, Héctor David; 2008).

La violencia sexual se reporta menos, debido a sistemas de apoyo inadecuado, vergüenza, temor o riesgo de represalias o de ser culpadas, por lo que existe mayor dificultad por parte de las mujeres para verbalizar este tipo de violencia. La violencia sexual se refiere a la forma de dominación, sometimiento o coerción ejercida sobre las mujeres con el fin de tener relaciones sexuales sin su consentimiento o en contra de su voluntad; se consideran los comentarios, insinuaciones sexuales o cualquier acto que degrade o dañe el cuerpo de la



mujer, que atente contra su dignidad e integridad física. Como consecuencia de este tipo de agresión las mujeres expuestas a violencia de pareja presentan una serie de problemas de salud, entre estas, aumento de la probabilidad de infección por VIH, SIDA, entre otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Así, las Mujeres con Autoestima baja, que enfrentan violencia de pareja (incluida la sexual) conjuntan, de manera constante, una mayor exposición a factores de riesgo y por tanto un alto nivel de vulnerabilidad, situación que se vincula a subordinación de tipo económica, social y cultural, donde el hombre cree que su esposa/pareja es de su propiedad y que tiene derecho y control sobre su cuerpo, así como a decidir cuándo y cómo tienen lugar los encuentros sexuales (Nava Navarro, Onofre Rodríguez y Báez Hernández, 2016).

Por último, es destacable que una Autoestima baja durante la adolescencia es un factor de riesgo para diversos problemas en la edad adulta. En un estudio longitudinal, encuentran que los individuos con baja Autoestima en la adolescencia tienen un riesgo mayor de sufrir una peor salud física y mental en la edad adulta, una peor proyección laboral y económica, y una mayor probabilidad de verse implicados en actuaciones criminales, en comparación con los adultos que presentaban una elevada autoestima cuando eran adolescentes. (Trzesniewski, 2006)

Las Conductas de Riesgo en Adolescentes son determinantes en la salud, siendo las principales responsables de la morbilidad y mortalidad en esta etapa, entre las cuales se mencionan el consumo de drogas, embarazo precoz, mala alimentación, infecciones de transmisión sexual, depresión y suicidio entre otras. Estas implican un deterioro considerable en la salud del adolescente afectando su calidad de vida, la inserción con igualdad de oportunidades en la sociedad y gran parte de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto (María Teresa Valenzuela Mujica, Ana María Ibarra R., Tamara Zubarew G., M. Loreto Correa, 2013).

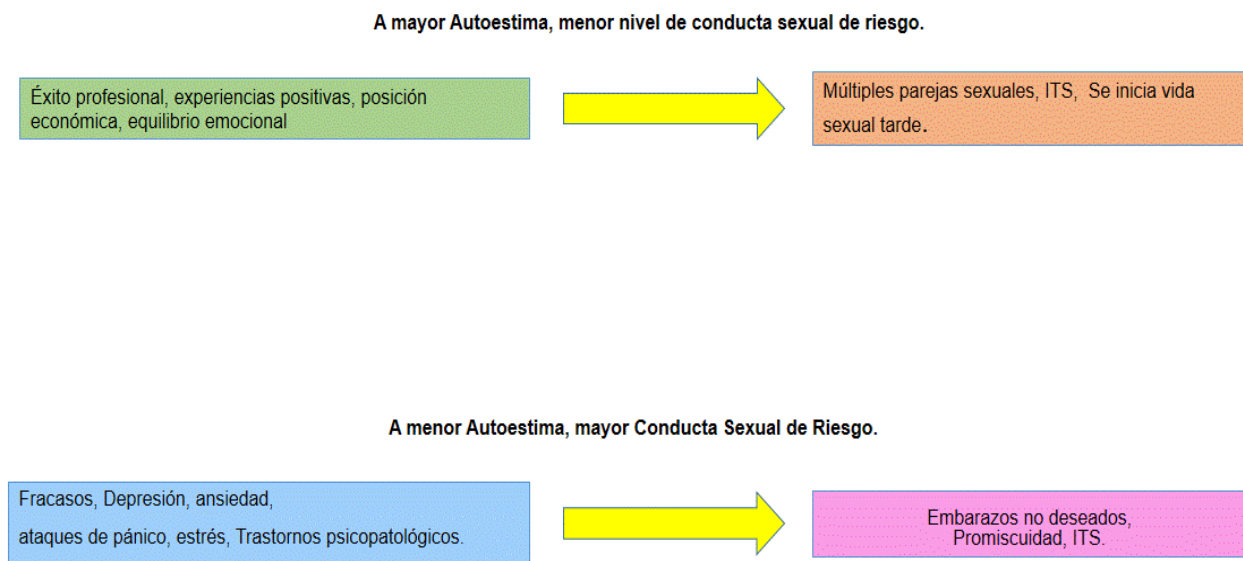
La familia juega un rol primordial en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente, en cuyo interior se educa y su grado de funcionalidad permitirá que éste se convierta en una persona autónoma, capaz de enfrentarse e



integrarse a la vida. En la familia los padres y adultos significativos son fundamentales por la influencia que ejercen en el desarrollo de hábitos de vida, formas de expresar afectos, relacionarse con los demás, de resolver conflictos y de desarrollar conductas de autocuidado. Los estilos de crianza parental pueden tener un efecto positivo o negativo en la incidencia de conductas de riesgo adolescente, comprobándose que a mayor apoyo parental y control conductual hay menor consumo de drogas, autoagresión, violencia y depresión entre otras (María Teresa Valenzuela Mujica, Ana María Ibarra R., Tamara Zubarew G., M. Loreto Correa, 2013).

Figura 4.

Autoestima asociada a las conductas sexuales de riesgo.



Nota: Elaboración propia.



CAPÍTULO III.



VII. Material y Métodos

7.1 Tipo y diseño de estudio

Es un estudio cuantitativo y correlacional. No experimental, transversal.

