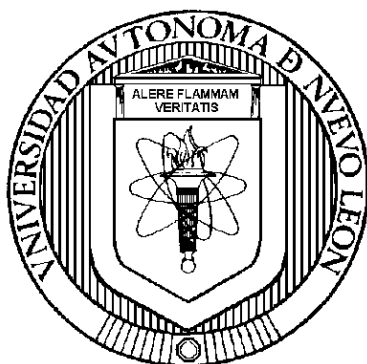


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



APOYO FAMILIAR PARA LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA Y
AFRONTAMIENTO AL RIESGO SEXUAL

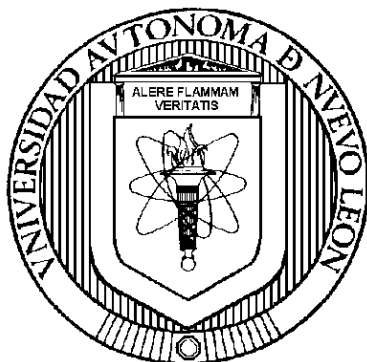
Por

LIC. HERCILIA GUADALUPE DE LEÓN RIVERA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

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



APOYO FAMILIAR PARA LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA Y
AFRONTAMIENTO AL RIESGO SEXUAL

Por

LIC. HERCILIA GUADALUPE DE LEÓN RIVERA

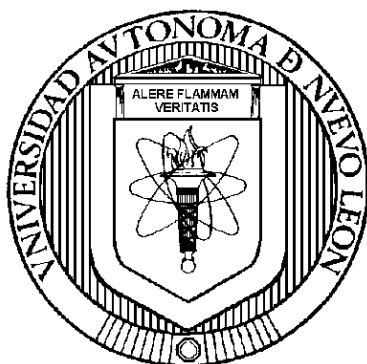
Director de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

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



APOYO FAMILIAR PARA LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA Y
AFRONTAMIENTO AL RIESGO SEXUAL

Por

LIC. HERCILIA GUADALUPE DE LEÓN RIVERA

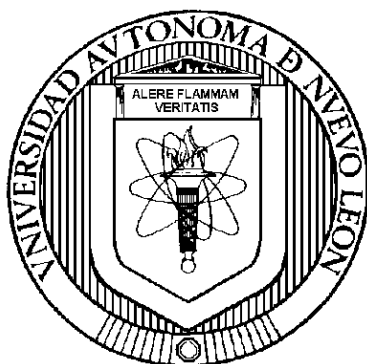
Co-Asesor de Tesis

DRA. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

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



APOYO FAMILIAR PARA LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA Y
AFRONTAMIENTO AL RIESGO SEXUAL

Por

LIC. HERCILIA GUADALUPE DE LEÓN RIVERA

Asesor estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

APOYO FAMILIAR PARA LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA Y
AFRONTAMIENTO AL RIESGO SEXUAL

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres PhD.

Director de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres PhD.

Presidente

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Secretario

Dra. María Aracely Márquez Vega

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por darme la oportunidad de realizar los estudios de Maestría. A la Subdirectora de Posgrado e Investigación Dra. María Magdalena Alonso Castillo por su apoyo durante el proceso formativo de la Maestría

A la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez por el apoyo y las atenciones brindadas durante la formación de la Maestría. A la MCE. Santiago Enriqueta Esparza Almanza, a la Dra. Karla Selene López García y a la Dra. Nora Angélica Armendáriz por el apoyo incondicional durante estos dos años.

A mi directora de tesis, Dra. Raquel. Alicia Benavides Torres PhD, por su valiosa enseñanza y asesoría para llevar a cabo y culminar la investigación, gracias por preocuparse y estar pendiente de mí lo que demuestra su gran calidad humana. A los integrantes del comité de tesis, la Dra. María Aracely Márquez Vega, y a la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por sus valiosas aportaciones, para enriquecer el trabajo de investigación.

Al Instituto Superior de Estudios de Enfermería del Estado de Chiapas por las facilidades brindadas para realizar, los estudios de Maestría.

A la Dra. Juana López Meza por darme la oportunidad de realizar la maestría y alentarme con sus consejos y entusiasmo. A las Maestras Estela Ortiz Jaramillo, Fidelia Valdivieso Gutiérrez, Alba Irasema Victorio Sánchez y Sofía del Socorro Toledo Vásquez por el apoyo incondicional brindado durante el proceso de la maestría A los directivos de la Universidad privada “Sor Juana Inés de la Cruz” de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, por darme la oportunidad de realizar la investigación en esa Institución Educativa.

Al Lic. en Psicología, Ramón Esteban Jiménez Rosales por su colaboración para la realización de las actividades de aprendizaje. Al L.E .Rene Dávila portillo por su apoyo y colaboración para la realización de los proyectos escolares. A la MCE. Sandra

Paloma Esparza Dávila por su valioso apoyo en la realización del proyecto de tesis. A todas mis compañeras de la maestría con quienes compartí momentos de angustias y alegrías, gracias Verónica, Esperanza, Rocío, Deyser. A la Lic. Viridiana e Ilsia por su apoyo durante el tiempo de mis estudios.

Dedicatoria

A Dios por permitirme llegar a la culminación de otro sueño y ser mi guía y maestro. Gracias Señor por ser la luz en mi vida y llenarme de tu amor.

A mi padre y a mi madre que en paz descansen pero sé que donde estén se alegran con este logro, gracias por ser un ejemplo de amor, comprensión y superación que siempre sembraron en sus hijos.

A mi amado esposo por su amor, paciencia y comprensión, te amo. A mis hijas Fátima y Fabiola por su comprensión y apoyo en todos los momentos cuando más las necesite. Las amo.

A mis nietos que son el motor de mi vida, Máximo Emiliano y María Constanza los amo mucho. A mis hermanas, hermanos, sobrinos/as, y a todas las personas que siempre estuvieron conmigo en este caminar, gracias las amo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	4
Estudios Relacionados	9
Definición de Términos	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Capítulo II	
Metodología	14
Diseño del Estudio	14
Población, Muestra y Muestreo	14
Criterios de Exclusión	14
Instrumentos de Medición	15
Procedimiento de Recolección de Información	16
Consideraciones Éticas	17
Estrategia de Análisis de Datos	18
Capítulo III	
Resultados	20
Características Sociodemográficas	20
Consistencia Interna de los Instrumentos	21
Estadística Descriptiva	24
Estadística Inferencial	24

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	27
Limitaciones	29
Conclusiones	29
Recomendaciones	29
Referencias	30
Apéndices	34
A. Cédula de Datos Sociodemográficos	35
B. Escala de Afrontamiento	36
C. Escala de Provisión Social para Sexo Seguro	45
D. Consentimiento Informado	49

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica	8

Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Características de la Población	20
2. Consistencia Interna de la Escala Provisión Social para Sexo Seguro y Escala de Afrontamiento al Riesgo Sexual	22
3. Prueba de Kolmogorov Smirnov para la variable Afrontamiento al Riesgo Sexual	22
4. Correlaciones entre el Apoyo Familiar para Sexo Seguro y el Afrontamiento al Riesgo Sexual	25

Resumen

Lic. Herculía Guadalupe de León Rivera
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Junio, 2014

Título del Estudio: APOYO FAMILIAR PARA LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA
Y AFRONTAMIENTO AL RIESGO SEXUAL

Número de páginas: 51

Candidata para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

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

Objetivo y métodos del estudio: Los jóvenes son vulnerables a adquirir ITS incluyendo el VIH/Sida. Debido a que la familia se considera una fuente importante de protección ante situaciones de riesgo sexual, se plantea como objetivo general del presente estudio examinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual. Los objetivos específicos fueron: 1) Describir el apoyo familiar para la conducta sexual segura e 2) Identificar el afrontamiento al riesgo sexual (positivo: confrontativo, optimista, paliativo, apoyo y seguridad en sí mismo) y defensivo: (evasivo, fatalista y emotivo). Esta investigación se basó en el modelo de resiliencia de Haase (2004). La población de estudio fueron jóvenes de una universidad privada de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional, el muestreo fue aleatorio estratificado, el tamaño de la muestra de 311 jóvenes de ambos sexos, estimado para una prueba de regresión lineal múltiple con un coeficiente de determinación de .09, un nivel de confianza de 95% y una potencia de 90%. Los instrumentos que se utilizaron, presentaron índices de confiabilidad aceptables. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva y la prueba de correlación de Spearman.

Contribuciones y Conclusiones: La media de edad fue de 20 años, predominando el sexo femenino, el 36.3% cursaba el segundo semestre y 48.9% se encontraba en una relación de noviazgo. Se encontraron puntajes ligeramente por encima del punto intermedio para el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura ($M = 58.9$, $DE = 15.36$). En el caso del Afrontamiento al Riesgo Sexual se encontraron puntajes más altos para el afrontamiento positivo que para el defensivo. Se encontraron una relación positiva y débil entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual ($r_s = .162$, $p < .01$). Es importante destacar que se encontraron correlaciones significativas del afrontamiento positivo y sus diferentes estilos con el apoyo familiar para sexo seguro, sin embargo para el afrontamiento defensivo con sus estilos no se encontró correlación significativa hacia el apoyo familiar para sexo seguro. Se recomienda implementar programas de prevención y promoción de la salud sexual de los jóvenes que incluyan a la familia.

