



Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)

ISSN impreso 2588-0691 / ISSN electrónico 2737-6141
Año 2024. Volumen 49 - Número 3



Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)

ISSN impreso 2588-0691 / ISSN electrónico 2737-6141
Año 2024. Volumen 49 - Número 3



Indexada a LILACS, Latindex Catálogo 2.0, AmeliCA, IMBIOMED, Google Scholar, Dialnet y REBIUN

Autoridades de la Universidad Central del Ecuador

Rector: Dr. Patricio Espinosa del Pozo PhD.
Vicerrectora Académica y de Posgrado: Dra. Mercy Julieta Logroño PhD.
Vicerrectora Investigación, Doctorados e Innovación: Dra. Katerine Zurita Solis PhD.
Vicerrector Administrativo y Financiero: Dr. Silvio Toscano Vizcaíno PhD.

Autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas

Decano: Dr. Juan Emilio Ocampo B. PhD. Universidad Central del Ecuador.
Subdecana: Dra. Tamara León PhD. Universidad Central del Ecuador.

Equipo editorial




Director

 Marco Guerrero F. MD. PhD. Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador

Editora

 Índira López. PhD. Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador

Comité Editorial Institucional

-  Lilian Calderón L. MD. PhD. Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador
-  William Cevallos T. MD. PhD. Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador
-  Juan Maldonado R. MD. PhD. Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador
-  Alicia Mendoza O. MD. PhD. Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador
-  Juan Emilio Ocampo B. MD. PhD. Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador
-  Hugo Romo C. MD. PhD. Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador
-  Santiago Vasco. MD. PhD. Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador

Comité Editorial Nacional

Jorge Anaya. PhD. Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador
Gloria Arbeláez. PhD. Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador
Manuel Calvopiña. PhD. Universidad de las Américas, Quito-Ecuador
Rafael Coello. PhD. Universidad de Guayaquil, Guayaquil-Ecuador
Sergio Guevara. PhD. Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador
Carlos Morales. PhD. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta - Ecuador
Fernanda Solíz. PhD. Universidad Andina Simón Bolívar, Quito-Ecuador
Carlos Valarezo. PhD. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba-Ecuador
Gerardo Fernández Soto. PhD. Universidad Técnica de Ambato, Ambato- Ecuador

Comité Editorial Internacional

Ivonne Brevis Urrutia. PhD. Universidad San Sebastián. Concepción- Chile

Bernardo Bertoni Jara. PhD. Universidad de la República. Montevideo-Uruguay
Vivian Vilchez Barboza. PhD. Universidad de Costa Rica, San José-Costa Rica
Alejandra Nuñez. PhD(C). Universidade de Coimbra. Coimbra-Portugal
Claudia Barría Sandoval. PhD. Universidad San Sebastián. Concepción-Chile
Martha Suarez Mutis. PhD. Instituto Oswaldo-Fiocruz. Rio de Janeiro-Brasil
Deyanira Vargas Gonzales. Msc. Hospital Diakonie Klinikum Jung-Stilling. Westfalia-Alemania
Andrés Fernandez Sánchez. PhD. Unidad Central del Valle del Cauca. Tuluá, Valle del Cauca-Colombia.
Guillermo Ferreira Cabezas. PhD. Universidad de Concepción. Concepción-Chile
María Paz Moya Daza. PhD. Universidad Autónoma de Chile. Providencia-Chile
Ricardo Izurieta. PhD. University of South Florida. Florida- Estados Unidos
Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarin. PhD. Universidad Autónoma de Baja California. Baja California-México
Vicente Jiménez-Vázquez. PhD. Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua-México

Apoyo metodológico

Carlos Carrera R. MSc. Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador
Luis Fuenmayor. MSc. Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador

Responsable de la gestión editorial-Documentalista

Nathaly Rosales T. MD. Universidad Central del Ecuador. Quito-Ecuador

Apoyo Editorial

Gabriel Miño R. MD. Centro Médico de Especialidades CMED Moran. Quito-Ecuador

Diseño y Diagramación

Erika Gonzalez. Mag. Universidad Central del Ecuador Quito-Ecuador

Entidad editora y responsable de la publicación

Facultad de Ciencias Médicas (FCM)©, Universidad Central del Ecuador.
Iquique N14-121 y Sodiro -Itchimbía, Sector El Dorado, 170403, Quito, Ecuador.
Indexada en LILACS, Latindex Catálogo 2.0, AmeliCA, Imbiomed, Google Scholar, Dialnet y REBIUN.
Inicio: desde 1932 como Archivos de la FCM, y desde 1950 como Revista de la FCM (Quito).
Ámbito: ciencias médicas y de la salud, educación médica, epidemiología, políticas y economía de la salud.
Contacto: fcm.revista@uce.edu.ec

Publicación: trianual

Disponible en: versión digital.

Publicado: septiembre 2024

ISSN impreso 2588-0691ISSN electrónico 2737-6141

Website: http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/issue/archive



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento - No Comercial- No derivadas 4.0 Ecuador, la cual permite copiar y distribuir el material en cualquier medio o formato, en su forma original, únicamente con fines no comerciales, y siempre que se cite al creador y a la fuente principal.
Hecho en Ecuador-Printed in Ecuador

Contenido

EDITORIAL

- Un recorrido por la historia de la investigación en sexología** 6 - 12
A historical overview of sexology research

Ortiz-Mata Mónica Patricia, López-Izurieta María Indira, Rosales-Torres Nathaly, Miño-Rodríguez Gabriel

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres** 13-22
Intimate partner violence and sexual risk behaviors for HIV in men who have sexual relations with men

Onofre-Rodríguez Dora Julia, Coronado-Becerril Josué, Garza-Elizondo María Eugenia

- Autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual para prevenir VIH/sida en jóvenes indígenas** 23-31
Self-efficacy of condom uses and Sexual Assertiveness to Prevent HIV/AIDS in Indigenous Youth

Márquez -Vega María Aracely, Balché-Chuc Jorge Enrique

- Aceptabilidad de una intervención para uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena en México** 32-37
Acceptability of an intervention for contraceptive use among adolescents in an indigenous community in Mexico

Ramirez-Espinobarros Yesenia, Meneses-Tirado María de los Ángeles, Dimmitt-Champion Jane, Doncel-de la Colina Juan Antonio

- Relación entre el conocimiento sobre la utilización del condón y su uso en adultos jóvenes** 38-43
The association between knowledge of condom use and its practice among young adults

Gómez-Melasio Dafne Astrid, Pérez-Briones Nancy Griselda, Cano-Verdugo Guillermo, Leija-Mendoza Alejandra, Hernández-Martínez Eva Kerena

- Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, resiliencia sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes** 44-54
Knowledge about sexually transmitted infections, HIV/AIDS, sexual resilience and risky sexual behavior in adolescents

Castillo-Arcos Luvia del Carmen, Telumbre-Terrero Juan Yovani, Maas-Góngora Lucely, Noh-Moo Pedro Moisés, Ramírez-Sánchez Sylvia Claudine

Balance decisional, etapas de cambio y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en puerperio inmediato: estudio descriptivo correlacional 55 - 63
Decisional balance, stages of change and use of contraceptive methods among adolescents in the immediate postpartum period: a descriptive correlational study

Benavides-Torres Raquel Alicia, Martínez-Escalante Richard Francisco, Caudillo-Ortega Lucía, Hernández-Torres José Luis, Apodaca-Armenta Rosario Eduardo

Programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina desde un enfoque interseccional. Revisión sistemática 64-76
Adolescent pregnancy prevention programs in Latin America from an intersectional approach. Systematic review

Librado-González Natanael, dos Santos-Monteiro Juliana Cristina, Ramírez-Calderón Alan Josué, Nicolas-Santiago Maritza

Empoderamiento anticonceptivo en madres adolescentes y mujeres jóvenes: Revisión sistemática 77-87
Contraceptive Empowerment in adolescent mothers and young women: Systematic review

Luna-Ferrales Clarisa, Barbosa-Martínez Rosalva del Carmen, Vargas-Rodríguez Elsa Josefina, Morales-Álvarez Clara Teresita

Efectividad de entrevista motivacional en prevención de embarazos adolescentes subsecuentes: Una revisión de alcance 88-99
Effectiveness of motivational interviewing in preventing subsequent adolescent pregnancies: A scoping review

Pérez-Cavazos Dayanna Neitakrith, Manjarres-Posada Natalia, Martínez-Figueroa Gabriela Iveth, Mayo-Abarca Jorge Alberto, Salinas-Peña Ricardo Alejandro

REPORTE DE CASO

Diagnostico e intervención quirúrgica para nasoangiofibroma juvenil recidivante. Reporte de caso. 100-106
Diagnosis and surgical intervention for recurrent juvenile nasoangiofibroma. Case report

Serrano-Sáenz Juan Esteban, Cisneros-Andrade Priscila Monserrate

NORMAS PARA PUBLICACIÓN DE CONTRIBUCIONES EN LA REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (QUITO) 107-115



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International License

Un recorrido por la historia de la investigación en sexología

Ortiz-Mata Mónica Patricia

<https://orcid.org/0000-0001-6206-0082>
Universidad Central del Ecuador,
Facultad de Ciencias Médicas, Quito,
Ecuador
mportizm@uce.edu.ec

López-Izurieta María Indira

<https://orcid.org/0000-0002-8907-9856>
Universidad Central del Ecuador,
Facultad de Ciencias Médicas, Quito,
Ecuador
indiramlopez@hotmail.com

Rosales-Torres Nathaly

<https://orcid.org/0000-0001-7055-0436>
Universidad Central del Ecuador,
Facultad de Ciencias Médicas, Quito,
Ecuador
nerosales@uce.edu.ec

Miño-Rodríguez Gabriel

<https://orcid.org/0009-0000-9522-6464>
Universidad Central del Ecuador,
Facultad de Ciencias Médicas, Quito,
Ecuador
gabrielm1725@hotmail.com

Correspondencia:

Rosales-Torres Nathaly
nerosales@uce.edu.ec

Recibido: 20 de septiembre 2024
Aceptado: 25 de septiembre 2024

Resumen

La sexualidad está íntimamente relacionada con la identidad de los seres humanos y a pesar de esto ha estado rodeada de prejuicios, actitudes negativas y estigmas generando problemas relacionados con la salud, la investigación en Sexualidad es importante para generar recursos, promoción y prevención de los problemas y disfunciones relacionados con la Salud Sexual. La sexualidad tiene una perspectiva científica desde el siglo XIX y en su estudio se han involucrado personajes como Iwan Bloch, Sigmund Freud, Von Krafft-Ebing, Albert Moll, Magnus Hirschfeld, Havelock Ellis, Michel Foucault y John Gagnon, cada uno con significativos aportes. En la sexología moderna, investigadores como Kinsey, Hite, Johnson y Masters tuvieron relevancia con conceptos y estudios disruptivos para la época desafiando mitos sobre la sexualidad femenina, las disfunciones sexuales y la homosexualidad mientras Basson y Kaplan ayudaron a comprender la respuesta sexual humana. Actualmente la información sobre sexualidad es abundante y abarca múltiples áreas, y en Latinoamérica, la investigación todavía tiene un amplio campo por cubrir, esto es esencial para un mejor entendimiento sobre la sexualidad y la creación de políticas e intervenciones en beneficio de la población.