7.2 Límites de tiempo y espacio

Este trabajo se llevó a cabo durante un año. De abril del 2016 a Marzo del 2017. Las DES participantes fueron: Facultad de Enfermería, Facultad de Químico–farmacológico, Facultad de Ciencias de la Salud, Facultad de Odontología, Facultad de Psicología y Escuela de Salud pública y enfermería.

7.3 Universo y muestra

El Universo de estudio fueron los jóvenes universitarios mayores de 18 años de edad inscritos en alguna Dependencia de Educación Superior (DES) de la Salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán. Las DES de la Salud son dependencias de la UMSNH, aunque en la actualidad ofrecen más de 3,300 posibilidades en diferentes escuelas, institutos, tecnológicos, colegios y universidades, es una decisión donde deben considerar varios factores personales, familiares y socioeconómicos considerando varios factores como son: el prestigio, el campo laboral, la moda y la gratificación económica.

Para el joven universitario, es un dilema para hacer la elección vocacional, dando en su vida un giro de 360° desde el momento en que tiene que elegir una carrera profesional, la cual, en teoría, va a ejercer durante toda su vida.

La UMSNH nos ofrece Ciencias de la Salud entre ellas Facultad de Odontología, Facultad de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, Facultad de Psicología, Facultad de Químico Farmacobiología, Escuela de Enfermería y Salud Pública.

7.4 Tamaño de muestra



El tipo de muestra en este estudio fue no probabilístico, por conveniencia, teniendo una muestra total de 616 jóvenes universitarios.

7.5 Criterios de selección

Los criterios que se seleccionaron para el estudio se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1.

Criterios de selección aplicados en el estudio.

Inclusión	Exclusión
• Hombres y/o mujeres mayores de 18 años. • Que se encuentren inscritos en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. • Que se encontraran estudiando en una de las siguientes Licenciaturas: Enfermería, Químico-fármaco-biología, 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.	Los participantes que: • No aceptaran participar en la investigación. • Que tuvieran complicaciones o un padecimiento que involucre un compromiso cognitivo-conductual que impida el entendimiento de los cuestionarios. • Los cuestionarios incompletos. Participantes que no quieran participar en las encuestas.

Nota: Elaboración propia.

7.6 Variables

Véase tabla 2 (apéndice 4). Operacionalización de variables.

7.7 Técnicas de recolección de la información

Escala de Autoestima de Rosenberg: la cual consta de 10 reactivos. Las opciones de respuesta corresponden a una escala con cuatro categorías de respuestas que van desde 1= totalmente en desacuerdo, 2= desacuerdo, 3= acuerdo y 4= totalmente de acuerdo, con un rango de puntaje de 10 – 40, en donde a mayor puntaje, indica más alta autoestima. (Alpha de Cronbach 0.92). Véase Anexo 1.



Instrumentos para Conducta Sexual de riesgo: Se utilizaron 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”.

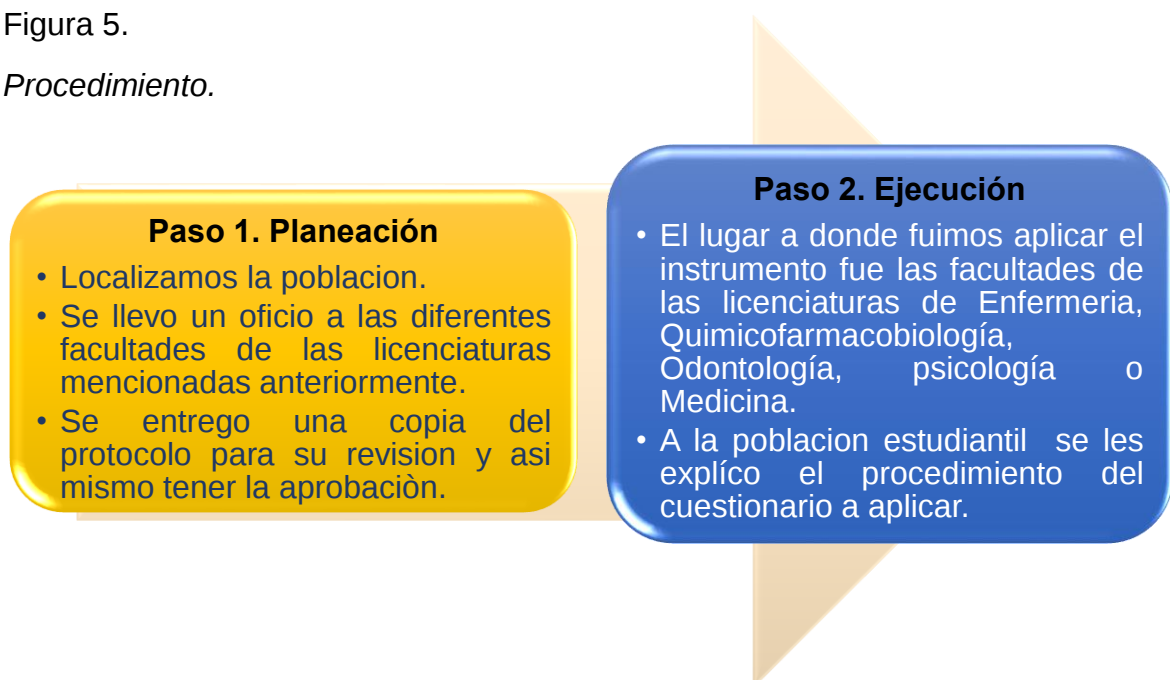
- Experiencia Sexual: El objetivo del instrumento experiencia sexual será identificar las prácticas sexuales previas que ponen en riesgo al joven para contraer ITS/VIH-SIDA. Este instrumento, consta de 8 reactivos, las opciones de respuesta que pueden ser dicotómicas (Si y No) y numéricas, en donde de acuerdo a la respuesta se asigna un punto según los criterios establecidos por Ingledew y Ferguson. Puntuaciones mayores indican que el joven se ha involucrado en mayores Conductas de Riesgo Sexual.
- Actividades Íntimas y Comportamiento sexual: Para medir las variables actividades íntimas y comportamiento sexual, se utilizaron 14 preguntas de la encuesta de salud estudiantil del 2001 de razón por las cuales tener y no tener sexo. Las respuestas son de tipo Likert que van desde: Nunca he tenido sexo y Nunca usamos condones (Véase anexos 2 al 4).