Firma del director de tesis: _____

Capítulo I

Introducción

Los jóvenes son vulnerables a adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) debido a que presentan múltiples factores de riesgo como el desconocimiento, el sexo temprano, la drogadicción, desigualdad social de género y los mitos en relación a la sexualidad. Los datos estadísticos de acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA, 2007) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), muestran que las tasas de prevalencia de Sida son mayores en los jóvenes que en otros grupos poblacionales por lo que refieren que este continúa siendo uno de los problemas más graves de salud pública en el mundo. Además la mayor parte de los jóvenes (65%) reconoce que el VIH es un problema serio ya que una gran proporción de estos, tiene relaciones sexuales sin el uso del preservativo y con múltiples parejas.

Más de 1.6 millones de personas están infectadas por VIH en América Latina y el Caribe, estimaciones recientes indican que el Sida afecta a unas 20,000 personas, de las cuales aproximadamente la mitad son seropositivas. El 43% de los infectados son heterosexuales, el 27.4% homosexuales y el 17% bisexuales de los cuales el 82.1% son hombres. La transmisión es mayor en el grupo de 20 a 39 años (79%) y el 6% de los casos nuevos se detectan en adolescentes y jóvenes (Barros, Barreto, Pérez, Santander, Yépez, & Aband-Franch, 2001).

México registra una prevalencia de 3% y ocupa el tercer lugar en el Continente Americano después de Estados Unidos y Brasil. En el registro nacional de Sida se han contabilizado en forma 115,651 casos, de los cuales el 83% son hombres y el 17% son mujeres, por cada cinco casos acumulados en hombres, se ha observado un caso de mujeres y el grupo de 15 a 44 años de edad constituye el grupo más afectado con el 78.6%, de los cuales el 35% de casos de contagio ocurrió por vía sexual. Los casos que

oscilan en edades de 20 a 29 años alcanzan a 30.5%, por lo que una proporción importante pudo infectarse con VIH en la adolescencia y juventud. Es común que aparezcan nuevos casos de ITS, en donde el 90% surgen entre los 15 a 30 años, destacando a los menores de 25 años.

Chiapas se encuentra en el quinto lugar con 7189 casos de VIH, equivalente a 4.5% y se estima una población de personas jóvenes de más de un millón cuyas edades oscilan entre 15 - 29 años, la mitad de esta población vive en localidades predominantemente rurales. En aspectos de conductas sexuales la edad promedio en que las y los jóvenes en Chiapas tienen su primera relación sexual es entre los 15 y 19 años de edad. Se han encontrado datos en donde las mujeres refieren tener su primera relación sexual con su esposo, mientras que la mitad de los hombres informan que inician su vida sexual con trabajadoras sexuales. Se ha reportado que la tercera parte (33.2%) de las mujeres declaran no saber cómo prevenir un embarazo una ITS, y que las cifras de la no protección en la primera relación sexual, han reportado porcentajes altos, 38.1% en mujeres y 32.6 % en hombres (Evangelista & Kauffer, 2011).

Tales conductas pueden deberse a que los adolescentes y adultos jóvenes constituyen un grupo especial de riesgo para ITS, VIH/Sida, debido a que atraviesan una etapa de experimentación sexual, exponiéndose a múltiples parejas sexuales y coito sin protección (Víctor, 2006). Las conductas más frecuentes son el uso inconsistente de condón, relaciones sexuales bajo efectos de alcohol y consumo de sustancias ilegales, así como el tener relaciones sexuales con parejas que conocen poco o que acaban de conocer, por lo que es necesario que el joven perciba el apoyo de las personas que los rodean (Campos, Ceballo, & Herazo, 2010).

El apoyo social en los jóvenes les permite creer que otros se preocupan por ellos y los quieren, que son estimados y valorados y que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas, ya que la red social tiene un impacto duradero en la vida de cualquier persona, estas redes se encuentran integradas por los sujetos

significativos cercanos al individuo constituyendo su ambiente social primario, formado por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad, el aspecto importante de estas redes es que son personas emocionalmente significativas para el individuo. Las redes cumplen la función de proveer el apoyo social, el cual genera herramientas necesarias para la persona dentro de su contexto cotidiano (Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutiérrez, 2012).

El apoyo social es un conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informal o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social (Gracia, Herrero, & Misitu, 1995). Disponer de personas de confianza a las que poder escuchar su opinión o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad, para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (Lin, & Ensel, 1989).

Misitu y Cava (2003) refiere que cuando se recibe mayor apoyo de su familia, se presentan conductas de afrontamiento efectivas contra riesgos de ITS, VIH/Sida. El joven percibe el bajo apoyo familiar y se involucra en relaciones sexuales desprotegidas que llevan al embarazo temprano, ITS y la infección por VIH. Los factores que determinan las conductas riesgosas son edad, expectativas educacionales, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de los padres, calidad de vida comunitaria, autoestima baja, en los factores de riesgo de amplio espectro se encuentran: familias con pobres vínculos entre sus miembros, violencia intrafamiliar, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, deserción escolar, apoyo de vida débil, locus de control externo, bajo nivel de resiliencia (Paramo, 2011).

Lazarus y Folkman (1986) refieren que en situaciones de amenaza o de riesgo utilizan estrategias positivas que se orientan al dominio de la situación, para evitar minimizarlas las denominadas estrategias de afrontamiento positivo. El afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar

situaciones difíciles (Stone, Helder, & Schneider, 1988). Es un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible ya sea reduciendo, minimizando, tolerando o controlando las demandas internas y ambientales.

Existen diversas estrategias afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras, suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. El afrontamiento y la protección familiar, son mecanismos efectivos para evitar o disminuir las conductas sexuales de riesgo, ya que si el joven, tiene conocimiento sobre esta problemática que se está dando en el medio social, principalmente en el entorno de los jóvenes, es posible que no se involucre con mucha facilidad en este tipo de conductas, sin embargo si el adolescente recibe educación sexual en el seno de la familia y si los padres se envuelven en esta dinámica para reforzar la conducta de afrontamiento al riesgo no es tan frecuente que el joven se vea rodeado de prácticas sexuales riesgosas, como la de contraer ITS/VIH o embarazos no deseados.

Resulta de interés para la profesión de enfermería investigar este tema para poder trabajar directamente con la población de jóvenes respecto a la educación para la conducta sexual segura, contribuyendo a que a la larga se disminuya el contagio de ITS, VIH/Sida. De acuerdo con lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el apoyo familiar para la conducta sexual segura y el afrontamiento al riesgo sexual en jóvenes de una Universidad Privada de Chiapas.

Marco de Referencia

Para este estudio se utilizó el modelo de resiliencia en el adolescente (ARM) (Haase, 2004). El modelo propone una representación integral del proceso y resultado de resiliencia mediante factores de riesgo y factores de protección durante la etapa del desarrollo. Los principales supuestos que maneja el modelo son: 1) el cambio de una persona puede ser observado a través de las etapas de desarrollo desde la primera infancia hasta la edad adulta, este cambio se acentúa durante la adolescencia

2) la adolescencia, vista como una etapa de desarrollo, abarca los cambios físicos de la pubertad, y su experiencia previa y durante la misma, 3) la persona posee recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de estrés para obtener resultados positivos, 4) los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud y la enfermedad, 5) la familia y la sociedad son elementos importantes en protección del adolescente.

El modelo ARM está integrado por dos factores de riesgo, el individual y el relacionado con la enfermedad, además de factores de protección clasificados en familiar, social e individual y un factor resultado denominado resiliencia. En relación al significado de factores de riesgo individual y el relacionado con la enfermedad se emplean en respuesta a situaciones estresantes exacerbando los problemas de salud y estrategias de afrontamiento defensivo denominado de negación.

En relación a los factores de protección, el familiar se considera como una fuente importante de protección ante situaciones de riesgo del adolescente. En el factor de protección individual es donde se encuentran las estrategias de afrontamiento positivo que proporcionan una mayor capacidad para modificar resultados inadecuados en el adolescente. Para fines de este estudio se utilizaron los factores de protección familiar e individual, este último, abarcando las estrategias de afrontamiento positivo y el factor de riesgo afrontamiento defensivo.

Los factores de protección son todas aquellas variables que disminuyen la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo. Los factores de protección se reconocen como aquellas características ambientales e individuales que refuerzan a los individuos para que no estén bajo los efectos negativos del ambiente (Gómez & Kotliarenko, 2010). En el campo de la salud hablar de factores protectores es hablar de características detectables en individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud y que pueden

contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo y por lo tanto, reducir la vulnerabilidad ya sea general o específica (Donas, 2001).