Palabras clave: sexología; investigación; historia

A historical overview of sexology research

Abstract

Sexuality is closely related to human identity, and despite this, it has been surrounded by prejudice, negative attitudes, and stigma, leading to issues related to health. Research in sexuality is important for generating resources, promoting, and preventing problems and dysfunctions related to sexual health. Sexuality has had a scientific perspective since the 19th century, and figures such as Iwan Bloch, Sigmund Freud, Von Krafft-Ebing, Albert Moll, Magnus Hirschfeld, Havelock Ellis, Michel Foucault, and John Gagnon have contributed significantly to its study. In modern sexology, researchers like Kinsey, Hite, Johnson, and Masters were relevant for their disruptive concepts and studies at the time, challenging myths about female sexuality, sexual dysfunctions, and homosexuality, while Basson and Kaplan helped to understand human sexual response. Currently, information about sexuality is abundant and covers multiple areas, but in Latin America, research still has a wide field to cover. This is essential for a better understanding of sexuality and the creation of policies and interventions for the benefit of the population.

Keywords: sexology; research; history

Contexto

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la sexualidad como el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales y se manifiesta en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos, por lo que está íntimamente relacionada con la identidad de los seres humanos¹.

A lo largo de la historia, la sexualidad a pesar de ser inherente al ser humano, ha estado rodeada de prejuicios, estigma², actitudes negativas, creencias y valores, lo que ha dado lugar a conceptos equivocados provocando problemas relacionados con la salud sexual, los cuales abarcan la orientación sexual, la identidad de género, la expresión sexual, las relaciones y el placer³, pudiendo llevar a consecuencias negativas como infecciones de transmisión sexual y sus implicaciones en la salud (cáncer e infertilidad), embarazos no deseados y abortos, disfunciones sexuales, violencia de género, abuso sexual y otras prácticas como la mutilación genital femenina⁴. Por ello con estos antecedentes se puede comprender la importancia de la investigación en sexualidad, para aportar de recursos científicos y formativos en la prevención y promoción de la salud sexual, así como en el diagnóstico, evaluación, análisis y seguimiento de los problemas y disfunciones relacionados con la sexualidad.

La sexología como ciencia

La sexología fue definida como ciencia a inicios del siglo XIX por el médico alemán Iwan Bloch, a quien se le considera legítimamente como el "Padre de la Sexología" ya que abordó la sexualidad desde una perspectiva científica y multidisciplinaria, estableciendo las bases para el estudio sistemático de la sexualidad humana⁵. Además de Bloch, en el mismo siglo, otros investigadores sentaron las bases de la sexología clínica y educativa con sus estudios, como Sigmund Freud, quien exploró la sexualidad humana, especialmente en relación con el desarrollo psíquico y los trastornos psicológicos⁶, de la misma manera Von Krafft-Ebing, autor de *Psychopathia Sexualis*, contribuyó con las primeras obras en las que se estudió de manera sistemática las "perversiones sexuales"⁷, Albert Moll, escribió extensamente sobre la sexualidad y fue uno de los primeros en criticar algunos aspectos

de las teorías de Freud⁸, Magnus Hirschfeld, fue defensor de los derechos de las personas homosexuales y fundador del Instituto de Sexología en Berlín⁹, cabe mencionar a Havelock Ellis, quien fue uno de los pioneros en el estudio de la psicología sexual, plasmados principalmente en su obra "the Studies in the Psychology of Sex"¹⁰

Además existieron otros autores como Michel Foucault que en la década de 1970 impulsó las investigaciones sobre la sexualidad dentro de las ciencias sociales lanzando su primer volumen de Historia de la sexualidad, esta obra, con una perspectiva histórica, ayudó a cuestionar las afirmaciones que consideraban la sexualidad como una mera consecuencia directa y natural de la fisiología y los instintos humanos¹¹. Finalmente, otro pionero de la investigación en sexología es John Gagnon, cuyas teorías sobre el aprendizaje de la sexualidad ayudaron a entender de manera más profunda las variables socioculturales relacionadas con la conducta sexual durante el surgimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida¹².

En la actualidad, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), la Asociación Mundial de Sexología Médica (AMSM) y la Academia Internacional de Sexología Médica (AISM), han adoptado de manera unánime una definición y un concepto operativo de la sexología, se define como el "estudio del sexo y su función". En cuanto al concepto operativo, define a la sexología como la "rama del conocimiento científico que examina el sexo, su proceso de desarrollo y alteraciones, así como la función sexual, su proceso y alteraciones"¹³.

El inicio de la investigación en la sexología moderna

Alfred Kinsey marcó el inicio de la sexología moderna, sus estudios son pioneros sobre la conducta sexual en hombres y mujeres en la década de 1940 y 1950, conocidos como los "Informes Kinsey", además fue uno de los primeros en sugerir que existe un espectro de la sexualidad, midiendo una escala del uno al siete en un momento donde la homosexualidad todavía se consideraba una patología indeseable¹⁴.

William Masters y Virginia Johnson fueron pioneros en realizar trabajos experimentales en este campo, realizaron estudios experimentales sobre

la respuesta sexual humana en 1966 y las disfunciones sexuales en 1970, ellos establecieron un laboratorio sexual en el que, durante once años, participaron cientos de mujeres y hombres, tanto homosexuales como heterosexuales, en casi once mil encuentros sexuales, utilizando diversos instrumentos para medir múltiples aspectos anatómicos y fisiológicos de la respuesta sexual, lo que resultó en la publicación de sus obras *Respuesta sexual humana* y *Inadecuación sexual humana*. Aunque sus técnicas eran limitadas y algunos de sus datos han sido revisados en la actualidad, sin duda representaron un cambio significativo al abordar los problemas sexuales desde un enfoque médico. Aunque hay errores en su investigación, la terapia sexual contemporánea se benefició mucho de las contribuciones de Masters y Johnson¹⁵.

Cabe mencionar que las investigaciones existentes de otros autores han aportado significativamente a la comprensión de la sexualidad humana desde diversas perspectivas como es Hite S, en su Informe Hite, en el cual llevó a cabo un análisis profundo de la sexualidad femenina, poniendo de manifiesto las experiencias y deseos de las mujeres, estos descubrimientos desafiaron los mitos existentes sobre la sexualidad femenina y fomentaron una perspectiva más abierta y realista¹⁶. Por su parte, John Money se centró en la teoría de la socialización sexual y el género, argumentando que la identidad de género se desarrolla principalmente a través de la interacción social y las vivencias personales. Su enfoque destaca cómo el entorno influye en la formación de la identidad sexual y de género¹⁷. de la misma manera Hyde J, formuló la teoría de la diferencia de género, sugiriendo que las discrepancias entre hombres y mujeres en la sexualidad son menos pronunciadas de lo que comúnmente se piensa. Su trabajo impulsa una visión más equitativa, desafiando los estereotipos de género tradicionales¹⁸.

Las investigaciones de Kaplan y Basson han sido cruciales para comprender la respuesta sexual humana. Kaplan propuso un modelo de respuesta sexual que incluye las fases de deseo, excitación y orgasmo, enfatizando el papel fundamental del deseo en la experiencia sexual y la importancia de abordar las disfunciones sexuales, especialmente en mujeres¹⁹. En contraste, Basson desarrolló un modelo más contemporáneo que reconoce la complejidad del deseo sexual, sugiriendo que

la excitación puede preceder al deseo en ciertas situaciones, y que este último no siempre es un requisito para la satisfacción sexual. Las dos perspectivas han ampliado el entendimiento de la sexualidad, desafiando conceptos tradicionales y ofreciendo un enfoque más inclusivo y realista sobre la experiencia sexual²⁰.

En conjunto, estas investigaciones han enriquecido el campo de la sexualidad, favoreciendo una comprensión más matizada y variada que abarca dimensiones biológicas, sociales y culturales.

La importancia de la investigación en la sexología

A decir de Cabello²¹ uno de los investigadores en medicina sexual más reconocidos en España, es evidente que cualquier ciencia se fundamenta en la investigación, y que a diferencia de años anteriores, hoy en día la cantidad de estudios sobre la sexualidad humana es tan extensa que se vuelve casi imposible mantenerse al tanto de toda la información que se publica. Según su criterio las áreas de intervención e investigación en la sexología clínica son diversas e incluyen todas aquellas relacionadas con las disfunciones sexuales estudiando a los problemas como la disfunción eréctil, la anorgasmia, la falta de deseo sexual, entre otras.

En relación a las parafilias, las investigación tratan sobre prácticas sexuales atípicas y su impacto psicológico y social; en referencia a la salud sexual la exploración de temas como la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la salud reproductiva fueron importantes; sobre la educación sexual se realizaron análisis de la efectividad de programas educativos sobre sexualidad en diferentes grupos demográficos; la Identidad sexual y orientación sexual los estudios fueron en relacionados con la formación y expresión de la identidad sexual y sus implicaciones; para la violencia y agresiones sexuales la Investigación se baso en la prevención, el impacto y el tratamiento de la violencia sexual; con relación a la terapia de pareja fue desde el análisis de las dinámicas de pareja afectan la sexualidad y las relaciones y la sexualidad en poblaciones especiales exploró la sexualidad en personas con discapacidades o en situaciones de vulnerabilidad²¹.

Por lo antes mencionado las investigaciones contribuyen a una comprensión más profunda de la

sexualidad humana y sus múltiples dimensiones. Por lo tanto, la investigación en sexualidad integral es crucial para desarrollar sociedades más saludables, justas e inclusivas²².

La investigación en sexología en Latinoamérica

La investigación en sexología se encuentra en desarrollo en América Latina, aunque todavía hay un amplio campo por descubrir²³. La región, con su gran diversidad cultural y social, enfrenta desafíos particulares y ofrece oportunidades significativas para comprender cómo las experiencias y percepciones sobre la sexualidad afectan la salud y el bienestar de las personas. En la actualidad se observa que la investigación en sexualidad en los países latinoamericanos se ajusta a las necesidades específicas de cada país y a los intereses de cada campo. Se destaca que el área de ciencias sociales se enfoca en temas relacionados con la comprensión del género y la violencia de género, mientras que el área de medicina se centra en la promoción de la salud sexual y reproductiva²⁴.