7.8 Procedimiento.

A continuación, se muestra el proceso que se realizó en esta investigación que estuvo ejecutada a partir de dos pasos que se describen en la figura 5.

Figura 5.

Procedimiento.





Nota: Elaboración propia.



7.9 Análisis estadísticos

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS (*Statistical package for social Science*) versión 21.0. Se hará uso de la estadística descriptiva e inferencia; la estadística descriptiva permitió conocer las características de los participantes del estudio, a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central, así como medidas de variabilidad. Se obtuvieron índices de para las escalas y sub-escalas de los instrumentos, se determinó la confiabilidad de las escalas por medio del coeficiente Alpha de Cronbach, correlaciones para cada reactivo y se obtuvo el análisis de factores de cada escala y la rotación octogonal de varimax para su confiabilidad; posteriormente se utilizó la prueba de normalidad para decidir el uso de pruebas paramétricas y no paramétricas. A través de la prueba de Kolmogorv – Smirnov. La estadística inferencial se utilizó para verificación de objetivos, responder la pregunta de investigación y prueba de hipótesis.

7.10 Infraestructura

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo cuenta con Licenciaturas que se encuentran ubicadas dentro del centro de la ciudad de Morelia. Tal es el caso de las DES de la Salud. Los espacios físicos de cada Facultad tienen aulas para los estudiantes en donde se realizó la recolección de datos.

7.11 Organización

7.11.1 Recursos humanos

Se cuenta con una responsable, una asesora y revisora en tesis que son:

PSSLE. Nayeli Galván Paniagua (Responsable)

DCE. Mayra Itzel Huerta Baltazar (Asesora en tesis)

DCE. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala (Coasesora)



DCE. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz (Revisora)

7.11.2 Programa de trabajo

Véase cronograma de actividades en Apéndice 3.

7.11. 3 Presupuesto

Esta investigación obtuvo financiamiento por parte de PRODEP (Programa para el desarrollo del profesorado).

7.11. 4 Plan de difusión y de resultados

Los resultados obtenidos en esta investigación serán presentados en foros Nacionales e Internacionales del ámbito de Enfermería e Investigación.



VIII. Consideraciones éticas y legales

Declaración de Helsinki.

Esta investigación se basa en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.

La asociación médica mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial.

En la investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todo los intereses.

Derechos Humanos.

Libertad de expresión

Artículo 60

- I. Toda persona tiene derecho a expresar libremente sus ideas por cualquier medio, ya sea oral, escrito, artístico o algún otro. Por tanto, la manifestación de las ideas no puede ser causada de persecuciones judiciales o administrativas, salvo que implique o conlleve a algún ataque a la moral o a los derechos de los demás o bien cuando constituya o provoque la comisión de un delito o altere el orden público.

Derecho a la información

Artículo 60

- I. Como correlato de la libertad de expresión, el estado está obligado a garantizar el derecho de las personas para garantizar, obtener y difundir libremente todo tipo de informaciones e ideas, ya sea de forma oral, escrita, a través de los medios electrónicos, informáticos o por cualquier otro procedimiento que elija.

CAPÍTULO IV.



IX. Resultados

En este apartado se redactan los resultados obtenidos a partir, de las 616 encuestas que se realizaron a los jóvenes universitarios de la DES de la salud en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Hombres y mujeres mayores de 18 años a los cuales se les aplicaron instrumentos como: Autoestima de Rosenberg, Experiencia Sexual, Actividades Íntimas y Comportamiento Sexual.

Para dar respuestas al objetivo específico número 1, que corresponde a las características sociodemográficas de los participantes se encontró que con respecto a la Edad la media fue de 20 años. Los rangos de extremo fueron: lo mínimo de 17 y la máxima edad fue de 46 años. (Véase Tabla 3)

Tabla 3

Edad de los participantes del estudio de la DES de la Salud de la UMSNH en Morelia, Michoacán.

Edad	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
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



En la tabla 4 se observa la distribución por género de los jóvenes Universitarios que el 65.4% de los participantes pertenecen al sexo femenino.

Tabla No. 4

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

Sexo	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) Valido	Porcentaje (%) Acumulado
Masculino	213	34.6%	34.6%	34.6%
Femenino	403	65.4%	65.4%	100.0%
Total	616	100.0%	100.0%	

Nota: Cedula de identificación aplicada a universitarios de las DES de la salud de la UMSNH.

En la tabla 5 observamos que, en cuanto al acompañamiento de con quien viven ellos manifestaron (74.5%) que viven con su familia.

Tabla No. 5

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

Vives con	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) Valido	Porcentaje (%) Acumulado
Familia	459	74.5%	74.5%	74.5%
Solo	104	16.9%	16.9%	91.4%
Otro	53	8.6%	8.6%	100.0%
Total	616	100.0%	100.0%	

Nota: Cedula de identificación aplicada a universitarios de las DES de la salud de la UMSNH.



En la tabla 6, cuando se les cuestionó a los estudiantes su estado civil, se observó que el 90.9% de los participantes son solteros.

Tabla No. 6

Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al Estado civil, Morelia Michoacán.

Estado Civil	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) Valido	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%	100.0%
Total	616	100.0%	100.0%	

Nota: Cedula de identificación aplicada a universitarios de las DES de la salud de la UMSNH.

En la siguiente tabla, se muestra la Religión que tienen los jóvenes que participaron en este trabajo. Como se ve, el 82.5% muestra que los participantes son de religión católica. (Véase Tabla 7)

Tabla No. 7

Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la Religión Morelia, Michoacán.