De acuerdo con Haase (2004) los factores de protección familiar son componentes que se encuentran dentro y fuera de la familia, como una fuente importante de protección para el adolescente contra problemas psicosociales para que el adolescente practique conductas sexuales seguras, ya que esta es culturalmente vista como apoyo. La red familiar se conforma de las personas íntimamente relacionadas en una familia nuclear. En situaciones de crisis y de riesgo los miembros de la familia dependen en gran medida de su red de apoyo. En la adolescencia se observa una tendencia a minimizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades que representan riesgos para la salud. El conocimiento en esta fase es generalmente optimista con la reducción del potencial de riesgo que ocasiona determinada conducta, además los adolescentes no demuestran sentirse más vulnerables que una persona adulta a los daños derivados de actividades que encierren riesgos (Lawrence, Macfarlane, Yanez, & Walter, 1995).

El constante apoyo familiar representa un modo ininterrumpido de estímulo protector, así como el control efectivo ejercido por los padres, se consideran como apoyo familiar para la conducta sexual segura, las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras. El apoyo familiar y el control efectivo ejercido por los padres, favorecen en el joven la práctica de conductas sexuales seguras.

Uno de los recursos es el que propone Marsiglia, Nieri y Rubín (2006) mencionan que en las familias donde existe una relación positiva entre padres e hijos, y se discuten temas relacionados con sexo seguro, el joven tiene menos posibilidades de verse involucrado en situaciones de riesgo sexual. Los factores personales se evidencian por lo biológico, a través de la salud física o del temperamento y se relacionan con las experiencias, con el ambiente a través de la autoestima y la confianza.

Ante tales factores de protección, el modelo de Lazarus y Folkman (1986) refiere que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que el sujeto realiza de tales situaciones. El afrontamiento positivo es una estrategia utilizada para eliminar, reducir, tolerar el estrés o el riesgo. Para Lindqvist, Carlsson y Sjoden (2004) existen cinco estilos de afrontamiento:

1) el optimista, se caracteriza por el mantenimiento de actitudes positivas acerca del problema, 2) el confrontativo utiliza el afrontamiento y la confrontación para solucionar los problemas, 3) el de apoyo maneja los sistemas personales, profesionales o espirituales de afrontamiento, 4) el autosuficiente, depende de la persona más que de otros para resolver el problema y 5) el paliativo, incluye realizar otras actividades para sentirse mejor. Los adolescentes utilizan estilos de afrontamiento para manejar con seguridad el estrés producido por los cambios de la adolescencia, permitiéndole de esta manera tomar decisiones sobre sexo seguro, el afrontamiento del riesgo sexual son: estrategias optimistas, confrontativas de apoyo, paliativas evasivas, fatalistas, emotivas, seguridad de sí mismo, que permiten que el adolescente evite conductas sexuales de riesgo.

Aunque el modelo fue creado para el trabajo con adolescentes, es importante mencionar que para fines de estudio se considera adecuado ya que la juventud es la culminación de la adolescencia y estas etapas comúnmente son vistas bajo el mismo contexto debido a que son similares o hasta incluso homónimas. De acuerdo a esto y para fines de este estudio se presupone que el apoyo que los jóvenes perciben por parte de su familia se relaciona con las estrategias de afrontamiento positivas y defensivas. Se espera que de acuerdo a este modelo a mayor apoyo familiar existan mayores estrategias de afrontamiento positivas y menos defensivas (figura 1).

Constructo	Protección familiar	Estrategia de Afrontamiento
	El constante apoyo familiar, representa un modo ininterrumpido de estímulo protector, así como el control efectivo ejercido por los padres.	Son los recursos que las personas utilizan para modificar los resultados los cuales se toman del contexto y varían de un individuo a otro.
Concepto	Apoyo familiar para la Conducta Sexual Segura.	Afrontamiento al Riesgo Sexual.
	Es la percepción que tienen los jóvenes acerca de las relaciones afectivas, de protección y cuidado que brindan los miembros de su familia para que ellos practiquen conductas sexuales seguras.	Estrategias que los jóvenes utilizan para manejar el estrés producido por los cambios propios de la edad y las decisiones sobre sexo, estas pueden ser positivas (confrontativa, optimista, paliativo, apoyo y seguridad de sí mismo) y defensivas (evasiva, fatalista y emotiva).
Indicador Empírico	Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005)	Escala de Afrontamiento de (Jalowiec, 1984)

Figura 1. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica.

Estudios Relacionados

En este apartado se presentan los estudios de investigación relacionados con las variables de interés que son el apoyo familiar para la conducta sexual segura y el afrontamiento al riesgo sexual.

Orcasita, Uribe, Castellanos y Rodríguez (2012), realizaron un estudio con 359 adolescentes entre 12 y 18 años de una institución educativa del municipio de Lebrija Santander, España, con el objetivo de evaluar el apoyo social y las conductas sexuales de riesgo. Los autores reportaron que 52.4% de los adolescentes reciben información sobre conductas sexuales de riesgo de sus familiares. El 53.7% refiere pedir apoyo social a la familia. Se encontraron diferencias significativas entre los participantes que han iniciado sus relaciones sexuales y los que no han iniciado en cuanto al apoyo emocional ($p = .02$), en donde aquellos que iniciaron su vida sexual perciben un apoyo emocional mucho más bajo que los adolescentes que no han iniciado su vida sexual. Al llevar a cabo una comparación del apoyo social percibido en función del sexo, se encontró diferencia significativa mediante la prueba U de Mann-Whitney en el apoyo emocional de los hombres y mujeres ($p = .006$) evidenciando que las mujeres recibían mayor apoyo emocional y el 53.7 % de los adolescentes pide ayuda a la familia. Ante tales resultados, se muestra que el apoyo social familiar es importante para ayudar a disminuir las conductas de riesgo en los adolescentes.

Palos, Betancourt y Palacios (2006), llevaron a cabo un estudio con 142 estudiantes de escuelas técnicas, el objetivo fue determinar las diferencias de los factores familiares en adolescentes que no han iniciado su vida sexual activa. Se encontró que los adolescentes hombres que no han tenido relaciones sexuales perciben un mayor apego y una mayor comunicación sobre temas de sexualidad en comparación con los adolescentes que tienen relaciones sexuales. Por lo que este estudio muestra la relación del apoyo familiar a los adolescentes y el apego entre padres ayuda al retraso de la actividad sexual.

Figuroa, Contini, Lacunza, Levin y Estévez (2005), llevaron a cabo un estudio para identificar y analizar las estrategias de afrontamiento en adolescentes con una población de 150 estudiantes de 13 a 18 años en Tucumán, Argentina. Se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a las estrategias de afrontamiento, tales como, buscar apoyo social en varones ($M = 55.7, p < .05$) y mujeres ($M = 67.4, p < .05$), falta de afrontamiento en varones ($M = 46.3, p < .05$) y mujeres ($M = 53.2, p < .05$), reducción de la tensión en varones ($M = 35.3, p < .05$) y mujeres ($M = 53.2, p < .05$) e ignorar el problema en varones ($M = 47.5, p < .01$) y mujeres ($M = 40.6, p < .01$). Las principales estrategias de afrontamiento fueron la de preocuparse ($M = 72.1; DE = 16$), buscar diversiones relajantes ($M = 69.1; DE = 19.9$), fijarse en lo positivo ($M = 68.8; DE = 16.2$) y buscar pertenencia ($M = 68.4; DE = 14.9$) y distracción física ($M = 67.3; DE = 26.4$). Lo que demuestra que las estrategias de afrontamiento las implementan más las mujeres que los hombres, las cuales no implican empeño por el adolescente, solo evitan el problema sin lograr soluciones, buscando la opinión de los demás sobre lo que le acontece, recurren a distracciones físicas como hacer deporte y mediante ello llegar a tomar aspectos positivos ante lo que están viviendo.

De la Paz, Teva y Buela (2009), evaluaron el efecto del sexo y la edad, sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en 4456 adolescentes, observando que existe correlación significativa con la búsqueda de sensaciones sexuales con el estilo de afrontamiento de solución de problemas (afrontamiento positivo, estilo confortativo) ($r = .10; p < .01$), relación con los demás (afrontamiento positivo, estilo emotivo) ($r = .08; p < .01$) y solución de problemas (afrontamiento positivo, estilo confrontativo) ($r = .10; p < .01$). Ante tales resultados los estilos de afrontamiento que predominan son los positivos, mostrando que las sensaciones sexuales pueden ser un factor predictor de riesgo en adolescentes.