Por ello la investigación en sexología en América Latina, se sustenta en los trabajos de investigación y desarrollo de escuelas de pensamiento de varios sexólogos latinoamericanos como: Bianco y Rubio, quienes han hecho aportes significativos en el campo de la sexología, desarrollando teorías y modelos relevantes para la comprensión de la sexualidad desde una perspectiva integral.

Bianco, médico sexólogo venezolano con una amplia trayectoria²⁵ ha impulsado el estudio de la sexología médica como ciencia y ha trabajado en la comprensión clínica de los aspectos fisiológicos que influyen en la sexualidad humana. Su principal contribución es el desarrollo de un enfoque educativo y clínico centrado en la formación profesional en sexología, tanto para la educación como para la intervención terapéutica²⁶.

Rubio sexólogo mexicano muy reconocido, quien ha hecho contribuciones clave en el ámbito de la sexología clínica y la educación sexual. Es conocido por su enfoque integral de la sexualidad, en el que intenta despatologizar muchos comportamientos sexuales que anteriormente eran considerados "anormales", enfatizando que la sexualidad debe ser comprendida desde una perspectiva que abarque lo biológico, lo psicológico y lo social,

promoviendo una visión positiva y no moralista de la misma. Sus trabajos en educación sexual han influido en políticas públicas y programas de intervención en varios países de Latinoamérica²⁷.

Es de esta manera que un campo de investigación especialmente importante en la región es el efecto de las normas de género y la identidad sexual en la salud mental y física. En muchos países de América Latina, las expectativas tradicionales sobre los roles de género y la sexualidad pueden ejercer una gran presión, perjudicando la salud psicológica y la calidad de vida. La mayor visibilidad de la comunidad LGBTQ+ y los esfuerzos por promover una mayor igualdad han creado nuevas oportunidades para explorar cómo estas dinámicas influyen en la salud y el bienestar²⁸.

Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual también debe considerarse un derecho básico. Para fomentar una sexualidad saludable en las personas y en las sociedades, es esencial que se reconozcan, promuevan, respeten y defiendan ciertos derechos sexuales. Por lo tanto, es crucial que la investigación en sexualidad se enfoque en el entendimiento de que los seres humanos ya que es inherentemente sexuados, y que vivir la sexualidad de manera placentera, integral y saludable es un derecho de todos y se debe disfrutar²².

Además, la prevalencia de la violencia sexual y la falta de acceso a servicios de salud sexual adecuados son temas críticos que requieren una atención más profunda. La investigación en estos ámbitos no solo puede ayudar a diseñar políticas públicas más efectivas, sino que también puede guiar la formación de profesionales de la salud y educadores en estrategias para abordar estas cuestiones de manera sensible y efectiva²⁹.

La investigación en sexualidad en América Latina también enfrenta el desafío de integrar enfoques culturales diversos. La región está compuesta por una amalgama de culturas, y lo que es relevante en un contexto puede no ser en otro. Por ello, es crucial que los estudios no solo consideren el contexto local, sino que también respeten y valoren las perspectivas culturales al abordar temas relacionados con la sexualidad³⁰.

La investigación en esta área es primordial debido a que proporciona información clave para com-

prender y promover la salud sexual, lo que ayuda a prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida. También contribuye a la creación de programas educativos eficaces sobre sexualidad, lo que reduce la desinformación y el estigma^{22, 31}. Además, apoya la defensa de los derechos sexuales, promoviendo la igualdad y la inclusión de todas las identidades y orientaciones; permite analizar cómo las normas culturales influyen en la sexualidad, lo que puede guiar políticas y prácticas más sensibles y efectivas³².

En este sentido, es fundamental fomentar la colaboración entre investigadores, profesionales de la salud, organizaciones no gubernamentales y la

comunidad en general. Solo a través de un esfuerzo conjunto se podrán desarrollar intervenciones y políticas que realmente respondan a las necesidades y realidades de las poblaciones locales³³.

El panorama de la investigación en sexualidad en América Latina está cambiando, pero el camino por recorrer sigue siendo largo. Es esencial que sigamos promoviendo el diálogo, la investigación y la educación para avanzar hacia una comprensión más completa y equitativa de la sexualidad en la región. Solo así podremos construir una sociedad en la que la salud sexual y el bienestar sean accesibles para todos, sin importar las barreras culturales o sociales³³.

Referencias

1. Luisi V. Sexualidad, género y educación sexual. *Revista UMCE* [Internet]. 2018 [cited 2024 Sep 20];(17):97-107. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7862367>.
2. Rodríguez M. Tendencias de investigación sobre educación sexual en algunos países de América Latina y Europa. *Cultura científica* [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20];(18). Available from: https://revista.jdc.edu.co/index.php/Cult_cient/article/view/698
3. Heredia A, Rodríguez A. Antecedentes de la educación sexual en México a un siglo de su creación: eugenesia y moral. *Elementos* [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 20];121:45-51. Available from: <https://elementos.buap.mx/directus/storage/uploads/00000005801.pdf>.
4. Organización mundial de la salud. (OMS). Sexual health. [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
5. Mendez E, Capón J, Rodríguez A, González R. Medicina de familia. *SERMEGEN* [Internet]. 2019 [cited 2024 Sep 20];154(45). Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359300735787>
6. López V, Capetillo J. Aportes de Sigmund Freud al estudio de las perversiones. *Historia y Grafía, Universidad Iberoamericana* [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20]. 54:155-192. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hg/n54/1405-0927-hg-54-155.pdf>
7. Ooterhuis H. Freud and Albert Moll: how kindred spirits became bitter foes. *Sage journals* [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20];31(3): 294-310. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0957154X20922130>,
8. Lang B. Normal enough? Krafft-Ebing, Freud, and homosexuality *Sage journals* [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 20];34(2). Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0952695120982815>
9. Morgado I, Guerra L, González Y, Coello N, Wert F. Algunas consideraciones teóricas en Sexología. [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/tprofesores2024/profesores2024/paper/viewFile/905/1404>
10. Mora S. Havelock Ellis (1859-1939): homenaje a un pionero de la psicología sexual de la Inglaterra victoriana en el 75 aniversario de su muerte. [Internet]. 2014 [cited 2024 Sep 24]. Available from: <https://journals.copmadrid.org/historia/art/82ca5dd156cc926b2992f73c2896f761>
11. Ramírez- Coronel A, Martínez -Suárez P, Mesa- Cano I, Minchala- Urgilés R, Ramírez- Coronel M, et al. Reseña histórica de Michel Foucault (1926-1984): concepto de ciencia e incidencia en la Psicología. *Sociedad venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica* [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 21];39(6):740-743. Available from: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4406598>
12. Rodríguez-Rubio A, Quintero-Vega D, Acosta-Aceved So V. Representaciones sociales y su relación con la percepción de satisfacción sexual en estudiantes universitarios [Internet]. 2022 [Traba-

- jo de pregrado, Universidad Santo Tomás Colombia]. Repositorio Institucional 2021 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/52754/9789587611397.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Ochoa E, Prieto M, Cruz E. Ser o no ser sexólogo: de la reinvidincación [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 20]; 3(4). Available from: <https://doi.org/10.38186/difcie.34.02>
 14. Stechschulte S. "Through Rainbow-Colored Glasses: Overcoming Bisexual Oppression through LGBTQ+ Press," Historical Perspectives: Santa Clara University Undergraduate Journal of History [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20]; 25(11). Available from: <https://scholarcommons.scu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1199&context=historical-perspectives>
 15. Estupinya P. La ciencia del sexo 2020. [Internet] [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.smu-gerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Estupinya-Pere-Sex2-La-Ciencia-Del-Sexo.pdf>
 16. Hite S, Hinchliff S. The New Hite Report: The Revolutionary Report on Female Sexuality Updated. Sexualities, Evolution & Gender [Internet]. 2004 [cited 2024 Sep 20]; 185-207. Available from: <https://doi.org/10.1080/1461666042000303224>
 17. Janssen D. Sex/Gender: Did John Money Borrow the Distinction from Leland Earl Hensie? Archives of Sexual Behavior [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20]; 49: 2223-2226 Available from: <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01767-y>
 18. Hyde J, Mezulis A. Gender Differences in Depression: Biological, Affective, Cognitive, and Sociocultural Factors [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20]; 28(1): 51-65. Available from: <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000230>
 19. Noa L, Creagh Y, Soto O, Wilson D. El deseo sexual femenino. Un tema de interés para todos. Revista Información Científica [Internet]. 2014 [cited 2024 Sep 20]; 85(3): 514-525. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757675014>
 20. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. Journal of sex & Marital therapy [Internet]. 2000 [cited 2024 Sep 20]; 21(1): 51-65. Available from: <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
 21. Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. España: Síntesis S.A; 2000. Chapter 1. Aspectos psicobiológicos de la sexualidad; p.13-25.
 22. World Health Organization. Developing sexual health programmes A framework for action [Internet]. 2010 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 23. Araujo K, Prieto M. Estudios sobre sexualidades en América Latina [Internet]. 2008 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/107751-opac>
 24. Martínez-Salazar A, Escorcía-Caballero R. Tendencias en la investigación sobre educación sexual. Duazary [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 20]; 20(2): 28-39. Available from: <https://doi.org/10.21676/2389783X5355>
 25. Bianco F. Sexology Definition and concepts Theory of the physiological variant of sex and its function a proposal 1991. 2da. versión. Distrito Capital, Venezuela: Editores Individuales 3.
 26. Formental S. Apuntes teóricos conceptuales en la construcción histórica y sociocultural sexualidad. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 20]; 19(3). Available from: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/download/273/149>
 27. Rubio E. Lo que todo clínico debe saber de Sexología. Amssac asociación [Internet]. 2014 [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Lo-que-todo-clinico.pdf>
 28. Serón T, Catalán M. Identidad de Género y Salud Mental. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 26]; 59(3): 234-247. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000300234&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300234>.
 29. Espinoza F. La prevención del abuso sexual contra niños y niñas en entornos educativos del Distrito Metropolitano de Quito desde el enfoque de derechos humanos [Internet]. 2021. [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8314/1/T3609-MDHAL-Espinoza-La%20prevencion.pdf>
 30. Araujo K, Prieto M. Estudios sobre sexualidades en América Latina. Ecuador: FLACSO; 2008 Chapter 1. Identidades en revisión; p.109.

31. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia[Internet]. 2018 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>
32. Ministerio de Salud Pública Ecuador (MSP). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021[Internet]. 2017 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021>
33. Ferreira E. Equality policies and intersections of gender and sexuality: the role of academic research. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*[Internet]. [cited 2024 Sep 26];11(1):49-71 Available from: <http://dx.doi.org/10.17583/generos.8087>

Violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Onofre-Rodríguez Dora Julia

<https://orcid.org/0000-0003-1214-9761>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Nuevo León,
México
donofre64@yahoo.com.mx

Coronado-Becerril Josué

<https://orcid.org/0009-0009-0939-2243>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Nuevo León,
México
josue.100093@hotmail.com

Garza-Elizondo María Eugenia

<https://orcid.org/0000-0001-9181-7136>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Nuevo León,
México
maru5711@hotmail.com

Correspondencia:

Onofre-Rodríguez Dora Julia
donofre64@yahoo.com.mx

Recibido: 16 de mayo 2024

Aceptado: 05 de julio 2024

Resumen

Introducción: La vulnerabilidad individual y social experimentada por parejas del mismo sexo da lugar a dinámicas de violencia de pareja, distintas a la de parejas heterosexuales. Estas diferencias son atribuibles a factores como presión social, estigma y a dinámicas de poder en las relaciones del mismo sexo.

Objetivo: Determinar cómo la violencia de pareja en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se relaciona con las conductas sexuales de riesgo para el VIH.

Material y Métodos: Diseño descriptivo correlacional, con Muestreo Dirigido por Entrevistados (MDE), incluyó 224 hombres mayores de 18 años que tienen relaciones sexuales con hombres, y que tuvieron coito oro genital y/o coito anal insertivo, receptivo o ambos, en los últimos 12 meses. Se utilizó la escala de Violencia de Pareja en Hombres Gay y Bisexuales y la de Conducta sexual en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple con método de eliminación Backward.

Resultados: La media de edad fue de 31,80 (DE = 9,00), el 73,7% (IC 95%; 68, 79) han experimentado algún tipo de Violencia de Pareja, el 46,4% (IC 95%; 40, 53) se identifica como víctima y el 25,9% (IC 95%; 20, 32) como perpetrador. El modelo de regresión lineal múltiple resultó significativo (F [5,218] = 11,19; p < 0,001; R2 = 0,20), y explica el 18,6% de la varianza.

Conclusiones: La violencia de pareja influye en las conductas sexuales de riesgo para el VIH en los HSH, especialmente a través de violencia emocional y conductas de monitoreo.

Palabras Clave: Conducta sexual; hombres que tienen sexo con hombres; violencia de pareja; virus de inmunodeficiencia humana

Intimate partner violence and sexual risk behaviors for HIV in men who have sexual relations with men

Abstract

Introduction: The individual and social vulnerability experienced by same-sex couples gives rise to dynamics of intimate partner violence, different from that of heterosexual couples. These differences are attributable to factors such as social pressure, stigma, and power dynamics in same-sex relationships.

Objective: Determine how intimate partner violence in men who have sex with men is related to sexual risk behaviors for HIV.

Material and Methods: Descriptive correlational design, with Respondent-driven sampling (RDS), included 224 men over 18 years of age who have sexual relations with men, and who had oral genital intercourse and/or insertive, receptive anal intercourse, or both, in the last 12 months. The Intimate Partner Violence in Gay and Bisexual Men scale and the Sexual Behavior in men who have sexual relations with men scale were used. A Multiple Linear Regression Model was performed with Backward elimination method.

Results: The mean age was 31,80 (SD = 9,00), 73,7% (95% CI; 68, 79) have experienced some type of Intimate Partner Violence, 46.4% (95% CI; 40, 53) identify as a victim and 25.9% (95% CI; 20, 32) as a perpetrator. The multiple linear regression model was significant (F [5,218] = 11,19; p < 0,001; R2 = 0,20) and explained 18.6% of the variance.

Conclusions: Intimate partner violence influences sexual risk behaviors for HIV in MSM, especially through emotional violence and monitoring behaviors.

Key words: sexual behavior; men who have sex with men; intimate partner violence; human immunodeficiency virus

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 49, Número 3, Año 2024
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Cómo citar este artículo: Onofre-Rodríguez DJ, Coronado-Becerril J, Garza-Elizondo ME. Violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH en Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 sept [cited]; 49(3): 13-22. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6768>



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International License

Introducción

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) representa una de las principales cargas para los sistemas de salud pública a nivel mundial. Hasta el año 2023, había 39,9 millones de personas que vivían con el virus en todo el mundo, y se registraron 1,3 millones de nuevos casos, además, cerca de 5,4 millones de personas desconocían que vivían con el VIH, y sólo el 77% de las personas afectadas tuvo acceso al tratamiento. Se registraron 630 mil muertes asociadas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) al cierre del 2023¹. En México, desde el inicio de la epidemia y hasta abril del 2024 se registraron 375 296 casos de VIH/sida, y para el Estado de Nuevo León, se contabilizaron 12 859 casos².

De acuerdo con datos de ONUSIDA (2024)¹ más de la mitad de las infecciones por el VIH a nivel mundial se encuentran entre los grupos de población clave y sus parejas sexuales, los cuales constituyen una pequeña proporción de la población general, pero tienen un riesgo extremadamente alto de infección por el VIH. Uno de estos grupos son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), ya que a nivel mundial representan el 54% de las nuevas infecciones por el VIH, y son el subgrupo más afectado por este virus, ya que tienen 22% más probabilidad de adquirirlo en función de sus conductas sexuales.

En años recientes, se ha documentado que las conductas sexuales de riesgo de los HSH son a través del coito oro genital (receptivo 61,7% e insertivo 62,5%) y anal (receptivo 21,2% e insertivo 39,3%)³ sin uso de condón en coito oro genital 29,2% y anal 49,1%⁴, sexo con múltiples parejas 56%,⁵ sexo transaccional, uso de drogas y alcohol antes de las relaciones sexuales 66,3% y la elección de parejas sexuales considerando el estado seropositivo al VIH (serosorting), así como el coito anal desprotegido intencionalmente (barebacking) e incluso la adquisición intencional del VIH (bugchasing)⁶. Esto sitúa a los HSH como una de las minorías más afectadas por infecciones de transmisión sexual (ITS), donde, a pesar de que se conocen las consecuencias de este tipo de comportamientos, influyen aspectos que van más allá de las relaciones sexuales, como la autoestima, la búsqueda de sensaciones sexuales significativas y la necesidad de conectar e intimar con otros HSH^{7,8}.

En otro orden de ideas, la violencia de pareja se refiere a todas las acciones de victimización/perpetración que atentan contra la integridad de la pareja, tales como maltrato físico, sexual, psicológico, así como comportamientos de monitoreo y control en HSH dentro de una relación íntima⁹.

Se ha mencionado que la violencia de pareja (VP) no es exclusiva de parejas heterosexuales, y que el ejercicio de poder se da en cualquier dirección de la diada sin importar su sexo, ni orientación sexual, de modo que se debe considerar que cualquiera de los miembros puede desempeñar el rol de perpetrador (quien inflige el daño), el de víctima (receptor del daño) o ambos roles al mismo tiempo¹⁰. Otros autores reportaron que en la población de HSH, el 19,4% ejerce violencia como perpetrador y el 14,9% es víctima de violencia¹¹. Además, la vulnerabilidad individual y social experimentada por minorías puede conducir a diversas dinámicas de relación de pareja con diferentes dimensiones de violencia, las cuales no siempre coinciden con las que se observan en parejas del mismo sexo⁹.

Se ha mencionado que la violencia de pareja (VP) no es exclusiva de parejas heterosexuales, y que el ejercicio de poder se da en cualquier dirección de la diada sin importar su sexo, ni orientación sexual, de modo que se debe considerar que cualquiera de los miembros puede desempeñar el rol de perpetrador (quien inflige el daño), el de víctima (receptor del daño) o ambos roles al mismo tiempo¹⁰. Otros autores reportaron que en la población de HSH, el 19,4% ejerce violencia como perpetrador y el 14,9% es víctima de violencia¹¹. Además, la vulnerabilidad individual y social experimentada por minorías puede conducir a diversas dinámicas de relación de pareja con diferentes dimensiones de violencia, las cuales no siempre coinciden con las que se observan en parejas del mismo sexo⁹.

Se ha identificado una asociación significativa entre varios tipos de violencia y comportamientos sexuales específicos. La violencia psicológica se relaciona con tener relaciones sexuales con una pareja estable (AOR = 2,53; 95% IC = 1,25 – 5,12; p < 0,01). La violencia sexual está asociada con haber tenido relaciones sexuales con trabajadores sexuales (AOR = 2,53; 95% IC = 1,19 – 5,39; p < 0,05). Además, cualquier tipo de violencia psicológica (VP) se relaciona con tener relaciones sexuales con parejas ocasionales (AOR = 1,72; 95% IC = 1,15 – 2,57; p < 0,01) y con un diag-

nóstico positivo de infecciones de transmisión sexual (ITS) (AOR = 1,80; 95% IC = 1,12 – 2,88; $p < 0,05$)¹².

Por otro lado, algunos estudios han reportado asociaciones adicionales: la experiencia de cualquier forma de VP se vincula con el número de parejas sexuales (IRR = 1,72; 95% IC = 1,10 – 2,68; $p = 0,017$); el número de parejas sexuales se asocia con la práctica de coito anal receptivo sin condón (IRR = 1,80; 95% IC = 1,03 – 3,14; $p = 0,040$); y el número de parejas sexuales también se relaciona con la práctica de coito anal insertivo sin condón (IRR = 1,61; 95% IC = 1,00 – 2,58; $p = 0,049$)¹³.

En este contexto, el objetivo del trabajo fue determinar cómo la violencia de pareja en HSH se relaciona con las conductas sexuales de riesgo para el VIH.

Además, se buscó identificar los tipos de violencia de pareja en HSH en función de la victimización/perpetración; así como examinar cómo estas conductas sexuales de riesgo varían según el tipo de relación de pareja de los HSH.

Material y métodos

El estudio tuvo un diseño descriptivo correlacional con una población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de Monterrey, México, mayores de 18 años, que reportaron haber tenido coito oro genital y/o anal insertivo, receptivo o ambos en los últimos 12 meses; se excluyeron a los participantes que eran trabajadores sexuales, además de los HSH que reportaron un estado serológico positivo al VIH, dado que en estos HSH las conductas sexuales de riesgo pueden verse influenciadas por el estigma de contagiar a sus parejas, o tienden a disminuir sus prácticas sexuales^{14,15}. La muestra consistió en 224 HSH reclutados mediante muestreo dirigido por entrevistados (MDE) y por conglomerados en redes sociales y de flirteo (Grindr, Facebook, Tinder, Badoo, Scruff). Inicialmente cinco HSH recibieron entrenamiento y recargas de tiempo aire para reclutar a otros participantes. Se realizaron tres olas de reclutamiento por semilla hasta alcanzar la muestra necesaria^{1,16-19}.

Se excluyeron de la muestra a trabajadores sexuales y HSH VIH positivos debido a posibles sesgos^{14,15}.