Religión	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) Valido	Porcentaje (%) Acumulado
Católica	508	82.5%	82.5%	82.5%
Otra	108	17.5%	17.5%	100.0%
Total	616	100.0%	100.0%	

Nota: Cedula de identificación aplicada a universitarios de las DES de la salud de la UMSNH.



En la tabla 8 se observa que el 29.2% de los participantes pertenecen a primer semestre, en cuarto semestre un porcentaje de 31% de los participantes y un .3% de los participantes pertenecen a sexto semestre.

Tabla No.8

Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo al Semestre, Morelia, Michoacán.

Semestre	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) Valido	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	17	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%	100.0%
Total	616	100.0	100.0	

Nota: Cedula de identificación aplicada a universitarios de las DES de la salud de la UMSNH.



En la tabla 9 que pertenece a la Dependencia de la Salud en la que se encuentran inscritos, se observa que el mayor porcentaje (17.4%) de los participantes pertenecen a la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”. (Véase tabla 9)

Tabla No. 9

Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a la Dependencia Universitaria, Morelia, Michoacán.

Licenciatura	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) Valido	Porcentaje (%) acumulado
Medicina	107	17.4%	17.4%	17.4%
Psicología	105	17.0%	17.0%	34.4%
Odontología	100	16.2%	16.2%	50.6%
Facultad de Enfermería	99	16.1%	16.1%	66.7%
Escuela de Enfermería y Salud Publica	105	17.0%	17.0%	83.8%
Químicofarmacobiología	100	16.2%	16.2%	100.0%
Total	616	100.0%	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados a universitarios de las DES de la salud de la UMSNH.



En la tabla No.10 se muestran las variables sociodemográficas con las frecuencias que predominaron.

Tabla No. 10

Frecuencia y porcentaje de los participantes de acuerdo a datos que predominaron

V/S		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) Valido	Porcentaje (%) Acumulado
Sexo	Femenino	403	65.4	65.4	100.0
Vives Con	Familia	459	74.5	74.5	74.5
Estado civil	Soltero	560	90.9	90.9	90.9
Religión	Católica	508	82.5	82.5	82.5
Semestre	1er Sem.	180	29.2	29.2	29.2
Facultad	Medicina	107	17.4	17.4	17.4

Nota: Cedula de identificación aplicada a universitarios de las DES de la salud de la UMSNH.

^a V/S = Variables Sociodemográficas.

Para dar respuesta al objetivo específico 2, en la tabla 11 se muestra el nivel de Autoestima en jóvenes Universitarios de la DES de la Salud.

Tabla No. 11

Valores del nivel de Autoestima en jóvenes universitarios de la UMSNH.

	Media	Mediana	Desviación típica
Autoestima	36.1526	36.6667	10.64696

Nota: Instrumento de Autoestima de Rosenberg.



Para dar respuesta al Objetivo específico 3, en la siguiente tabla 12 se muestra el nivel de Conducta Sexual de Riesgo.

Tabla No. 12

Nivel de CSR en jóvenes universitarios que participaron en el estudio de la UMSNH

	Media	Mediana	Desviación típica
Comportamiento Sexual	7.1026	8.0000	5.86144
Experiencia Sexual	2.8634	3.0000	2.26017
Actividades Intimas	34.4309	33.3333	29.96094

Nota: Cedula de identificación aplicada a universitarios de las DES de la salud de la UMSNH.



Para dar respuesta al objetivo específico número 4 y al objetivo general, en la tabla 13 se muestra la correlación para Autoestima y CSR.

De esta manera, se demuestra que se encontró: a mayor Autoestima, menor nivel de Conducta Sexual de Riesgo y, a menor Autoestima, mayor Conducta Sexual de Riesgo.

Tabla No. 13

Correlación de Autoestima con Conducta Sexual de Riesgo en jóvenes universitarios.

		ES	AI	CS	IEA
ES	Coeficiente de correlación	1.000	.342**	.806**	<u>0.22</u>
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.594
AI	Coeficiente de correlación	.342**	1.000	.483**	<u>.090</u>
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.025
CS	Coeficiente de correlación	.806**	.483**	1.000	<u>.003</u>
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.935
IEA	Coeficiente de correlación	.022	*.090	*.003	1.000
	Sig. (bilateral)	.594	.025	.935	

Nota: ES = Experiencia Sexual. AI = Actividades Intimas. CS = Conductas Sexuales. IEA = Instrumento Escala Autoestima de Rosenberg.

*Nota: **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) con Rho de Spearman.*



X. Discusión

Los jóvenes universitarios de 18 a 46 años tienen una Conducta Sexual de Riesgo de VIH asociada a la Autoestima ya que con diversos factores tienden no usar medidas de protección, iniciar VSA a temprana y tener múltiples parejas sexuales.

Se comprobó en esta investigación, que a menor Autoestima mayor Conducta Sexual de Riesgo para VIH y para enfermedades de transmisión sexual en un rango de edad de 18 a 46 años de edad. Por lo tanto, a mayor Autoestima, menor Riesgo de Conducta Sexual para VIH.

Esto se relaciona con lo encontrado por Fleiz y Cols et al, (2000) donde se observa, que la edad promedio el inicio de vida sexual para los hombres es de 14 años y para las mujeres de 16 años. Asimismo, Beadnell y cols. (2005) donde señalan que los adolescentes que debutan sexualmente a menor edad tienen más probabilidad de tener un mayor número de parejas sexuales y de prácticas sexuales sin uso del condón, lo que implica el incremento de embarazos precoces, así como la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA (Betancourt Ocampo, Diana et al, 2007).

En un estudio realizado por Goncalves et al, (2007) llamado “Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes” se encontró que el nivel de Conducta Sexual de Riesgo para VIH fue del 61.4%, lo que se relaciona con nuestro estudio al encontrar que el 69% de los jóvenes encuestados de la DES de la salud, tienen un alto nivel de Conducta Sexual de Riesgo para VIH. (Goncalves Camara, Castella Sarriera, Carlotto 2007).