González, Montoya, Casullo y Bernabeu (2002), estudiaron la relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico, así como la incidencia de la edad y el género

sobre estas variables. La muestra estuvo formada por 417 adolescentes entre 15 y 18 años. Los resultados señalan que en un 4.4% las preocupaciones principales se centraron en problemas sexuales. Escasa relación entre la edad, afrontamiento y bienestar. En las mujeres se han obtenido relaciones negativas y significativas en la estrategia buscar pertenencia (estilo en relación con los demás). Las estrategias utilizadas según género muestran que los varones destacan en la distracción física, ignorar el problema y reservar el problema para sí, las mujeres lo hacen en los estilos de relación con los demás y el improductivo obteniendo una relación significativa y positiva, en la búsqueda de apoyo social hombres ($M = 56.42$; $DE = 17.09$) y mujeres ($M = 73.50$; $DE = 14.67$) ($t = 10.83$). Y el afrontamiento según el nivel de bienestar, para profundizar en su relación, las mujeres con bajo bienestar utilizaban más que los varones el estilo de relación con los demás hombres ($M = 44.7$, $DE = 12.2$) y mujeres ($M = 55.3$, $DE = 9.0$) ($t = -3.77$, $p < .001$). Las estrategias de afrontamiento en relación al apoyo social muestran diferencia entre hombres y mujeres ya que estas son quienes utilizan afrontamiento defensivo con estilo emotivo a diferencia de los hombres que utilizan un estilo de afrontamiento evasivo y un afrontamiento positivo con un estilo paliativo y de apoyo y seguridad de sí mismo.

Palacios y Andrade (2008), tuvieron como objetivo analizar la presencia de conductas de riesgo como la conducta sexual en jóvenes y probar el nivel de predicción con las prácticas parentales, la muestra fue de 1000 jóvenes en un rango de edad de 14 a 22 años. Los resultados mostraron que el 30.5 % ($f = 305$) tienen vida sexual lo cual determina una conducta problema. Con la finalidad de conocer la influencia de las prácticas parentales sobre la covariación de las conductas problemáticas se llevó un análisis de regresión, en cuanto a la supervisión de la mamá ($R^2 = .145$; $p < .001$) de tal manera que a menor supervisión de la madre mayor número de conductas tendrá el adolescente y en el padre ($R^2 = .016$; $p < .001$) lo cual indica que a mayor imposición por parte del papá, el número de conductas con las que se involucre el joven será mayor.

Tales resultados muestran la importancia de que la familia esté involucrada para evitar conductas problema como lo son las sexuales.

Della (2009), tuvo como objetivo analizar si las adolescentes utilizan estrategias específicas de afrontamiento del evento estresante, y si difieren de las elegidas por jóvenes embarazadas. La población se conformó de 300 adolescentes: 100 embarazadas, 100 no embarazadas y 100 madres, se utilizó un muestreo no probabilístico. La prueba “*t*” de diferencias entre medias demostró que existe una clara diferencia significativa entre los estilos y las estrategias utilizadas por ambos grupos. Las sub-escalas que muestran diferencias significativas entre las medias a favor del grupo no embarazadas son: buscar apoyo social ($M = 71.84$; $p < .010$) y fijarse en lo positivo ($M = 64.60$; $p < .001$). Desde un enfoque preventivo, la identificación de las estrategias de afrontamiento con que cuenta el adolescente, nos llevan a considerar los recursos que disponen éstos y que funcionan como factores protectores de su salud. El estilo de afrontamiento positivo parece ser el resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas, que constituyen un estilo estable de afrontamiento, que determina las estrategias futuras.

Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007), estudiaron los predictores de la conducta sexual de riesgo para contraer ITS-VIH/Sida. La población se conformó de 389 adolescentes de 15 a 27 años (41.4 % varones y 58.6 % mujeres). Los resultados refieren que los adolescentes que presentan bajos niveles de bienestar psicológico ($\beta = -0.071$, $p < .001$, IC 95% [0.89 - 0.97]) ellos utilizan menos estrategias de afrontamiento para buscar pertenencia (causar buena impresión a la gente importante para el sujeto, preocuparse por las relaciones con los demás) ($\beta = -0.119$, $p < .01$, IC 95% [0.80 - 0.97]) lo que refleja mayor comportamiento de riesgo. Tales datos nos muestran que los adolescentes que utilizan menos estrategias de afrontamiento pueden tener mayor posibilidad de realizar conductas sexuales de riesgo.

Los estudios demuestran la relación positiva que existe entre el apoyo familiar y el bajo nivel de relaciones sexuales a edad temprana en los jóvenes. Este fenómeno se acentúa cuando los padres brindan información sexual a sus hijos y cuando además, existe un mayor apego con alguno de los padres. En cuanto a las estrategias de afrontamiento en el adolescente, se ha encontrado que estas en conjunto con el apoyo familiar ayudan a disminuir los riesgos, tomando en cuenta que las mujeres buscan una estrategia que involucre a personas, y los hombres buscan aquellas estrategias que traten de ignorar el problema o estrategias que lo puedan evadir.

Definición de Términos

Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura: Es la percepción que tienen los jóvenes acerca de las relaciones afectivas, de protección y cuidado que brindan los miembros de su familia para que ellos practiquen conductas sexuales seguras.

Afrontamiento al Riesgo Sexual: Estrategias que los jóvenes utilizan para manejar el estrés producido por los cambios propios de la edad y las decisiones sobre sexo, estas pueden ser positivas (confrontativa, optimista, paliativo y apoyo y seguridad de sí mismo) y defensivas (evasiva, fatalista y emotiva).

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual.

Objetivos Específicos

- 1.- Describir el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura.
- 2.- Identificar el Afrontamiento al Riesgo Sexual positivo (Confrontativo, Optimista,
- 3.- Paliativo, Apoyo y Seguridad en sí mismo) y defensivo (Evasivo, Fatalista y Emotivo).

Capítulo II

Metodología

Este capítulo describe la metodología del estudio, se presenta el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, criterios de exclusión, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de la información, consideraciones éticas y estrategias de análisis de datos.

Diseño del Estudio

Se realizó un estudio descriptivo correlacional Descriptivo porque describe el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual en jóvenes y correlacional porque se buscó establecer la relación entre las variables de estudio. La variable independiente fue el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y la dependiente el Afrontamiento al Riesgo Sexual de los jóvenes de acuerdo al género. El diseño utilizado fue descriptivo correlacional, considerado apropiado para alcanzar el propósito del estudio, incluye la descripción y la asociación de las variables de interés (Burns & Grove, 2004; Polit & Hungler, 1999).

Población, Muestra y Muestreo

La población se conformó por jóvenes estudiantes de 18 a 21 años de edad inscritos en una Universidad Privada de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. El tamaño de la muestra fue de 311 calculado mediante el programa estadístico nQuery Advisor versión 4, estimado para una prueba de regresión lineal múltiple, con un coeficiente de determinación de (.09) un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90%. El muestreo fue aleatorio estratificado.

Criterios de Exclusión

Jóvenes en unión libre o casados.

Instrumentos de Medición

En el presente estudio se utilizó la cédula de datos sociodemográficos el cual consta de los siguientes datos: edad, género, semestre de la carrera que actualmente está cursando y estado de la relación (Apéndice A).

Escala de Afrontamiento al Riesgo Sexual de Jalowiec

El instrumento que se utilizó fue la escala de afrontamiento (Jalowiec, 1984) el cual mide el afrontamiento defensivo y el afrontamiento positivo, esta escala evalúa el grado de utilización y efectividad percibida sobre las estrategias cognitivas y conductuales a las que recurre el adolescente para afrontar el estrés producido por el riesgo sexual. La escala se puede emplear de dos formas específica (Parte A) y general (Parte B); para este estudio se utilizó la Parte A ¿Con qué frecuencia has usado cada método de afrontamiento? Mediante la cual se evalúa la frecuencia con la que se ha utilizado el método de afrontamiento al riesgo sexual, se presenta en escala tipo Likert de cuatro puntos, 60 Ítems, cuyas respuestas son: 0 = nunca utilizado, 1 = rara vez utilizado, 2 = a veces utilizado y 3 = a menudo utilizado. La escala se compone de ocho estilos de afrontamiento, que corresponden al afrontamiento defensivo: estilo evasivo, fatalista y emotivo. El afrontamiento positivo a los estilos confrontativo, optimista, paliativo, apoyo y seguridad de sí mismo.

El afrontamiento evasivo (trate de huir del problema por un tiempo) consta de 12 ítems (7, 10, 14, 18, 20, 21, 28, 35, 40, 48, 56, 58) con puntuación de 0-36, el afrontamiento fatalista (esperaba lo peor que pudiera pasar) 4 ítems (9, 12, 23, 60) con puntuación de 0-12, estilo emotivo (me preocupe por el problema) de 5 ítems (1, 8, 24, 46, 51) con puntuación de 0-15, el afrontamiento confrontativo (pensaba en diferentes maneras para manejar la situación) de 10 ítems (4, 13, 16, 25, 27, 29, 33, 38, 43, 45) con puntuación de 0-30, el afrontamiento optimista (tenía esperanza de que las cosas mejorarían) de 9 ítems (2, 5, 30, 32, 39, 47, 49, 50, 54) con puntuación de 0-27, el afrontamiento paliativo (comía o fumaba más de lo normal) de 7 ítems (3, 6, 26, 34, 36,

44, 53) con puntuación de 0-21 y el afrontamiento de apoyo y seguridad de sí mismo (no expresaba sus sentimientos) de 7 ítems (19, 22, 31, 37, 41, 52,57) con puntuación de 0-21. La puntuación total para afrontamiento negativo va de 0-66 y la puntuación total para afrontamiento positivo va de 0-99. La validez de contenidos fue evaluado mediante un examen de panel de expertos conformado por 25 enfermeras investigadoras para determinar el acuerdo si los ítems eran los adecuados; la subescala de apoyo y seguridad de sí mismo presentó mayor acuerdo entre los jueces en un 94 % la de menor acuerdo fue la subescala emotiva en un 54% y con un acuerdo total de 78% para las ocho subescalas. Ha presentado Coeficiente de Alpha de Cronbach entre .88 y .91 (Jalowiec, 1984) (Apéndice B).