Se recolectaron datos sociodemográficos y sobre conductas sexuales, utilizando una ficha que

incluía edad, escolaridad, estado civil, número de parejas sexuales, tipo de pareja y estado serológico al VIH. También se aplicó la Escala de Violencia de Pareja en Hombres Gay y Bisexuales (IPV-GBM)^{9,20}, la escala mide las experiencias de victimización y perpetración de VP en hombres Gay y Bisexuales, estas experiencias de violencia se dividen en cinco dominios: violencia física, sexual, emocional, comportamientos de monitoreo, y de control. La escala se aplicó en español, por lo que fue necesaria su traducción del idioma inglés mediante el método de back translation descrito por Gray²¹. Se ha reportado un Alpha de Cronbach de 0,70⁹. Además, se empleó la Escala de Conducta Sexual en HSH²², esta última evaluando frecuencia y uso de condón en prácticas sexuales, con Alfa de Cronbach reportadas de 0,85¹⁹ y 0,89²³.

El estudio cumplió con lo establecido en la Ley General de Salud en Investigación y fue aprobado por los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (No. 19-CEI-004-20180614). Se garantizó el consentimiento informado y la confidencialidad.

La información se analizó con el programa estadístico, Statistical Package for the Social Science, versión 25. Se obtuvieron frecuencias simples relativas; para variables no categóricas se presentaron medidas de tendencia central (media, moda, mediana), medidas de variabilidad (varianza, desviación estándar, coeficiente de variación), y medidas de posicionamiento (valor mínimo y máximo). Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple, y se aplicó el método de eliminación Backward. Además de estimaciones puntuales mediante frecuencias relativas e IC 95%.

Resultado

Características sociodemográficas y de sexualidad

La edad de los participantes osciló entre 18 y 57 años ($\bar{x} = 31,80$; $DE = 9,00$). Con respecto al estado civil, 65,2% reportó ser soltero y 18,3% estar en unión libre. En relación con la escolaridad, se encontró que el 46% cuenta con preparatoria (segundo nivel) y 33% con licenciatura (tercer nivel) (Tabla 1).

En cuanto a las características de sexualidad, la media de edad del inicio de vida sexual fue de

17,75 ($DE = 2,50$), mientras la media de edad de la primera relación sexual con pareja masculina fue de 19,44 ($DE = 4,30$). Referente al tipo de pareja actual, el 32,1% señaló tener pareja estable, 33,9% parejas ocasionales y 33,9% ambas parejas. La media del número de parejas sexuales en el último año fue de 3,05 ($DE = 1,86$) (Tabla 2).

Violencia de pareja en HSH según victimización/perpetración

En relación con la frecuencia de violencia de pareja, se encontró que el 73,7% ($IC\ 95\%$; 68, 79) de los participantes han experimentado algún tipo de VP, el 46,4% ($IC\ 95\%$; 40, 53) se identifica como víctima y el 25,9% ($IC\ 95\%$; 20, 32) como perpetrador. Al analizar los diferentes tipos de violencia de pareja, la victimización por conductas de monitoreo fue la más frecuente (23,7%), seguida por la victimización por conductas de control (17,4%) y violencia emocional (17,4%). El tipo de perpetración más frecuente fue por violencia sexual (10,3%), seguido de perpetración de conductas de monitoreo (9,4%). Para cualquier experiencia de VP, el tipo de violencia más frecuente fue la emocional (40,6%), seguida de las conductas de monitoreo (24,6%) (Tabla 3).

Conductas sexuales de riesgo para el VIH por tipo de relación de pareja de los HSH

En relación con la frecuencia del tipo de prácticas sexuales con hombres, se observó que el coito oro genital receptivo (98,1%) e insertivo (95,2%) son los más practicados (Tabla 4).

Respecto a la frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales con pareja estable, se encon-

tró que más del 95% sostienen coito oro genital y el 80% anales, donde el uso del condón es inconsistente, siendo el coito oro genital receptivo la práctica donde menos se utiliza condón. En la frecuencia de uso de condón con pareja sexual ocasional, el coito anal insertivo (80,4%) y coito anal receptivo (82,6%) resultaron ser las prácticas sexuales más frecuentes donde no se utiliza condón. Referente a la frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales con trabajador sexual, se encontró que las prácticas sexuales más frecuentes sin uso de condón son el coito oro genital insertivo (28,6%), coito anal insertivo (28,6%), y coito oro genital receptivo (28,1%) (Tabla 5).

Con respecto a la violencia de pareja y las conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH, los resultados mostraron que haber experimentado algún tipo de violencia de pareja se asocia positivamente con conductas sexuales de riesgo, incluyendo la frecuencia de tener relaciones sexuales con hombres ($r_s = 0,429$, $p < 0,001$), la frecuencia de relaciones sexuales desprotegidas con pareja estable ($r_s = 0,313$, $p < 0,001$), con pareja ocasional ($r_s = 0,352$, $p < 0,001$), y con trabajador sexual ($r_s = 0,181$, $p < 0,001$). La relación entre los distintos tipos de violencia de pareja y las conductas sexuales de riesgo para el VIH se presentan en la tabla 6.

Violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH

El modelo de regresión lineal múltiple resultó significativo ($F_{[5,218]} = 11,19$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,20$), y explica el 18,6% de la varianza, lo que indica que los HSH que experimentan más conductas de monitoreo y violencia emocional tienen mayor probabilidad de tener conductas sexuales de riesgo (Tabla 7).

Tabla 1. Estado civil y escolaridad

	F	%
Estado civil		
Soltero	146	65,2
Casado	24	10,7
Viudo	4	1,8
Divorciado	5	2,2
Unión libre	41	18,3
Separado	4	1,8
Escolaridad		
Sin estudios	2	0,9
Primaria/secundaria	37	16,5
Preparatoria	103	46,6
Licenciatura	74	33,0
Posgrado	8	3,6

Tabla 2. Características de sexualidad de los hombres que tienen sexo con hombres

	\bar{x}	Mdn	DE	Min	Max
Edad a la que tuvieron la primera relación sexual	17,75	18,00	2,50	10	25
Edad de la primera relación sexual con pareja masculina	19,44	18,00	4,30	10	38
Número de parejas sexuales en el último año	3,05	3,00	1,86	1	10

Tabla 3. Frecuencia de los tipos de violencia de pareja en hombres que tienen relaciones sexuales hombres

Tipo de Violencia	f	%	IC 95%	
			LI	LS
Violencia física				
Víctima	37	16,5	12	21
Perpetrador	14	6,3	3	9
Cualquier experiencia de	20	8,9	85	93
Violencia sexual				
Víctima	33	14,7	10	19
Perpetrador	23	10,3	6	14
Cualquier experiencia de	32	14,3	10	19
Conductas de monitoreo				
Víctima	53	23,7	18	29
Perpetrador	21	9,4	6	13
Cualquier experiencia de	55	24,6	19	30
Conductas de control				
Víctima	39	17,4	12	22
Perpetrador	13	5,8	3	9
Cualquier experiencia de	26	11,6	7	16
Violencia emocional				
Víctima	39	17,4	12	22
Perpetrador	11	4,9	2	8
Cualquier experiencia de	91	40,6	34	47

Tabla 4. Frecuencia de relaciones sexuales con hombres

Tipo de práctica o actividad sexual	No he tenido este tipo de actividad sexual	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Coito oro genital insertivo	11 (4,9)	49 (21,9)	45 (20,1)	51 (22,8)	68 (30,4)
Coito oro genital receptivo	4 (1,8)	35 (15,6)	59 (26,3)	52 (23,2)	74 (33,0)
Coito anal insertivo	20 (8,9)	59 (26,3)	44 (19,6)	48 (21,4)	53 (23,7)
Coito anal receptivo	14 (6,3)	59 (26,3)	54 (24,1)	34 (15,2)	63 (28,1)

Tabla 5. Frecuencia del uso de condón en relaciones sexuales por tipo de pareja

Tipo de actividad sexual por pareja	No he tenido este tipo de actividad sexual	Siempre usamos condón	Con mucha frecuencia usamos condón	Con frecuencia usamos condón	A veces usamos condón	Nunca usamos condón
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
PE						
COI	11 (4,9)	28 (12,5)	4 (1,8)	1 (0,4)	27 (12,1)	153 (68,3)
COR	8 (3,6)	32 (14,3)	5 (2,2)	4 (1,8)	25 (11,2)	150 (67,0)
CAI	20 (8,9)	65 (30,8)	9 (4,0)	20 (8,9)	39 (17,4)	71 (31,7)
CAR	18 (8,0)	69 (30,8)	11 (4,9)	22 (9,8)	38 (17,0)	66 (29,5)
PO						
COI	36 (16,1)	30 (13,4)	8 (3,6)	20 (8,9)	40 (17,9)	90 (40,2)
COR	34 (15,2)	31 (13,8)	11 (4,9)	19 (8,5)	39 (17,4)	90 (40,2)
CAI	44 (19,6)	73 (32,6)	23 (10,3)	40 (17,9)	20 (8,9)	24 (10,7)
CAR	39 (17,4)	76 (33,9)	24 (10,7)	42 (18,8)	24 (10,7)	19 (8,5)
TS						
COI	160 (71,4)	13 (5,8)	20 (8,9)	11 (4,9)	8 (3,6)	12 (5,4)
COR	161 (71,9)	13 (5,8)	20 (8,9)	9 (4,0)	8 (3,6)	11 (4,9)
CAI	160 (71,4)	27 (12,1)	21 (9,4)	10 (4,5)	5 (2,2)	1 (0,4)
CAR	163 (72,8)	27 (12,1)	20 (8,9)	9 (4,0)	3 (1,3)	2 (0,9)

PE = Pareja estable, PO = Pareja ocasional, TS = Trabajador sexual, COI = Coito oro genital insertivo, COR = Coito oro genital receptivo, CAI = Coito anal insertivo, CAR = Coito anal receptivo.

Tabla 6. Violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH en HSH

Variables	CSR	FRSH	FUCPE	FUCPO	FUCTS
VP total	.429**	.359**	.313**	.352**	.181**
Violencia física	.266**	.211**	.187**	.292**	.050
Violencia sexual	.308**	.155*	.149*	.304**	.183**
Conductas de monitoreo	.357**	.342**	.299**	.247**	.168*
Conductas de control	.234**	.186*	.121**	.221**	.089*
Violencia emocional	.428**	.404**	.376**	.288**	.165*

VP = Violencia de pareja; CSR = Conductas sexuales de riesgo; FRSH = Frecuencia de relaciones sexuales con hombres; FUCPE = Frecuencia de uso de condón con pareja estable; FUCPO = Frecuencia de uso de condón con pareja ocasional; FUCTS = Frecuencia de uso de condón con trabajador sexual; ** p<.01; * p<.05.