En otro estudio realizado por Alvarado Thimeos, (2015) llamado “Educación Sexual Preventiva en Adolescentes” se encontró que un 70,5% de los jóvenes declaro haber iniciado su vida sexual activa, esto significa el cierre de una etapa y la apertura de otra en edades tempranas, que lo llevan a adquirir riesgo en su vida sexual activa porque en la adolescencia se tiene mayor vulnerabilidad a la necesidad de afecto que los lleva a tener elecciones débiles en la búsqueda de pareja (Da. Julia Eliana Alvarado Thimeos, 2015). Este resultado está relacionado con esta investigación al haber encontrado que



la edad es significativa para la conducta sexual de riesgo, ya que a menor edad mayor conducta sexual de riesgo.

Rodríguez Naranjo y Caño González con su estudio llamado “Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención” muestran que, de 51 participantes adolescentes, 19 participantes tienen experiencias negativas con sus familiares que los llevan buscar refugio en Conductas de Riesgo como: adicciones y conductas sexuales. Lo que se relaciona con esta investigación, en donde se observa, que en los jóvenes hay una baja Autoestima buscan afecto en personas ocasionales e inseguras (Campbell, Chew y Scratchley, 1991).

En un estudio realizado en Colombia (2005) llamado “Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala”, hablan de que la baja autoestima es sin duda el factor más estudiado y comprobado como agente fundamental, y de éste nace la inseguridad, el temor al rechazo, bajas aspiraciones en la vida o un déficit importante en el nivel de control de emociones y que es de aquí donde se derivan la mayoría de conductas de riesgo para VIH, para ITS o para un embarazo temprano. Comparado con nuestros resultados, existe una asociación entre Autoestima y Conductas Sexuales de Riesgo para VIH en los universitarios de la DES de la salud, donde datos significativos en el género femenino con un 65.4% presentando conductas sexuales de riesgo, y dependiendo el nivel de autoestima que tengan (Toro, Restrepo, Portilla y Ramírez, 2005)



XI. Conclusión

A la luz de los resultados se concluye que la Autoestima está asociada a una Conducta Sexual de Riesgo para VIH en jóvenes universitarios de la DES de la Salud en la UMSNH.

El objetivo de esta investigación se cumplió porque se pudo comprobar que en nuestra población la Autoestima es un factor que determina la elección de pareja para tener Actividades Íntimas. La Autoestima nos lleva a determinar el contexto social que elegimos para relacionarnos en todos los ámbitos; de amistad, familiar y sexual. Estará influenciado por el nivel de Autoestima, al reconocer el derecho que se tiene como persona de elegir el desarrollo de una vida sexual segura y disfrutable en comparación de vivir encuentros sexuales casuales e inseguros.

La Autoestima favorece el autoconcepto y este, permite darse cuenta del derecho que se tiene a la elección de una vida en bienestar de pareja sexual y segura. De acuerdo con Rice (2000), la Autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala este autor que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana.

Eisenberg y Patterson (1981) se refieren a una serie de Conductas correlacionadas tanto con el alta como con la baja Autoestima. Entre ellas se mencionan: expectativas hacia el futuro, asertividad personal, estilos para enfrentar el estrés, locus de control, toma de riesgos, temor al fracaso y nivel de aspiraciones.

Loewenstein y Frustenberg (1991), encontraron que, en una muestra de mil personas, el 65% no había previsto su primera relación sexual. Esta circunstancia, que se da también entre los adolescentes (López, 1995), y hace muy improbable la adopción de medidas protectoras.

Los jóvenes por inseguridad eligen una vida sexual insegura al ceder en tener relaciones sexuales en sitios inseguros y en ocasiones públicos, como el coche, el bosque, un estacionamiento, un baño público, lugares alejados de la ciudad entre otros, también al elegir parejas casuales sin educación y principios



morales. Al permitir el contacto sexual sin protección, al tener relaciones sexuales bajos la influencia de sustancias tóxicas, al poner en riesgo la integridad física en sitios inseguros, al permitir el maltrato económico, donde el peso de la economía recae en una persona sin economía suficiente para solventar gastos. Esto con lleva a que desde el noviazgo exista violencia física, verbal y psicológica como consecuencia un embarazo no deseado, junto con Enfermedades de Transmisión Sexual como: el Virus de Papiloma Humano, Herpes, sífilis, gonorrea, clamidia, uretritis no gonocócica, trichomoniasis, candidiasis, condilomas, síndrome de inmunodeficiencia humana. Álvarez Mesa, Mónica, de la Torre Navarro, Lilia, & Domínguez Gómez, José. (2014).