Escala Provisión Social para Sexo Seguro

Se utilizó la Escala Provisión Social para Sexo Seguro para medir el apoyo familiar y social para la conducta sexual segura (Darbes & Lewis, 2005) adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987). Esta escala mide la percepción de apoyo de la familia, pareja, amigos y proveedores de salud para la conducta de prevención de VIH. Contiene 78 reactivos, de los cuales 19 corresponden para apoyo familiar y el resto a las subescalas de apoyo de amigos, pareja y proveedores de salud. Un ejemplo de reactivo es, puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro. Las respuestas están en escala tipo Likert que van de 1 a 5; 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Con puntuación total de 1-95. Las puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo familiar para la prevención del VIH. Este instrumento reportó un Alpha de Cronbach de .94 y un Test-retest a los 6 meses ($r = .81$) (Apéndice C).

Procedimiento de Recolección de Información

Se solicitó la autorización para realizar el estudio a los Comités de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo

León. Se solicitó permiso por escrito a las autoridades del Instituto de Estudios Superiores para realizar el estudio, después de obtener la aprobación de los directivos de la institución educativa, se solicitaron las listas de asistencia de los estudiantes para proceder a seleccionarlos a través de un muestreo aleatorio estratificado, posteriormente se visitaron las aulas para invitar a los estudiantes seleccionados a participar en el estudio de investigación, se les explicó cuál fue el mecanismo que se utilizó para la selección, se les dio a conocer los criterios de inclusión para participar en el estudio, los cuales eran no estar casado ni vivir en unión libre, posteriormente se les informó el propósito del estudio, los que aceptaron participar se les proporcionó el consentimiento informado (Apéndice D). Para que autorizaran su participación, se les aclaró que quienes no estaban dispuestos a participar en la investigación estarían en todo su derecho de retirarse del aula y que esto no repercutiría en sus estudios, se les entregó un sobre cerrado que contenían los instrumentos de recolección de datos como: cédula de datos sociodemográficos, Escala de Afrontamiento y la Escala de Previsión Social para Sexo Seguro. En todo momento se cuidó la privacidad de los estudiantes, en el transcurso de la aplicación de los instrumentos. La recolección de datos se llevó a cabo en horarios que no interfirieron con clases.

Consideraciones Éticas

Para la realización del estudio se consideraron los artículos estipulados en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987) que establece lineamientos para considerar en la investigación científica relacionada a la salud. El Título segundo, hace referencia a los aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, de acuerdo al Capítulo 1, Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y protección de los derechos y el bienestar. Durante el proceso de implementación de los instrumentos de recolección de datos, se cuidó, respetar la dignidad y proteger la privacidad de los estudiantes que participaron, se les explicó que podían retirarse del

estudio si en algún momento se sintieran incómodos, estresados, nerviosos o con ganas de llorar sin que esto afectara su situación dentro del Instituto Académico

El Artículo 14 y sus Fracciones V, VII Y VIII, en las que se encuentran implícitos, el consentimiento informado, el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación de Ética, se contó con la aprobación de la comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, que otorgó el visto bueno para garantizar que se cumplieran con los principios éticos y científicos, para justificar el estudio, del mismo modo se obtuvo autorización de la dirección académica, del Instituto de Estudios Superiores privado de una localidad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Conforme a los Artículos 20 y 21 el sujeto autorizó su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. En el consentimiento informado se explicó claramente: la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que se utilizaron y el propósito, las molestias y los riesgos, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda, la libertad de retirar su consentimiento y la seguridad de no identificar al sujeto y la garantía de confidencialidad, de la información relacionada con su privacidad Fracciones I, II, III, VI, VII y VIII. Este estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 17.

Estrategia de Análisis de Datos

El análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Se utilizó estadística descriptiva obteniendo frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medidas de tendencia central para las variables numéricas. Posteriormente se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov con Corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables.

Para dar respuesta al primer objetivo específico que consistió en describir el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura así como el segundo objetivo referente a identificar el Afrontamiento al Riesgo Sexual (Positivo: Confrontativo, Optimista, Paliativo, Apoyo y Seguridad en sí mismo) (Defensivo: Evasivo, Fatalista y Emotivo) se empleó la estadística descriptiva. En relación al objetivo general que consistió en examinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar y el Afrontamiento al Riesgo Sexual se utilizó una prueba de Correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio, las características sociodemográficas, la consistencia interna de los instrumentos, las características de la población, la estadística descriptiva de las variables de estudio y la estadística inferencial.

Características Sociodemográficas

En la tabla 1 se observan las características de la población, la muestra estuvo conformada por 311 jóvenes de nivel universitario, de los cuales predominó el género femenino con un 60.8%. La edad del grupo osciló entre 18 y 21 años con una media de edad de 20 ($DE = 1.41$). El grupo con mayor cantidad de participantes fue el perteneciente al segundo semestre con un 36.3%. De la población total, el 48.9% reportó tener una relación de noviazgo.

Tabla 1

Características de la población

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
18	23	7.4
19	62	19.9
20	74	23.8
21	151	48.6

Nota. $n = 311$; f = Frecuencia; % = Porcentaje

(Continúa...)

(Continuación)

Tabla 1

Variable	<i>f</i>	%
Genero		
Femenino	189	60.8
Masculino	122	39.2
Semestre que cursa		
1	31	10.0
2	113	36.3
3	23	7.40
4	49	15.8
5	7	2.30
6	88	28.3
Estado de la relación		
Soltero	148	47.6
Relación de noviazgo	152	48.9
Separado	8	2.60
Divorciado	3	1.00

Nota: $n = 311$; f = Frecuencia; % = Porcentaje,

Consistencia Interna de los Instrumentos

Se analizó la consistencia interna de los instrumentos escala de Afrontamiento (Jalowiec, 1984) y la escala de la Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005) adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987) por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, los cuales presentaron confiabilidad aceptable.

Tabla 2

Consistencia Interna de la escala Provisión Social para Sexo Seguro y Escala de Afrontamiento al Riesgo Sexual

Instrumentos	No. Reactivos	Alpha de Cronbach
Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura	19	.81
Afrontamiento al Riesgo Sexual	59	.91
Afrontamiento Positivo	33	.88
Confronta TiVo	10	.79
Optimista	9	.73
Paliativo	7	.55
Apoyo y Seguridad de Sí Mismo	7	.65
Afrontamiento Defensivo	21	.85
Evasivo	12	.74
Fatalista	4	.61
Emotivo	5	.61

Nota: n = 311

Tabla 3

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable Afrontamiento al Riesgo Sexual

Variable	M	Mdn	DE	Min	Máx	D ^a	p
Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura	58.95	59.21	15.36	8	100	.066	.003

(Continua...)

Tabla 3

(Continuación)

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Afrontamiento al Riesgo Sexual	52.43	53.11	13.54	5	92	.062	.006
Afrontamiento Positivo	57.46	59.60	14.84	5	94	.068	.001
Confronta TiVo	60.36	63.33	18.67	3	100	.078	.001
Optimista	64.13	66.67	17.79	0	100	.087	.001
Paliativo	40.82	42.86	16.63	0	95	.076	.001
Apoyo y seguridad de sí mismo	61.35	61.90	18.15	5	100	.078	.001
Afrontamiento Defensivo	45.10	44.44	16.68	0	95	.051	.049
Evasivo	47.07	47.22	17.23	0	97	.056	.019
Fatalista	40.89	41.67	22.18	0	100	.109	.001
Emotivo	43.75	46.67	20.78	0	100	.084	.001

Nota: *Media*=Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE*= Desviación estándar

D^a= Estadístico de la Prueba de Normalidad de K-S con Corrección de Lilliefors

Resultados de la Prueba de Normalidad

En la tabla 3 se muestra el resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors que obtuvo una distribución no normal ($D^a = .066, p < .05$). Para la variable de estudio Afrontamiento al Riesgo Sexual (Afrontamiento Positivo y Defensivo), los resultados muestran que las subescalas de Afrontamiento Positivo tienen una distribución no normal ($D^a = .068, p < .001$), al igual que la subescala de Afrontamiento Defensivo ($D^a = .051, p < .05$).