Tabla 7. Dominios de la violencia de pareja en las conductas sexuales de riesgo para el VIH “Método Backward”

Conductas sexuales de riesgo	B	SE	Beta	P
Constante	36,14	2,00	-	.001
Violencia física	2,92	3,10	.072	.348
Violencia sexual	2,39	3,38	.062	.479
Conductas de monitoreo	5,85	3,00	.153	.052
Conductas de control	-1,39	3,14	-.035	.658
Violencia emocional	11,57	2,89	.295	.001

Discusión

En este trabajo se abordan aspectos tanto de violencia de pareja como de conducta sexual de riesgo para VIH en HSH. En relación con las características sociodemográficas, se encontró que

la mayoría de los participantes eran jóvenes^{12, 24, 25}. Estos resultados pueden deberse a que los HSH menores a 35 años se muestran más accesibles a participar en estudios por los recientes cambios sociales en la búsqueda de inclusión social experimentada en los últimos años, a la vez que

los HSH mayores de 35 años, pueden tener una aceptación de su sexualidad más abierta y tienden a permanecer en el anonimato. También puede deberse a que el uso de redes sociales y de flirteo es más popular entre jóvenes, mientras que en hombres mayores el uso de estas aplicaciones puede ser complejo. Por otro lado, el ser contactado por otros HSH puede dar mayor seguridad a la participación.

Respecto al estado civil, se encontró que la mayoría de los participantes eran solteros. Estos resultados pueden estar relacionados con la edad, ya que los HSH jóvenes aún no han definido completamente su sexualidad debido al estigma que experimentan, formando vínculos afectivos a edades más avanzadas, donde la aceptación de la sexualidad culmina y pueden plantearse tener una pareja. Referente a la escolaridad, la mayor parte de los participantes cuentan con un nivel medio-alto de estudios, entre preparatoria y educación superior (segundo y tercer nivel)¹². Esto puede estar relacionado a la escolaridad de las semillas iniciales, puesto que la mayoría contaba con estudios de licenciatura, culminando en un contacto en pares similar.

Las características de sexualidad mostraron que los HSH que participaron en este estudio comenzaron su vida sexual cerca de los 17 años, que el inicio de las relaciones sexuales con hombres fue alrededor de los 19 años, y presentaron un promedio de 3 parejas sexuales en el último año, similar a lo encontrado en el artículo de Wei, et al.⁹. En relación con estos datos, el inicio de las relaciones sexuales está asociado con factores como la necesidad de apoyo emocional y económico. Dado que el desarrollo social, emocional y psicológico aún está en proceso y está influenciado por factores culturales, y sumado a la falta de conocimiento sobre prácticas sexuales seguras entre los adolescentes, estos tienden a involucrarse en comportamientos sexuales de alto riesgo, lo que incrementa su vulnerabilidad al VIH^{26,27}.

Se observó que la mayoría de los participantes experimentaron algún tipo de VP, donde la victimización más frecuente fue la ejercida a través de conducta de monitoreo, conductas de control, violencia emocional, y violencia física, mientras que la perpetración más frecuente es de tipo sexual, seguida de la ejercida a través

de conductas de monitoreo. Cabe señalar que un hallazgo importante fue que los HSH de este estudio se identifican en mayor proporción como víctimas que como perpetradores con todos los tipos de pareja.

Los resultados respecto a la victimización son similares a los hallazgos de Stephenson y Finneran²⁵ y Wei, et al.⁹, quienes reportan que la victimización es mayormente de tipo emocional y se acompaña de conductas de monitoreo y control antes que la violencia física y sexual, sin embargo, discrepan de los de perpetración, donde se señaló que la perpetración es principalmente ejercida de forma emocional, seguida de las conductas de monitoreo y finalmente por violencia física y sexual. Los hallazgos en este estudio sobre la perpetración de VP podrían explicarse a través de la edad de los participantes, ya que la mayoría eran HSH jóvenes, los cuales son más vulnerables a sufrir experiencias de este tipo por la frecuente dependencia afectiva y económica en sus relaciones de pareja²⁶.

Por otra parte, se observó que la frecuencia de relaciones sexuales desprotegidas es más alta con la pareja estable, ocasional y con el trabajador sexual respectivamente. Los resultados son similares a lo reportado por Liu, et al.¹² y Wei, et al.⁹, quienes describen que las relaciones sexuales desprotegidas con parejas ocasionales son más frecuentes que con trabajadores sexuales, lo cual puede deberse a la concurrencia con que se tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales, formando conexiones afectivas que generan mayor confianza con ese tipo de pareja.

Un hallazgo importante en este estudio fue que el coito oro genital es la práctica sexual donde menos se utiliza condón en los tres tipos de pareja. Otros autores mencionan que el coito oro genital ha ganado popularidad entre los HSH como una conducta sexual segura capaz de sustituir a otras prácticas que conciben de mayor riesgo, siendo que el coito oro genital desprotegido también implica exponerse a contraer el VIH²⁸. Estudios que abordan las conductas sexuales de riesgo se centran en el coito anal receptivo e insertivo como la principal práctica sexual de riesgo, seguidas del número de parejas, uso de sustancias como alcohol y drogas, dedicarse al trabajo sexual y diagnóstico de ITS antes que en el coito oro genital y al tipo de pareja^{13,15, 29, 30}.

Se encontró que la violencia sexual, conductas de monitoreo y violencia emocional se relacionaron con la conducta sexual de riesgo en HSH, similar a lo encontrado en otros estudios, donde la VP se asocia las relaciones sexuales desprotegidas con parejas ocasionales y trabajadores sexuales, así como que la violencia física se asocia a tener relaciones sexuales con trabajadores sexuales, mientras que la violencia emocional con relaciones sexuales desprotegidas con parejas estables y ocasionales^{12, 13, 15, 24, 29, 30}. Estas relaciones pueden explicar cómo se presenta específicamente cada tipo de VP en función del tipo de pareja sexual, resultando que las violencias que se experimentan al interior de una relación estable y ocasional sean más frecuentemente de tipo emocional, monitoreo y control explicado por el dominio sobre el cónyuge, mientras que con parejas que se dedican al trabajo sexual sea más probable la violencia de tipo física y sexual por el tipo de servicio.

Conclusiones

La mayoría de los participantes en este estudio son jóvenes, con un nivel de estudios medio-alto, predominantemente solteros. Han comenzado su vida sexual y sus relaciones sexuales con hombres durante la adolescencia y tienen en promedio alrededor de tres parejas sexuales.

Más de la mitad de los participantes han experimentado algún tipo de violencia, siendo más frecuente la violencia relacionada con violencia emocional, conductas de monitoreo, y violencia física. La victimización es más común que la perpetración.

Se observa una alta inconsistencia en el uso de condón durante las relaciones sexuales orales y anales (receptivas e insertivas) con los diferentes tipos de pareja.

La VP se relaciona positivamente con las conductas sexuales de riesgo para el VIH de los HSH que participaron en el estudio. La violencia física y las conductas de monitoreo se relacionaron positivamente con las conductas sexuales de riesgo, frecuencia de prácticas sexuales con hombres y frecuencia de relaciones sexuales desprotegidas con pareja estable y ocasional, mientras que la violencia sexual, las conductas de control y la violencia emocional se relacionaron con la fre-

cuencia de tener prácticas sexuales de riesgo con hombres y la frecuencia de prácticas sexuales desprotegidas con los tres tipos de pareja.

En resumen, la violencia de pareja influye en las conductas sexuales de riesgo para el VIH en los HSH, especialmente a través de violencia emocional y conductas de monitoreo.

Los hallazgos de este estudio enriquecen la comprensión del fenómeno de la violencia de pareja y su impacto en las conductas sexuales de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En el país, los estudios sobre esta problemática son limitados, la información obtenida puede servir como base para investigaciones futuras, facilitando el desarrollo de intervenciones más efectivas para reducir la violencia en esta población.

Aprobación y consentimiento informado

El estudio se apegó por lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de Investigación vigente en México. Fue aprobado por los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (No. 19-CEI-004-20180614).

Contribución de autoría

Conceptualización: Dora Julia Onofre Rodríguez, María Eugenia Garza Elizondo.

Curación de datos: Josué Coronado Becerril.

Metodología: Dora Julia Onofre Rodríguez, María Eugenia Garza Elizondo, Josué Coronado Becerril.

Redacción-revisión y edición: Dora Julia Onofre Rodríguez, María Eugenia Garza Elizondo.

Validación: Dora Julia Onofre Rodríguez, María Eugenia Garza Elizondo.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a los participantes del estudio.

Financiamiento

Este artículo fue financiado por sus autores.

Referencias

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA. Hoja informativa – Estadísticas mundiales sobre VIH 2024 [Internet]. 2024. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
2. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe histórico VIH 1er. Trimestre, 2024. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/917597/VIH_DVEET_1erTrim_2024.pdf
3. Díaz GM. Comportamientos sexuales de un grupo de hombres de alto riesgo que tienen sexo con hombres en Lima - Perú. *Rev Psicol Hered*. 2012; 7:1-2.
4. López-Sánchez U, Onofre-Rodríguez DJ, Torres-Obregon R, Benavides-Torres RA, Garza-Elizondo M E. Hipermasculinidad y uso de condón en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres. *Health and Addictions*. 2021; 21:63-75
5. Cañellas S, Perez de la Paz J, Noguer I, Villaamil F, García M, Fuente L, et al. Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homo/bisexuales en la comunidad de Madrid. *Rev. Esp. Salud Publica [Internet]*. 2000 Feb [cited 2024 Ago 28]; 74(1). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-5727200000100004&lng=es.
6. Hernández R, Caudillo L, Flores ML. Efecto del consumo del alcohol y homofobia internalizada en la conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Jóvenes en la Ciencia*. 2017; 3: NE2, 373-376
7. Díaz YM, Orlando-Narváez SA, Ballester-Arnal R. Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Ciência Saúde Coletiva*. 2019; 24:1417-1426.
8. Estrada-Montoya JH. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2014; 13:26.
9. Wei D, Hou F, Hao C, Gu J, Dev R, Cao W, Liping P, Gilmour, S, Wang K, Li J. Prevalence of Intimate Partner Violence and Associated Factors Among Men Who Have Sex with Men in China. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019; 35(1):1-26.
10. Rojas-Solís JL, Guzmán-Pimentel M., Jiménez-Castro MP, Martínez-Ruiz L, Flores-Hernández BG. La violencia hacia los hombres en la pareja heterosexual: una revisión de revisiones. *Ciencia y sociedad*, 2019; 44(1):57-70.
11. Gómez OF, Barrientos D J, Guzmán M, Cárdenas M, Bahamondes J. Violencia de pareja en hombres gay y mujeres lesbianas chilenas: un estudio exploratorio. *Interdisciplinaria*. 2017; 34(1):57-72.
12. Liu Y, Zhang Y, Ning Z, Zheng H, Ding Y, Gao M, et al. Intimate partner violence victimization and HIV infection among men who have sex with men in Shanghai, China. *Bioscience trends*. 2018; 12(2):142-148.
13. Duncan DT, Goedel WC, Stults CB, Brady WJ, Brooks FA, Blakely JS, et al. A study of intimate partner violence, substance abuse, and sexual risk behaviors among gay, bisexual, and other men who have sex with men in a sample of geosocial-networking smartphone application users. *American journal of men's health*. 2018; 12(2):292-301.
14. Zamberia AM. Sexual activity and condom use among people living with HIV in Swaziland. *African Journal of AIDS Research*. 2009; 8(1):69-81.
15. Siemieniuk, Siemieniuk RA, Krentz HB, Miller P, Woodman K, Ko K, Gill MJ. The clinical implications of high rates of intimate partner violence against HIV-positive women. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2013; 64(1): 32-38.
16. Malekinejad M, Johnston LG, Kendall C, Kerr LRFS, Rifkin MR, Rutherford GW. Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings. A systematic review. *AIDS Behav*. 2008; 12:105-130.
17. Pitpitan EV, Goodman-Meza D, Burgos JL, Abramovitz D, Chavarin CV, Torres K, et al. Prevalence and correlates of HIV among men who have sex with men in Tijuana, Mexico. *Journal of the International AIDS Society*. 2015; 18:(1)1-7.
18. Torres O. Riesgo percibido y balance decisional hacia la prueba de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México. 2014.
19. Valdez C. Modelo de conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres (Doctoral dissertation, Facultad de Enfermería). 2015.