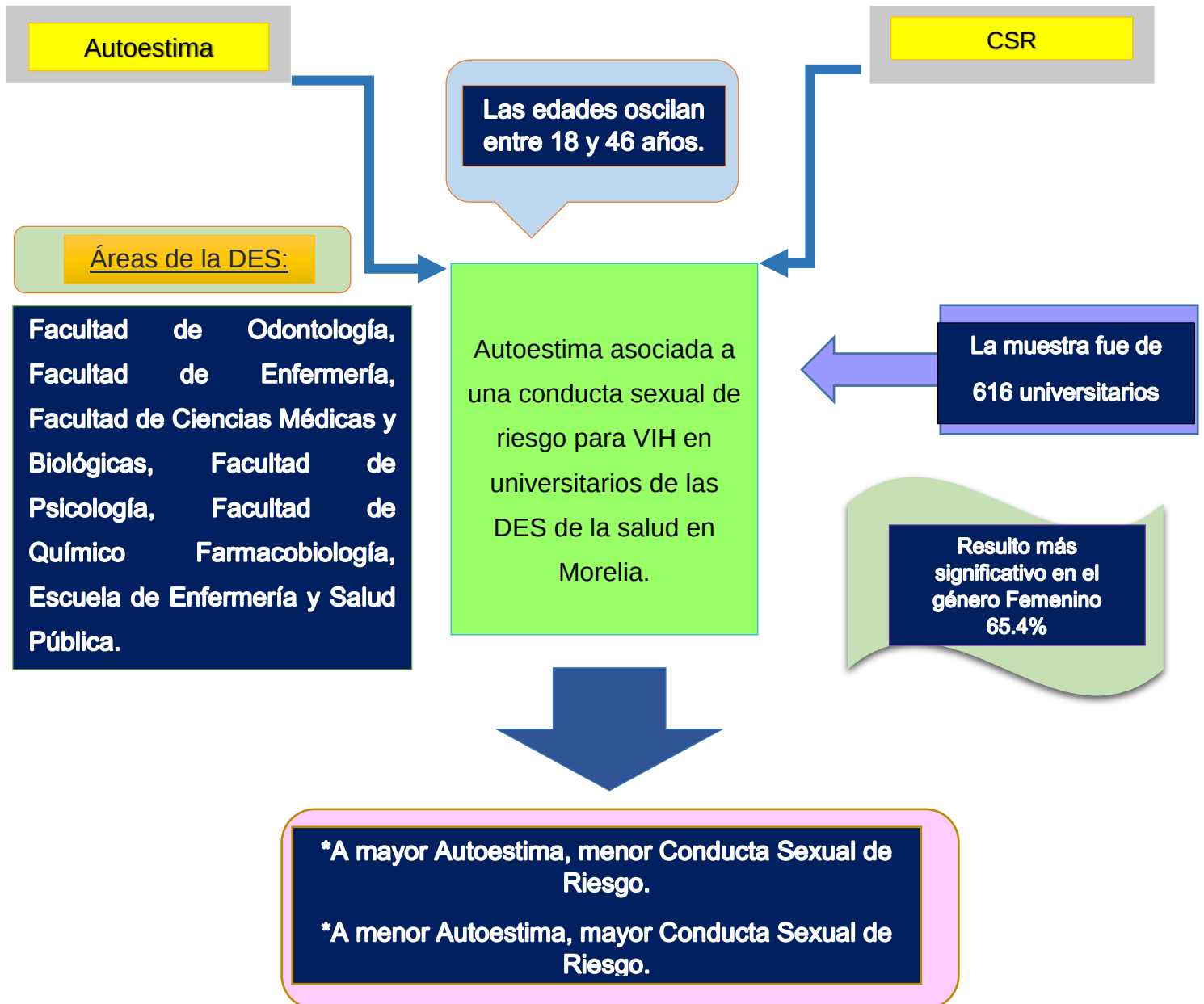
Esta situación es condicionada y agravada por la pobreza y la marginación social, la diversidad educativa, territorial y cultural y las necesidades de los grupos especiales (mujeres cabeza de familia, desplazados, poblaciones indígenas y adolescentes) (OPS - OMS, 2006).

La Autoestima que se encuentra vinculada a la educación afectivo-sexual de nuestros adolescentes y jóvenes se perfila sin duda, como una de las causas más importantes de la frecuencia con que se llevan a cabo conductas sexuales de riesgo. Incluso podríamos destacar que, ha sido escasa la investigación sobre el origen de los comportamientos sexuales de nuestros adolescentes y jóvenes, especialmente de los adolescentes, siendo esta etapa, clave en el comienzo de las relaciones sexuales. A pesar de que algunos sectores de la sociedad prefieren pensar que las relaciones sexuales sólo se inician a partir de la mayoría de edad, los datos sobre la prevalencia del SIDA y de embarazos no deseados muestran claramente que esto no es así.

La Autoestima y el afecto están vinculadas al desarrollo de la vida sexual de riesgo o no, dependiendo de los valores cimentados en los jóvenes y que es en esta etapa en donde salen a relucir bajo la fuerza de convicción que se tenga de la valía personal o no.

Figura 6. Mapa Conceptual.

Autoestima asociada a una Conducta Sexual de Riesgo para VIH en universitarios de las DES de la salud en Morelia.



Fuente: Elaboración propia.



XII. Sugerencias

Para prevenir una Conducta Sexual de Riesgo para VIH, es necesario fomentar la Autoestima desde la infancia, ya que es un proceso que se va formando poco a poco.

1.- Fomentar la Autoestima: se puede fortalecer la Autoestima desde una edad pequeña, pero más que nada en la etapa de la adolescencia donde se descubren emociones, ellos viven con ciertos tipos de carácter y suscitan cambios que orientan al sentido de la vida misma.

2.- Fomentar la educación sexual en la adolescencia: enseñarles a comprender los principales cambios y sus manifestaciones como: el aumento de talla, aparición de vello axilar y púbico, el desarrollo morfológico conforme al sexo y sus procesos singulares. También los cambios psicológicos: humor, actitudes de rebeldía, una compleja atracción por las transgresiones a las normas y valores del mundo adulto, pero más que nada la curiosidad y la necesidad de pertenencia que nos envuelve muchas veces en la apatía, hostilidad y holgazanería.

3.- Escuela para padres: en las escuelas se pueden crear talleres tanto para niños como para padres de familia donde los enseñen a superar estas etapas, pero lo más importante aumentar la autoestima de nuestros niños hacia un futuro próximo, en las escuelas con altos grados de estudio crear talleres para jóvenes donde compartan sus experiencias en la vida y como han logrado salir adelante ante este tipo de situaciones.

4.- Los adultos jóvenes son un grupo vulnerable a estas ETS, pues en la adolescencia y luego en la juventud se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida; de ahí que el nivel de educación sexual de nuestras comunidades será un soporte a la salud sexual considerada como la integración de los elementos somáticos, emocionales, sociales e intelectuales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

5.- Afecto y Dinámica Familiar: es la enseñanza de los niños, adolescentes, jóvenes, adultos para la vida familiar, en pareja, matrimonial y el



amor. Contribuye al desarrollo de la personalidad y mejora la calidad de vida. Intervienen aspectos formativos e informativos. En lo formativo tienen un papel fundamental: los padres y madres, el hogar, los maestros y maestras, la escuela y el medio sociocultural. En lo informativo; intervienen los amigos, (as), compañeros, (as), los medios masivos de comunicación (prensa, radio, TV,) cine, computadoras etcétera.