Los resultados para los diversos estilos del Afrontamiento Positivo muestran una distribución no normal. Para el estilo Confrontativo ($D^a = .078, p < .001$), Optimista

($D^a = .087, p < .001$), Paliativo ($D^a = .076, p < .001$) y Apoyo y Seguridad de sí mismo ($D^a = .078, p < .001$). Para los estilos referentes al Afrontamiento Defensivo también se obtuvo una distribución no normal. Para el estilo Evasivo ($D^a = .056, p < .05$), Fatalista ($D^a = .109, p < .001$) y Emotivo ($D^a = .084, p < .001$).

Estadística Descriptiva

Respecto al objetivo uno, que consiste en describir el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura, se puede apreciar en la tabla 3, que en general, los jóvenes reportan niveles medios de apoyo percibido ya que la media está ligeramente por encima del punto intermedio ($M = 58.95, DE = 15.36$). Para dar respuesta al objetivo específico dos que indica identificar el Afrontamiento al Riesgo Sexual Positivo y Defensivo, se puede apreciar en la tabla 3, que, los jóvenes reportan niveles medios para esta variable ($M = 52.43, DE = 13.54$). Sin embargo, al contrastar los puntajes para la subescala de afrontamiento positivo ($M = 57.46, DE = 14.84$) contra afrontamiento defensivo ($M = 45.10, DE = 16.68$) se puede decir que las estrategias de afrontamiento que más reportaron utilizar los jóvenes fueron las positivas. De las cuales la subescala de estilo de afrontamiento optimista fue la más alta ($M = 64.13, DE = 17.79$) y de la subescala de estilo de afrontamiento defensivo, específicamente la fatalista fue la más baja ($M = 40.89, DE = 22.18$).

Estadística Inferencial

En relación al objetivo general que consistió en determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual, la tabla 4 muestra la correlación entre las variables de estudio. En el apoyo familiar con el afrontamiento al riesgo sexual se encontró una correlación positiva y débil ($r_s = .162, p < .01$), esto es que a mayor percepción de apoyo familiar mayor afrontamiento al riesgo sexual. A continuación se presentan las correlaciones por cada una de las subescalas para afrontamiento positivo y defensivo.

El Apoyo Familiar para Sexo Seguro se relacionó de manera positiva y débil con el Afrontamiento Positivo ($r_s = .265, p < .01$), Confrontativo ($r_s = .244, p < .01$), Optimista ($r_s = .229, p < .01$), Paliativo ($r_s = .154, p < .01$) y Apoyo y Seguridad de sí mismo ($r_s = .215, p < .01$). Por lo que se puede decir que a mayor apoyo familiar percibido por parte de los jóvenes mayores son las estrategias de afrontamiento positivas. En el caso de la relación del Apoyo Familiar para Sexo Seguro y las estrategias de Afrontamiento Defensivas, no se encontró correlación con ninguno de los estilos de afrontamiento: Defensivo ($r_s = .088, p > .05$), Evasivo ($r_s = .031, p > .05$), Fatalista ($r_s = .002, p > .05$) y el Emotivo ($r_s = -.055, p > .05$). De acuerdo a estos resultados se puede apreciar que el apoyo familiar solo se relaciona con las estrategias de afrontamiento positivas.

Tabla 4

Correlaciones entre el Apoyo Familiar para Sexo Seguro y el Afrontamiento al Riesgo Sexual

Variable	Apoyo Familiar para Sexo Seguro
Afrontamiento al Riesgo Sexual	.162**
Afrontamiento Positivo	.265**
Confrontativo	.244**
Optimista	.229**
Paliativo	.154**
Apoyo y Seguridad de Sí mismo	.215**

Nota: $n = 311$; ** $p < .01$

(Continua...)

(Continuación)

Tabla 4

Variable	Apoyo Familiar para Sexo Seguro
Afrontamiento Defensivo	-.088
Evasivo	.031
Fatalista	.002
Emotivo	-.055

Nota: $n = 311$; $**p < .01$

Capítulo IV

Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual en 311 jóvenes entre 18 y 21 años de nivel universitario de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Para este estudio se utilizó el Modelo de Resiliencia en Adolescentes de Haase (2004). A continuación se discuten los resultados obtenidos.

En relación al objetivo general que consistió en determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual se encontró una correlación significativa. Lo que quiere decir que si el joven cuenta con el apoyo familiar contará con más estrategias para el afrontamiento al riesgo sexual, esto coincide con lo reportado por Orcasita, Uribe, Castellanos y Rodríguez (2012), quienes mencionan que el apoyo familiar es importante para ayudar a disminuir las conductas de riesgo en los jóvenes, ya que el apoyo familiar que reciben los jóvenes en el seno de la familia ayuda a no exponerse al riesgo sexual. De la misma manera Palacios y Andrade (2008) analizaron la importancia de que la familia esté involucrada en el apoyo para evitar conductas y riesgos sexuales.

En relación al objetivo uno que menciona describir el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura, se encontró que en general los jóvenes perciben apoyo por parte de sus padres, esto indica que los padres son una de las redes de apoyo que son consideradas por los jóvenes al momento de tomar decisiones entorno a su sexualidad. El apoyo es el medio más importante con el que cuenta la persona para afrontar los cambios y las situaciones nuevas de la adolescencia (Gracia, Herrero, & Misitu, 1995), respecto a esto hay que tomar en cuenta el ambiente social que influye en los jóvenes, ya que los considera como su principal fuente de apoyo. De acuerdo con esto el apoyo familiar es de vital importancia para que el joven implemente estrategias en la práctica de sexo seguro.

Para el objetivo dos que se refiere a Identificar el Afrontamiento al Riesgo Sexual positivo y defensivo se encontró que las estrategias positivas si se relacionan y las defensivas no. Della (2009), reportó que el estilo de afrontamiento positivo parece ser el resultado del aprendizaje realizado en experiencias previas, que constituyen un estilo estable de afrontamiento que determinan las estrategias futuras que lo llevan a afrontar el riesgo sexual. Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Estévez (2005), demuestran que las estrategias de afrontamiento las implementan más las mujeres que los hombres. Esto demuestra el alto valor significativo de las estrategias empleadas por los jóvenes para el afrontamiento al riesgo sexual. El apoyo familiar con el afrontamiento positivo es significativo ya que existen diferentes conductas que el adolescente adopta durante la adolescencia, debido al cambio de esa etapa que representa un riesgo para la práctica del sexo seguro. El afrontamiento defensivo que consta de tres estilos, evasivo, fatalista y emotivo no tuvo correlación significativa, de acuerdo a estos resultados, se aprecia que el apoyo familiar solo se relaciona con las estrategias de afrontamiento positivas.

En cuanto a la variable de afrontamiento al riesgo sexual (afrontamiento positivo: confrontativo, optimista, paliativo, apoyo y seguridad en sí mismo) los estudios demuestran que estos estilos de afrontamientos son todas las acciones que el joven implementa para evitar conductas sexuales de riesgo. En el estilo optimista se encontró que a mayor apoyo familiar es mayor el afrontamiento positivo al riesgo sexual, el afrontamiento paliativo indica que a mayor apoyo familiar es mayor el afrontamiento positivo al riesgo sexual, y en el estilo de apoyo y seguridad de sí mismo se encontró que a mayor apoyo familiar las estrategias de afrontamiento sexual son más efectivas en los jóvenes. Logrando afrontar los momentos de estrés en relación a los riesgos sexuales, ya que los estudios reportan la relación que existe entre el apoyo familiar y el bajo nivel de relaciones sexuales a edad temprana. De acuerdo a los resultados del estudio se puede observar que el apoyo familiar sólo se relaciona con las estrategias positivas.

Limitaciones

Estos resultados sólo se pueden tomar como referencia para una población similar a la estudiada en cuanto a sitio geográfico y características de los participantes.

Conclusiones

Los instrumentos de recolección de datos como: la escala de Afrontamiento al Riesgo Sexual y la escala de Provisión Social para Sexo Seguro obtuvieron una confiabilidad aceptable de igual manera la técnica de aplicación de las encuestas es adecuada para la recolección de datos, sobre temas de sexualidad.

En general los jóvenes perciben apoyo familiar por parte de sus padres y se hace evidente que las estrategias de afrontamiento que mayormente utilizan son las positivas.

Los datos estadísticos demuestran que existe correlación significativa entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual. El Apoyo Familiar y la subescala de Afrontamiento Defensivo, con los estilos: Evasivo, Fatalista y Emotivo no obtuvieron correlación significativa.

El Apoyo Familiar y la subescala de Afrontamiento Positivo con los estilos: Confrontativo, Optimista, Paliativo y Apoyo y Seguridad de sí mismo, presentaron correlación significativa.

Recomendaciones

Se recomienda que se sigan realizando investigaciones en jóvenes estudiantes de universidades para conocer si tienen apoyo familiar para la conducta sexual segura y qué clases de mecanismos utilizan para el afrontamiento al riesgo sexual.

Se recomienda realizar este estudio con estudiantes de mayor y menor edad así como aquellos que no provienen de familias nucleares para conocer si la relación entre ambas variables se sostiene.

También se hace evidente la necesidad de integrar a los padres como pieza fundamental en programas de prevención de ITS-VIH/Sida y embarazos no planeados ya que se hace evidente el efecto protector que tiene la familia.