20. Stephenson R, Finneran C. The IPV-GBM scale: a new scale to measure intimate partner violence among gay and bisexual men. *PloS one*. 2013. 8(6), e62592
21. Gray J, Grove S, Sutherland S. *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (8va Ed). Missouri: Elsevier, 2017.
22. Valdez-Montero C, Rubia JM, Onofre-Rodríguez DJ, Benavides-Torres RA, Ahumada-Cortez JG. Validación de un inventario de conductas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres/Validation of an inventory of sexual behaviors in men who have sex with men/Validação de um inventário de comportamentos sexuais em homens que fazem sexo com homens. *Journal Health NPEPS*. 2018; 3(2):327-351.
23. García RH, Ortega LC, Arias MLF. Efecto del consumo de alcohol y homofobia internalizada en la conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Jóvenes en la Ciencia*. 2018; 3:373-376.
24. Davis A, Best J, Wei C, Luo J, Van Der Pol B, Meyerson B, et al. Intimate partner violence and correlates with risk behaviors and HIV/STI diagnoses among men who have sex with men and men who have sex with men and women in China. *A Hidden Epidemic. Sexually transmitted diseases* 2015; 42(7): 387.
25. Stephenson R, Finneran C. Receipt and perpetration of intimate partner violence and condom less anal intercourse among gay and bisexual men in Atlanta. *AIDS and Behavior*. 2017; 21(8): 2253-2260.
26. Fernández-Dávila P. En busca del “Príncipe azul”: patrones de relaciones de pareja y riesgo sexual en hombres gays y bisexuales jóvenes. *Sociología Histórica*. 2016; (6):179-222.
27. Verdecia IB, Acosta XC, Carrasco AA. Conocimiento, actitud y uso del condón en hombres que tienen sexo con hombres. *Archivos del Hospital Universitario General Calixto García*; 2015; 3(1).
28. Orgaz MJ, Herruzo N. Chancro extragenital en paciente homosexual. *Atención primaria* 2020; 52(2): 131–132.
29. Dunkle KL, Wong FY, Nehl EJ, Lin L, He N, Huang J, et al. Male-on-Male Intimate Partner Violence and Sexual Risk Behaviors Among Money Boys and Other Men Who Have Sex with Men in Shanghai, China. *Sexually Transmitted Diseases*. 2013; 40(5):362–365.
30. Wilkerson JM, Di Paola A, Rawat S, Patankar P, Rosser BS, Ekstrand ML. Substance Use, Mental Health, HIV Testing, and Sexual Risk Behavior Among Men Who Have Sex with Men in the State of Maharashtra, India. *AIDS Education and Prevention*. 2018; 30(2):96-107.

Autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual para prevenir VIH/sida en jóvenes indígenas

Márquez -Vega María Aracely

<https://orcid.org/0000-0003-3218-5815>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Nuevo León,
México
aracely.marquezvg@uanl.edu.mx

Balché-Chuc Jorge Enrique

<https://orcid.org/0009-0000-3449-5193>
Hospital General de Zona, Unidad de
Medicina Familiar No.1 “Dr. Abraham
Azar Farah”, Campeche, México
jorge16bal@gmail.com

Correspondencia:

Márquez -Vega María Aracely
aracely.marquezvg@uanl.edu.mx

Recibido: 03 de junio 2024

Aceptado: 23 de agosto 2024

Resumen

Introducción: en 2020, 37,7 millones de personas vivían con VIH en el mundo, con 1,5 millones de nuevas infecciones y 680,000 muertes relacionadas. Los jóvenes, que representan el 27% de las nuevas infecciones, enfrentan un alto riesgo. La falta de educación y el inicio temprano de la vida sexual son factores que aumentan las conductas de riesgo, mientras que la autoeficacia y la asertividad sexual son elementos clave para la prevención de infecciones.

Objetivo: determinar la relación de autoeficacia del uso de condón y asertividad sexual para la prevención de VIH/sida en jóvenes de una comunidad indígena que tienen vida sexual activa.

Material y métodos: estudio descriptivo correlacional con una muestra final de 219 participantes; 133 fueron hombres y 86 mujeres. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados y discusión: se obtuvo un promedio de edad de 17,53 años, escolaridad de bachillerato, de los cuales el 73,1% solo estudia y el 26,9% estudia y trabaja, el 41,1% refiere tener padres que hablan una lengua indígena. La media de edad de inicio de vida sexual activa (IVSA) fue de 15,89 años, así como una media de número de parejas sexuales a la fecha de 1,9, el 70,3% refirió tener pareja actualmente y el 30,1% manifestó llevar más de seis meses con su pareja actual.

Conclusión: se concluye que la relación entre la autoeficacia de uso de condón y la asertividad sexual ($rs=0,89$) tienen una relación positiva, y el inicio de vida sexual activa cada vez es a edades más tempranas.

Palabras clave: autoeficacia; condones; asertividad; sexualidad; enfermedades de transmisión sexual, pueblos indígenas

Self-efficacy of condom uses and Sexual Assertiveness to Prevent HIV/AIDS in Indigenous Youth

Abstract

Introduction: in 2020, 37.7 million people were living with HIV worldwide, with 1.5 million new infections and 680,000 related deaths. Young people, who account for 27% of new infections, face a high risk. Lack of education and early initiation of sexual life are factors that increase risk behaviors, while self-efficacy and sexual assertiveness are key elements for preventing infections.

Objective: to determine the relationship between self-efficacy of condom use and sexual assertiveness for the prevention of HIV/AIDS in young people from an indigenous community who have an active sexual life.

Material and methods: descriptive correlational study with a final sample of 219 participants; 133 were men and 86 women. Descriptive and inferential statistics were used.

Results and discussion: an average age of 17.53 years was obtained, high school education, of which 73.1% only studies and 26.9% studies and works, 41.1% report having parents who speak an indigenous language. The average age at the beginning of active sexual life (IVSA) was 15.89 years, as well as an average number of sexual partners to date of 1.9, 70.3% reported currently having a partner and 30.1% stated they had been having a partner for more than six months. with your current partner.

Conclusion: it is concluded that the relationship between condom use self-efficacy and sexual assertiveness ($rs=0.89$) has a positive relationship, and the beginning of an active sexual life is increasingly at younger ages.

Keywords: self-efficacy; condoms; assertiveness; sexuality; sexually transmitted diseases; indigenous peoples.

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 49, Número 3, Año 2024
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Cómo citar este artículo: Márquez -Vega MA, Balché-Chuc JE. Autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual para prevenir VIH/sida en jóvenes indígenas. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 sept [cited]; 49(3):23-31. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6786>



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International License

Introducción

A nivel mundial durante el año 2020, 37,7 millones de personas vivían con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo, 1,5 millones de personas contrajeron la infección por el VIH, 680 000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), 79,3 millones de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia, 36,3 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia. Mientras que para el cierre de junio de 2021 solamente 28,2 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral¹.

Los jóvenes componen el 16% de la población mundial, pero representan el 27% de las nuevas infecciones por el VIH en el 2020. Se estima que el 44% de los jóvenes con VIH no saben que están infectados. La prueba es el primer paso para conocer el estado serológico respecto al VIH y acceder al tratamiento. Sin embargo, solo el 35% de los jóvenes de 18 a 25 años y el 25% de los estudiantes de secundaria con experiencia sexual se han realizado alguna vez una prueba de VIH¹.

En América Latina, el número de casos nuevos de infección por el virus del VIH registró un incremento de 21% del 2010 al 2019, de acuerdo con información dada a conocer por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)². De acuerdo con datos recientes disponibles, el número de casos nuevos al año ha seguido subiendo y pasó de 100 000 en el 2010 a 120 000 en el 2019 en América Latina.

Durante el año 2020 en México se registraron 4 573 decesos debido a la enfermedad ocasionada por el VIH, de los cuales 3 815 (83%) correspondieron a defunciones en hombres y 758 (17%) en mujeres. La tasa de mortalidad por esta causa es de 3,62 personas por cada 100 mil habitantes; 6,19 en el caso de los hombres (por cada 100 mil hombres) y 1,17 para las mujeres (por cada 100 mil mujeres)³.

En México el VIH se adquiere principalmente entre los 15 y 29 años, del total de los casos registrados del VIH/sida el 30,7% corresponde a la población joven, siendo la vía sexual el principal medio de transmisión en el 96,3% de los casos¹. Las prácticas sexuales

de riesgo suelen ser muy frecuentes en los jóvenes, situación que puede comprometer la salud sexual y reproductiva y ocasionar daños a nivel psicológico y social⁴. Autores refieren que los jóvenes inician relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas, aspecto que ha sido relacionado a prácticas sexuales de riesgo como la no utilización o uso inconsistente del preservativo. El incremento de estas infecciones se deriva de la práctica sexual insegura, ya que el 97% de los casos diagnosticados han sido por transmisión sexual, ya que las conductas sexuales de riesgo incrementan la probabilidad de infección por VIH u otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)⁵.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)³ hasta el año 2020, en México 23,2 millones de personas de tres años y más se auto identifican como indígenas, lo que equivale al 19,4% de la población total de ese rango de edad; el 51,4 % (11,9 millones) son mujeres y el 48,6% (11,3 millones) son hombres. En México los pueblos indígenas comparten un perfil demográfico, es decir prevalecen índices bajos de alfabetización, educación, menor acceso a las oportunidades económicas, a los servicios de salud, conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva originando infecciones de trasmisión sexual, así como un subregistro de mortalidad y morbilidad.