El objetivo es llamar a la reflexión sobre aspectos significativos vinculados a la sexualidad que reclaman un enfoque bioético de estas cuestiones. El respeto a la dignidad de la persona humana es un principio ético elemental.



XIII. Bibliografía y referencias bibliográficas

Vinaccia, Stefano, Quiceno, Japcy Margarita, Gaviria, A. Milena, Soto, Ana; Gil L. María Dolores, & Ballester Arnal, Rafael. (2007). *Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos*. Terapia psicológica, (29-50). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000100003/>

González-Arratia, Valdez Medina, Serrano García (Julio, 2003) *Autoestima en jóvenes universitarios, Estadísticas de mortalidad*. Revista de Salud Pública de México. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5167260.pdf>

García Polanco (Marzo, 2014) *Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles*. Secretaría de Salud. Principales causas de mortalidad general, Michoacán, México; 2002. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724676>

Orcasita, Linda Teresa, Fernanda Uribe, Ana, Castellanos, Laura Patricia, & Marisol Gutiérrez, Rodríguez. (Lima, 2012). *Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander*. Revista de Psicología. Recuperado en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000200006&lng=pt&tlng=es.

Camargo, Alexander, Rodríguez, Claudia, Ferrel, Fernando y Ceballos. (Colombia, 2009). *Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta*. Psicología desde el Caribe. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2009000200005&lng=en&tlng=es.

Álvarez, Alonso Castillo, María Magdalena, & Zanetti, Ana Carolina Guidorizzi. (Latino-americana, 2010). *Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes*. Recuperado en <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700021>

Musitu, Gonzalo, Jiménez, Teresa, Murgui y Sergio. (2007). *Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de*



mediación. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100002&lng=es&tlng=es.

Câmara, Gonçalves, Sarriera, Castellá, Carlotto y Mary Sandra. (Janeiro 2007). *Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes*. Recuperado en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200006&lng=pt&tlng=es.

Rojas, Cristian A, Zegers P, Beatriz, & Förster M, Carla E. (Chile, 2009). La escala de autoestima de Rosenberg: *Validación para en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores*. Recuperado en 137(6), 791-800. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>

Naranjo Pereira, María Luisa (Costa Rica, 2007) *Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo*. Recuperado en <http://biblat.unam.mx/es/revista/actualidades-investigativas-en-educacion/articulo/autoestima-un-factor-relevante-en-la-vida-de-la-persona-y-tema-esencial-del-proceso-educativo>

Páramo, María de los Ángeles. (Argentina, 2011). *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión*. Recuperado en <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>

Rodríguez Naranjo, Caño González. (España, 2012) *Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención*. Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España. Recuperado en <http://www.ijpsy.com> International Journal of Psychology & Psychological Therapy,

Bahomón, Johana, Pinzón, Mildred, Vergara, Reneé. (Colombia, 2014) *Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género Psicología desde el Caribe*. Psicología desde el Caribe. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/213/21331836009.pdf>

Cortés Alfaro, Alba, García Roche, René, Monterrey Gutiérrez, Pedro, Fuentes Abreu, Jorge, & Pérez Sosa, Dania. (Cuba, 2000). *Sida, adolescencia y riesgos*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300005&lng=es&tlng=es.



Saeteros Hernández, Rosa Del Carmen, Pérez Piñero, Julia, y Sanabria Ramos, Giselda. (Ecuador, 2015). *Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos*. Humanidades Médicas. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300003&lng=es&tlng=es

Vinaccia, Stefano, Quiceno, Japcy Margarita, Gaviria y Rafael. (Colombia, 2007). *Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/Sida en Adolescentes Colombianos*. Terapia psicológica, Recuperado en <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000100003>

De Guglielmo, Zoraya, Rodríguez, Ávila, Maira y María. (Venezuela, 2010). *Virus de papiloma humano y factores de riesgo en el desarrollo de cáncer cérvico uterino*. Revista Venezolana de Oncología. Recuperado en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000100004&lng=es&tlng=es

Álvarez Mesa, Mónica, de la Torre Navarro, Lilia, y Domínguez Gómez, José. (Cuba, 2014). *Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud*. Revista Cubana de Medicina General Integral. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300008&lng=es&tlng=es.

Naranjo Pereira, María Luisa; (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación". Recuperado en <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con361-518.pdf>

Câmara, Sheila Gonçalves, Sarriera, Jorge Castellá, & Carlotto, Mary Sandra. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166. Recuperado em 22 de junho de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200006&lng=pt&tlng=es

Lomelí-Parga, Andrea Magdalena, Valenzuela-González, Jaime Ricardo, & López-Padilla, María Guadalupe. (2016). Autoestima, motivación e inteligencia emocional: Tres factores influyentes en el diseño exitoso de un proyecto de



vida de jóvenes estudiantes de educación media. Revista Electrónica Educare, 20(2), 56-77. <https://dx.doi.org/10.15359/ree.20-2.4>

Rodríguez Naranjo, Carmen; Caño González, Antonio; (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Sin mes, 389-403.

Jiménez González, Sonia Lizbeth; Andrade Palos, Patricia; Palacios Delgado, Jorge Raúl; Betancourt Ocampo, Diana; (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, julio-diciembre, 147-162.

Gonçalves Câmara, Sheila; Castellá Sarriera, Jorge; Carlotto, Mary Sandra; (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. Interamerican Journal of Psychology, Sin mes, 161-166.

Da. Julia Eliana Alvarado Thimeos, 2015, Teoria de la Educacion y pedagogía social. De la Facultad de Educacion. Santiago Chile de http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:EducacionJealvarado/ALVARADO_THIMEOS_Julia_Eliana_Tesis.pdf

Vasallo Mantilla, Celestino. (Habana, 2007). *Sexualidad: salud sexual. Prevención del VIH-sida*. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000500014&lng=es&tlng=es.