Referencias

- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., & Aband-Franch, F (2001). Un modelo de prevención primario de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Panamericana salud pública /Panam Public Health. 10*, 86-94.
- Burns, N., & Grove, S. (2004). *Introducción a la investigación cuantitativa*, (3ªed.) Madrid, España. Elsevier
- Caballeros, R., Villaseñor, A., & Hidalgo, A. (1997). Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el sida en adolescentes de México. *Revista. Saúde Pública 14*, 351-359.
- Campos, A. A., Ceballo. G.A., & Herazo, E. (2010). Prevalencia del patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes. *Revista. Latino-Am. Enfermagem, 18*, 1-5
- Cutrona, C.E., & Russell, D., W. (1987). Advances in personal relationships. En Jones, Warren H. & Perlman, Daniel (Eds), the provisions of social relationships and adaptations to stress (pp.37-67). Recuperado de <https://www.zotero.org/awoerry/itemKey/AH9TWEF>
- Darbes, L.A., & Lewis, M. A (2005). HIV specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *He social at Psychol 24*, 617-22
- De la Paz, B. M., Teva, I., & Buena, C.G. (2009). Influencias de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, al estrés social la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema. 21*, 220-226.
- Della, M. M. (2009). Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas escolarizadas, *Revista iberoamericana de educación. 1681-5653*

- Donas, B.S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. *Adolescencia y juventud en América Latina Latinoamericanos*. 489-499.
- Evangelista, G.A., & Kauffer M.E. (2011). Compartiendo saberes sobre VIH-Sida en Chiapas, *Centro de investigación en salud de Comitán*, 77-98
- Figueroa, I.M., Contini, N., Lacunza, B.A., Levin, M., & Estévez, S. A. (2005). La estrategia de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar Psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán. *Anales de Psicología*. 21, 66-72.
- Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención social y comunitaria, 19-51. Madrid: Paidós
- Gracia, E., Herrero. & Misitu, G, (1995). El apoyo social, Barcelona, Paidos.Iberica.
- Goncalves, C.S., Castellá, S. J., & Carlotto, S.M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología. /Interamericana Journal of Psicología* 4, 161.166
- Haase, J.E. (2004). The adolescent resilience model as guide to interventions, *Journal of Pediatric oncology nursing*. 21, 289-299.
- Jalowiec A. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. *Nursing Research*. 33 (3), 157-161.
- Gómez, E., & Kotliarenco, M. A (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de Investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista Psicología*, 2, 103-130.
- González, B. R., Montoya, C, I., Casullo, M.M., & Bernabéu, J, V. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes, *Psicothema* , 14, (2), 363-368.

- Lazarus, R. & Folkman S. (1986). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España.
- Lawrence, D.C., Macfarlane, S., Yanez, C. & Walter, K.I. (1995). Risk-Perception: Differences between Adolescents and Adults. *Revista. Health Psychology*. 14, 3-217.
- Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjödn, P (2004). Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of advance Nursing*. 45, 47-52
- Lin, N. y Ensel, W.M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Marsiglia, F.F., Nieri, T. & Rubin, S. A., (2006). HIV/AIDS protective factors among urban American Indian *Journal of Health Care for poor and undeserved*, 17, 745-758.
- Misitu, G., & Cava, J. M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*. 12, 179-192.
- Orcasita. T. L., Uribe. F.A., Castellanos. P.L., & Gutiérrez. R.M., (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija Santander. *Revista de Psicología* 30, 373-406.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011). *10 datos sobre el VIH/SIDA*
Recuperado de <http://www.who.int/features/factibles/hiv/es/index.html>
- Palos. A. P., Betancourt. O. D., & Palacios. D.J. R., (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes *Revista Colombiana de Psicología*. 15, 91-101
- Palacios, J. & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema de los adolescentes. *Revista Universitaria Multidisciplinaria*, 7(7), 7-18.
- Paramo, M.A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia. *Terapia Psicológica*, 29, 85-95.

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2008). Informe Anual del ONUSIDA. Conoce tu epidemia, 2007. Recuperado Marzo 2013 de: data.unaids.org/pub/report/2008/jc1535_annual_report07_es.pdf
- Polit, F., & Hungler, P. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México McGraw-Hill, Interamericana
- Secretaria de Salud. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para la salud. (México)*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Stone, A. A., & Neale, J.M. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Soc Psychol*, 46, 892-906.
- Helder L. & Schneider MS. (1988). Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En: Cohen LH (ed.). *Liferevents and psychological functioning: Theoretical and methodological issues*. Newbury Park: Sage, 182-210.
- Víctor, S. (2006). Factores asociados al no uso del condón. *Anales de la facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos* 152-159

Apéndices

Apéndice A
Cédula de Datos Sociodemográficos

Código: _____

Por favor contesta las siguientes preguntas. Estas nos darán información sobre el tipo
De personas que han completado este cuestionario y han participado en este proyecto.

Fecha: _____

Día/ Mes/ Año

Subraya la respuesta correcta.

1.- ¿Cuántos años tienes?

1) 18 2) 19 3) 20 4) 21

2.- Marca con una cruz tu sexo

1) Femenino 2) Masculino

3.- Semestre escolar que cursas actualmente

1) 2) 3) 4) 5) 6)

4.- Actualmente estas:

1) Soltero 2) Relación 3) Separado 4) Divorciado
de noviazgo

Apéndice B

Escala de Afrontamiento

Este cuestionario es acerca de cómo lidiar con el estrés, la tensión y lo que haces para manejar situaciones de estrés. En particular, estoy interesado en cómo has hecho frente a la tensión que te produce las situaciones de riesgo sexual.

Este cuestionario enumera diferentes maneras de lidiar con el estrés. Algunas personas usan muchos métodos diferentes de afrontamiento, algunas personas usan sólo unos pocos. Se le hará dos preguntas sobre cada una de las formas diferentes de lidiar con el estrés.

Parte A

¿Cuántas veces ha utilizado ese método de afrontamiento para manejar el estrés antes mencionado? Para cada método de afrontamiento enlistado, rodee con un círculo un número en la parte A para mostrar la frecuencia con la que ha utilizado ese método para lidiar con el estrés antes mencionado.

El significado de los números en la parte A es la siguiente:

0 = nunca utilizado

1 = rara vez utilizado

2 = a veces utilizado

3 = a menudo utilizado

Método de Afrontamiento	¿Conque frecuencia has usado cada método de afrontamiento?			
	Nunca utilizado 0	Rara vez utilizado 1	A veces utilizado 2	A menudo utilizado 3
1.- Me preocupe por el problema				
2.-Tenía esperanzas que las cosas mejorarían				
3.- Comía o fumaba más de lo normal				
4.- Pensaba en diferentes maneras para manejar la Situación				
5.-Me dije que las cosas podrían ser mucho peor				
6.- Ejercitaba o hacía alguna actividad física.				
7.-Traté de huir del problema por un tiempo				
8.-Me enojé y me desahogué				
9.-Esperaba lo peor que pudiera pasar				
10.- Trato de poner el problema fuera de su mente y pensar en otra cosa.				

Método de Afrontamiento	¿Con que frecuencia has usado cada método de afrontamiento?			
	Nunca utilizado 0	Rara vez utilizado 1	A veces utilizado 2	A menudo utilizado 3
11.-Habló del problema con la familia o amigos				
12.-Aceptaba la situación ya que muy poco se podía hacer.				
13.-Trató de ver el problema objetivamente y ver todos los lados.				
14.-Soñaba con una vida mejor.				
15.-Habló del problema con un profesional (como un médico, enfermera, maestro, consejero)				

Método de Afrontamiento	¿Con qué frecuencias has usado cada método de Afrontamiento?			
	Nunca utilizado 0	Rara vez utilizado 1	A veces utilizado 2	A menudo utilizado 3
16.-Trató de mantener la situación bajo control.				
17.-Oro o puso su confianza en Dios.				
18.-Trató de salir de la situación.				
19.-No expresaba sus sentimientos.				
20.-Me dije que el problema era culpa de otra persona.				
21.-Espero a ver qué pasaba.				
22.-Quería estar solo(a) para pensar las cosas.				
23.-Renunció a la situación porque las cosas parecían sin remedio				
24.-Sacó sus tensiones con otra persona.				

Método de Afrontamiento	¿Con qué frecuencias has usado cada método de Afrontamiento?			
	Nunca utilizado 0	Rara vez utilizado 1	A veces utilizado 2	A menudo utilizado 3
25.-Traté de cambiar la situación.				
26.-Utilice técnicas de relajación.				
27.-Traté de averiguar más sobre el problema.				
28.-Dormía más de lo normal.				
29.-Trató de manejar las cosas un paso a la vez.				
30.- Trató de mantener su vida lo más normal posible y no dejar que el problema interfiriera.				
31.-Pense en cómo había manejado otros problemas en el pasado.				
32.-Me dije que no me preocupara porque todo iba a salir bien.				