David Cataño Toro, Samuel Alberto Restrepo, Nicolás David Portilla, Héctor David Ramírez, (2005). “*Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala*”, Fundación universitaria del área andina <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v10n16/v10n16a05.pdf>

V. Nava Navarro, D. Onofre Rodríguez y F. Baez Hernández, (2016, México) “Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas”, Enfermería Universitaria. Recuperado en http://ac.els-cdn.com/S1665706317300386/1-s2.0S1665706317300386main.pdf?_tid=1a44a334-9e3d-11e7-bb61-00000aacb362&acdnat=1505937273_fd43bc37d346a4d249a0f05d6c6cc277



María Teresa Valenzuela Mujica, Ana María Ibarra R., Tamara Zubarew G., M. Loreto Correa, (Chile, 2013) *“Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia”* Departamento de Salud de la Mujer. Escuela de Enfermería. Unidad de Adolescencia, División de Pediatría, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100011

Alfonso Figueroa, Lianet, & Figueroa Pérez, Loanys. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 21(2), 143-151. Recuperado en 17 de abril de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es&tlng=es.

Sector de Educacion Oficina de la UNESCO en Montevideo – Uruguay, edificio MERCOSUR. Dr. Luis Piera 1992- segundo piso 11200 <http://www.unesco.org.uy/educacion>



XIV. Apéndices y anexos

Apéndice 1

Consentimiento Informado.

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

UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Consentimiento Informado

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

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

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

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



Se me informó y entiendo que fui elegida (o) por cubrir ciertos requisitos necesarios para llevar a cabo este proyecto y que el conocimiento que se obtenga de esta investigación puede ser utilizado en beneficio de otras personas que puedan tener riesgos para adquirir el VIH, contribuyendo al logro de beneficios para la prevención, atención oportuna y diagnóstico precoz en hombres y mujeres. Se me ha explicado los riesgos y beneficios que se obtendrán con este estudio, que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida sin penalización o afección alguna.

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

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

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

Acepto participar en la investigación
Nombre y firma del entrevistado

Nombre, dirección y firma del Testigo

Nombre, dirección y firma de Testigo

Nayeli Galván Paniagua
Administrador del proyecto



Estoy enterada(o) que el responsable del estudio es la PLESS Nayeli Galván Paniagua; Conozco sus datos personales que están al final de este documento y sé que puedo recurrir a ella cuándo la necesite, tenga cualquier duda o desee retirarme del proyecto.

Morelia, Mich; a _____ de _____ 201__

Investigador Responsable: Nayeli Galván Paniagua

Dirección: Francisco Eusebio Kino # 72, Col. Felix Ireta

Teléfono: 44-32-40-74-55

Correo Electrónico: nayeli1114@hotmail.com

Centros Participantes: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Apéndice 2

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							

Apéndice 3

Cronograma de actividades

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERÍA

Fecha	2017						2018
Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Septiembre	Noviembre	Diciembre	Enero
Presentación de protocolo para iniciar trámites administrativos							
Trámites administrativos y permisos en Facultades							
Recolecta de datos							
Análisis de Datos							
Identificación de conductas sexuales de riesgo y realización de pruebas rápidas							
Redacción de resultados, conclusiones y discusión							

Apéndice 4

Tabla No. 2 Operacionalización de variables

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional
Conductas Sexuales de Riesgo	Es una interpretación donde buscan afecto de otra persona y mezclan relaciones sexual y socio afectivas.	El proceso de la sexualidad es dinámico, no lineal y suelen presentarse experiencias transitorias y en cierta medida universales que no cristalizan en ninguna identificación sexual definitiva.
Autoestima	Es un sentimiento que se combina con el estado del ánimo de un individuo según la situación por la que este atravesando.	La autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.

Fuente: Elaboración Propia



Anexo 1

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

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

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1. Siento que soy una persona de valor, al igual que otras personas (Comparada con otras siento que soy una persona que valgo igual que las demás)				
2. Definitivamente creo que soy un fracaso (Generalmente como pienso en mi vida siento que soy una fracasada)				
3. Siento que tengo muchas buenas cualidades (Siento que tengo muchas cualidades)				
4. Puedo hacer las cosas igual que los demás (Soy capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente)				
5. No tengo mucho de que sentirme orgullosa				
6. Tengo una actitud positiva con mi persona (Tengo una actitud positiva conmigo misma)				
7. En todo, estoy satisfecha conmigo misma ¿Estoy satisfecha o a gusto conmigo misma?				
8. Desearía tener más respeto conmigo misma (Desearía tener más respeto para mí misma)				
9. Algunas veces me siento inútil				
10. Algunas veces creo que no sirvo para nada				



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. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales sin protección porque estaba intoxicado por (Alcohol o drogas)?	SI	NO
80. Si eres Mujer contesta lo siguiente: ¿Has necesitado la prueba de embarazo?	SI	NO
Si eres Hombre contesta lo siguiente: ¿Has tenido una novia quien fuera tu pareja y en ese entonces necesito realizarse una prueba de embarazo?	SI	NO
81. ¿Has necesitado realizarte 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 a 2 veces	3 a 5 veces	6 veces o más
En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿cuántas veces has estado solo(a) con alguien que te atrae mucho?				
83. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿cuántas veces has estado solo(a) besando y tocando a alguien que te gusta mucho?				
En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿cuántas veces has estado acostado(a) en una cama o en un sofá solo(a) con alguien que te gusta mucho?				



85. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿cuántas veces has estado en una fiesta donde no había padres presentes en la casa?				
---	--	--	--	--

	Sí, he tenido sexo en los últimos 12 meses	No, no he tenido sexo en los últimos 12
--	--	---

Anexo 4

COMPORTAMIENTO SEXUAL



											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?																

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