Método de Afrontamiento	¿Con qué frecuencias has usado cada método de Afrontamiento?			
	Nunca utilizado 0	Rara vez utilizado 1	A veces utilizado 2	A menudo utilizado 3
33.- Trató de llegar a un compromiso.				
34.-Tomó un trago para sentirse mejor.				
35.-Dejo que el tiempo se encargara del problema.				
36.- Trató de distraerse haciendo algo que le gusta.				
37.-Se dijo que podía manejar cualquier cosa sin importar cuán difícil era.				
38.-Estableció un plan de acción.				
39.-Trató de Mantener un sentido del humor.				
40.-Evitaba hacer frente al problema.				

Método de Afrontamiento	¿Con qué frecuencias has usado cada método de Afrontamiento?			
	Nunca utilizado 0	Rara vez utilizado 1	A veces utilizado 2	A menudo utilizado 3
41.-Trató de mantener sus sentimientos bajo control.				
42.-Habló del problema con alguien que había estado en una situación similar.				
43.-Practicaba en su mente lo que había que hacer.				
44.-Trató de mantenerse ocupado.				
45.-Aprendió algo nuevo con el fin de manejar el problema mejor.				
46.-Hizo algo impulsivo riesgoso que normalmente no haría.				
47.-Penso en las cosas buenas en su vida.				
48.-Trató de ignorar o evitar el problema.				

Método de Afrontamiento	¿Con qué frecuencias has usado cada método de Afrontamiento?			
	Nunca utilizado 0	Rara vez utilizado 1	A veces utilizado 2	A menudo utilizado 3
49.-Se comparó con otras personas que estaban en la misma situación.				
50.-Trató de pensar positivamente.				
51.-Se culpó por entrar en una situación como esa.				
52.-Prefirió resolver las cosas por sí mismo.				
53.-Tomó medicamentos para reducir la tensión.				
54.-Trató de ver el lado bueno de la situación.				
56.-Se dijo a si mismo que este problema no era realmente tan importante.				
57.-Trató de mejorar para manejar mejor la situación.				

Método de Afrontamiento	¿Con qué frecuencias has usado cada método de Afrontamiento?			
	Nunca utilizado 0	Rara vez utilizado 1	A veces utilizado 2	A menudo utilizado 3
58.- Deseaba que el problema desapareciera.				
59.-Dependian de otros para ayudarlo.				
60.-Se dijo a si mismo(a) que simplemente estaba teniendo algo de mala suerte.				

Apéndice C

Escala Provisión Social para Sexo Seguro

Instrucciones: Al contestar las siguientes afirmaciones, por favor, tenga en cuenta que “Sexo Seguro” puede significar muchas cosas diferentes. Por ejemplo, el uso de condones es una forma de practicar el sexo seguro, pero también lo es el compromiso de ser monógamo/a, así como la abstinencia sexual. Considere todas las maneras que puedes practicar sexo seguro al responder estas afirmaciones. Por favor, indique con una X qué tan ciertas son las siguientes afirmaciones para ti, trata de contestarlas todas.

Apoyo de la Familia	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro si necesito ayuda.					
2. Mi familia no apoya el sexo seguro.					
3. No puedo recurrir a mi familia para orientación sobre el sexo seguro.					
4. Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el					

VIH.					
5. Mi familia y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.					
6. No creo que mi familia valore lo que he hecho para proteger del VIH.					
7. Mi familia no estaría allí para apoyarme si me infectará con el VIH.					
8. La relación con mi familia me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH.					
9. Puedo hablar con mi familia sobre sexo seguro, si lo necesito.					
10. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi familia.					
11. Mi familia comparte					

mis preocupaciones sobre el sexo seguro.					
12. Mi familia confía en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro.					
13. Puedo confiar en mi familia para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.					
14. Me siento muy unido/a emocionalmente con mi familia y esto me motiva a practicar sexo seguro.					
15. No puede contar con mi familia para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.					
16. No me siento cómodo/a hablando con mi familia sobre el sexo seguro.					

17. Mi familia respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.					
18. El amor que siento por mi familia me ayuda a practicar el sexo seguro.					
19. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.					



Apéndice D

Consentimiento Informado

Título: Apoyo familiar para la conducta sexual segura y Afrontamiento al riesgo sexual.

Propósito: LEO. Hercilia Guadalupe de León Rivera me ha invitado respetuosamente a participar en la prueba piloto para su investigación, la cual consiste en conocer acerca del apoyo familiar y la forma en que los jóvenes enfrentan el riesgo sexual ella me ha comentado que llenare un cuestionario y que mi participación es voluntaria.

Criterios de Inclusión: Fui seleccionado(a) para participar en esta prueba piloto, ya que soy estudiante de una Universidad Privada, tengo entre 18 y 21 años de edad y no estoy casado(a) ni vivo en unión libre.

Instrucciones: Me ha explicado que si decido participar, llenaré dos cuestionarios en un salón de clase con otros compañeros. La aplicación de los cuestionarios se llevará a cabo, después del horario de clases para no interferir con las actividades académicas y el tiempo de llenado es de aproximadamente 30 min.

Riesgos: Puede ser que durante la aplicación de los cuestionarios me sienta incomodo al llenar algunas preguntas, debido a que se me preguntará acerca de sexualidad, en caso de que esto suceda puedo dejar la/las pregunta(s) sin contestar o incluso puedo dejar de contestar los cuestionarios si así lo deseo. Asimismo, si me siento estresado, nervioso o con ganas de llorar al llenar los cuestionarios puedo dar por terminado el llenado de éste y puedo programar el llenado del cuestionario para otro día o retirar mi participación de este estudio. Si requiero de algún tipo de apoyo la Lic. Hercilia, gestionara para que se me brinde oportunamente la atención necesaria.

Beneficios: Estoy consciente que no tendré beneficio económico, ni de otro tipo por participar en este estudio, sin embargo los resultados que se generen del mismo servirán para ayudar a otros jóvenes como yo a que tomen una sexualidad responsable.

Confidencialidad: La Lic. Hercilia me ha comentado que la información que se proporcione en el cuestionario se maneja de forma confidencial y solo la Licenciada y su asesores tendrán acceso a ella, el cuestionario no llevara nombre ya se sustituirá por un folio. Asimismo, en el salón de clases donde se llenarán los cuestionarios, se cuidara que nadie vea mis respuestas ya que estaremos alejados unos de otros lo suficiente para que no puedan ver lo que contesto. Los datos se guardarán por seis meses en un espacio seguro que estará disponible solo para el investigador. Una vez pasado el tiempo establecido los datos de los cuestionarios serán destruidos.

Preguntas: Entiendo que si tengo dudas adicionales acerca de este estudio de investigación o siento que mis derechos individuales se están violando puedo llamar a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 01 81 83 48 89 43 para que me orienten al respecto, en Monterrey, N.L. Si se me dificulta llamar de larga distancia puedo enviar un correo a investigacion.fae@gmail.com.

Renuncia o Retiro: Se me explicó que mi participación es voluntaria y que si decido ya no participar no tendré ninguna sanción ni repercusión por parte de mi Instituto de Estudios Superiores “Sor Juana Inés de la Cruz” o el Instituto de Estudios superior de Enfermería de Tuxtla Gutiérrez Chiapas y la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Conclusión: He leído y entiendo en que consiste mi participación en este estudio, se me dio la oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas que son satisfactorias.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación

La Lic. Hercilia de León Rivera me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio y mi participación, y entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo decidir no participar en el momento que yo lo desee.

Autorización

Por medio de la presente acepto participar en esta prueba piloto (investigación) ya que he recibido la información necesaria para aceptar.

Nombre-----

Dirección -----

Colonia-----Ciudad-----Estado

Tel. casa-----Celular-----

Nombre y firma del Participante

Nombre y Firma del Investigador

Nombre y Firma:

Testigo 1

Nombre y Firma:

Testigo 2

Resumen Autobiográfico

LEO. Hercilia Guadalupe De León Rivera

Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: APOYO FAMILIAR PARA LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA Y
AFRONTAMIENTO AL RIESGO SEXUAL

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

Biografía: Nacida en Villa de Comaltitlan, Chiapas el 12 de julio de 1956, hija del Sr. Trinidad De León Flores y Sra. Natividad Rivera Nicolás

Educación: Egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México en el año 2000.

Experiencia profesional: Enfermera general de 1976 a 2007 ocupando el cargo de subjefe de enfermeras turno nocturno del Hospital Dr. Belisario Domínguez Palencia de ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Curso postecnico de administración y docencia de la ENEO-UNAM de 2000 a 2001. Docente de la Universidad Autónoma de México del sistema universidad abierta con sede en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas de 2000 a 2010. Docente en el Instituto Superior de Estudios de Enfermería del Estado de Chiapas de 1998 a 2014. Miembro activo del Colegio de Enfermeras del Estado de Chiapas A.C., en el 2014. Intégrate de aval ciudadano en el comité de si calidad en el Hospital Dr. Rafael Pascasio Gamboa de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas de 2010 a 2014

e-mail: hgdeleon1207@hotmail.com