El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de una manera muy importante la vida de las y los jóvenes. Se han identificado numerosos factores condicionantes básicos de riesgo que influyen en la aparición de las ITS, como son la edad, sexo, inicio de vida sexual activa (IVSA), múltiples parejas sexuales, pobreza, disfunción familiar, falta de conocimientos y el uso no consistente del preservativo; generando con esto, no solo afectación a su salud sino también repercusiones a nivel psicológico, económico y social².

Dos factores de protección que pueden explicar las situaciones sexuales de riesgo son la autoeficacia para el uso del condón y la asertividad sexual, el primero se define como la percepción que el joven tiene de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz y así prevenir el sida⁶, y el segundo es definido como la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables⁷.

La percepción de autoeficacia es otro aspecto que en estudios se vincula al uso consistente del condón tanto en mujeres como en hombres; por ejemplo, se han reportado correlaciones positivas entre la autoeficacia en el uso del condón y el uso de este en las relaciones sexuales de jóvenes. Una estrategia que puede servir en la reducción de las conductas sexuales de riesgo es la asertividad sexual, pues se relaciona con diversos aspectos de la respuesta sexual y por ende con la salud sexual. El asertividad sexual (AS) es un elemento esencial en la sexualidad humana, se define como la capacidad de las personas para iniciar, rechazar la actividad sexual y emplear métodos anticonceptivos; está consolidada en base al derecho humano de la autonomía, la cual asume que todos los individuos tienen el mismo derecho de elegir sobre su propia experiencia y actividad sexual. La asertividad sexual funciona como un factor de protección ante conductas sexuales de riesgo, las cuales pueden hacer más probable la incidencia de ITS⁸.

Pavia, et al⁹ describió que, en México, la epidemia del sida en el área rural e indígena es más reciente, presentando un crecimiento exponencial debido a la falta o dificultad de acceso a la información, a servicios de salud y condiciones de precariedad, aunado al incremento del fenómeno de la migración, en busca de mejores opciones de vida. Reartes^{10,11} menciona que, en las comunidades indígenas, las relaciones entre los géneros han evolucionado por los cambios políticos, económicos y religiosos, que ocasionan nuevas formas de socialización. Por su parte, Terán, et al.¹² recomiendan que antes de implementar una intervención es necesario comprender la perspectiva y los conocimientos que la población tiene sobre el cuidado de la salud, para diseñar la intervención de acuerdo con sus creencias y costumbres tomando en cuenta sus preocupaciones e involucrando a las personas de las comunidades, en las comunidades indígenas se suma el desconocimiento que se tiene respecto a la conceptualización del riesgo. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la autoeficacia del uso de condón y asertividad sexual para la prevención de VIH/sida en jóvenes indígenas.

Material y Métodos

Estudio de corte transversal descriptivo-correlacional¹³, para explicar la relación entre autoeficacia para el uso de condón, asertividad sexual y

determinar el grado en que estas variables que están relacionadas. La población estuvo conformada por 600 adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre 15 a 22 años de una preparatoria ubicada en una comunidad indígena de México el reclutamiento se llevó a cabo durante el periodo de febrero-abril del 2023. El tamaño de la muestra fue calculado a través del paquete estadístico G Power 3.1, considerando una tasa de no respuesta del 20% y un nivel de significancia de 0,05, para una muestra final de 219 adolescentes y jóvenes. Se incluyeron jóvenes de 15 a 22 años, que se encuentran matriculados al plan de estudios de un Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario y se excluyeron a jóvenes que se encontraban casados o en unión libre y que no se identifiquen como indígena. Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, en donde se preguntaron las siguientes variables; edad, sexo, ocupación, edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales y se identifica como parte de una comunidad indígena.

En la escala de autoeficacia para el uso de condón, se midió a través de seis dimensiones; evitar riesgo multifacético (evadir las relaciones sexuales en diferentes situaciones si no se cuenta con un condón); colocación del condón (uso del condón oportuno y adecuado a pesar del momento de la relación sexual-excitación); persuasión verbal (convencimiento de la pareja sobre el uso del condón); condones erotizantes (confianza que se tiene para usar el condón disfrutando la experiencia con la pareja sexual de manera divertida); persuasión bajo la influencia del alcohol u otra sustancia (utilización del condón a pesar del influjo del alcohol u otra sustancia) y disponibilidad de condón (mantener condones disponibles para cada relación sexual).

Respecto al Cuestionario de Asertividad Sexual contiene 25 ítems calificados utilizando una escala de Likert de cinco puntos que van desde "Siempre (0)" a "Nunca (4)". Las preguntas 3, 4, 5, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 22 y 23 se puntúan de forma inversa (Siempre=4 y Nunca=0). Los posibles puntajes de las pruebas van de 0 a 100 con puntajes más altos que indican una mayor asertividad sexual, mientras que las puntuaciones más bajas mostraron menor asertividad sexual.

Consideraciones éticas: Previo a iniciar con la recolección de datos, se obtuvo la autorización del

Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-M-1907 en Noviembre/2022). Se obtuvo el consentimiento informado individual de cada joven y a los adolescentes menores de edad el consentimiento informado para su padre, madres y/o tutor para autorización de su participación.

Posteriormente se asistió al Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario en el cual se solicitó el listado de los alumnos y grupos para identificar el número total de alumnos. Después esta información fue ingresada al programa Microsoft Excel para obtener de manera aleatoria a los alumnos que contaron con una edad comprendida entre 15 a 22 años que cumplieron con los criterios de inclusión, se realizó una visita con autoridades del colegio, seleccionó a los alumnos de las aulas correspondientes, se verificó la información y se procedió a explicar a los jóvenes el motivo de la visita, la importancia y los objetivos de estudio. Se proporcionó a cada joven el consentimiento informado y a los adolescentes menores de edad el consentimiento informado para su padre, madres y/o tutor para autorización de su participación, al término del llenado de los instrumentos los adolescentes y jóvenes entregaron sus instrumentos de aplicación y se les agradeció su participación en el estudio.

Resultados

La población estuvo conformada por 219 adolescentes y jóvenes con una media de 17,53 años ($DE = 1,05$) con un rango de edad de 15 y 22 años, respectivamente, mostrando mayor participación los jóvenes de 17 años (43,4%). En referencia a las características de los participantes (tabla 1) el 60,7%, fueron hombres, del total de los participantes el 73,1% refirió dedicarse únicamente a estudiar mientras que el 26,9% estudia y trabaja. En referencia si tienen pareja el 70,3% refirió tener pareja actualmente, y el tiempo actual con su pareja fue menor de tres meses 20%, 20% más de tres meses con su pareja, el 30,1% refirió llevar más de seis meses con su pareja, y el 20,7% sin pareja. Por último, respecto a la percepción de los jóvenes como comunidad indígena se incluyó la pregunta si alguno de los padres habla alguna lengua indígena de los cuales el 58,4% refirió que ninguno de sus padres habla una lengua indígena; sin embargo, se consideró a la población final como parte de una comunidad indígena por la zona geográfica en donde se encuentran los planteles, las características de población, así como la presencia de la lengua maya como lengua dominante entre las comunidades visitadas, las actividades ganaderas y de cultivo, y las costumbre y tradiciones que permanecen en las comunidades.

Tabla 1. Características de los participantes

Características	f	%
Sexo		
Hombres	133	60,7
Mujeres	86	39,3
Ocupación		
Estudia	160	73,1
Estudia y trabaja	59	26,9
Actualmente tiene pareja		
Si	154	70,3
No	65	29,7
Tiempo actual con pareja		
Menos de 3 meses	44	20,0
Más de 3 meses	44	20,0
Más de 6 meses	66	30,1
Sin pareja	65	20,7
Padres que hablan lengua indígena		
Si	91	41,6
No	128	58,4
Total	219	100

Tabla 2. Matriz de Correlaciones entre Variables

Variable		Autoeficacia de uso de condón	Asertividad sexual	Inicio de vida sexual activa
Autoeficacia de uso de condón	r_s p		0,35 (,001)**	0,08 (0,19)
Asertividad Sexual	r_s p	0,35 (,001)**		0,00 (0,93)
Inicio de Vida Sexual Activa	r_s p	,08 (,191)	,00 (,938)	

r_s = Coeficiente de Correlación de Spearman, n= 219

Tabla 3. Factores personales y dimensiones de la autoeficacia de uso de condón

Variable	Colocación del condón	Uso del preservativo	Asertividad sexual
	r_s p	r_s p	r_s p
IVSA	0,95 (0,163)	0,10 (0,126)	0,41 (0,219)
Parejas sexuales	0,02 (0,768)	-0,09 (0,896)	0,52 (0,445)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Tabla 4. Factores personales y dimensiones de la asertividad sexual

Variable	Inicio	Rechazo	Embarazo y ETS	Uso de condón
	r_s p	r_s p	r_s p	
IVSA	0,97 (0,115)	0,03 (0,650)	-0,02 (0,682)	-0,02 (0,761)
Parejas sexuales	-0,08 (0,232)	-0,14 (0,030)	0,92 (0,219)	0,90 (0,219)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

De acuerdo a la confiabilidad de los instrumentos utilizados, se determinó por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo una confiabilidad en el instrumento; autoeficacia de uso de condón ($\alpha = 0.94$) y asertividad sexual ($\alpha = 0.80$), los cuales se consideran aceptables.

En cuanto a las características sexuales de los jó-

venes la edad de inicio de vida sexual activa de los participantes tuvo una media de 15,89 años (DE = 1,29), con un rango de edad entre 11 y 20 años. En cuanto al número de parejas sexuales la media fue de 1,9 (DE = 1,39).

Adicionalmente los datos descriptivos se encuentran en los siguientes hallazgos; de acuerdo con

los resultados el 42% consideró estar totalmente de acuerdo con poder decir que no al sexo con una nueva pareja si no tuvieran un condón, aún si desearan tener una relación. El 44,3% manifestó estar totalmente de acuerdo con poder evitar situaciones que puedan llevar al sexo no seguro (tener dos o más parejas sexuales, prostitución, influjo del alcohol u otras drogas) cuando no tienen un condón. El 50,2% manifestó estar totalmente de acuerdo en evitar drogarse o ponerse ebrio cuando sabe que va a tener sexo, por la probabilidad de no darse cuenta si utiliza o no el condón. El 53,4% manifestó estar totalmente de acuerdo en que siempre puede usar un condón, aun si se encontrara en la situación de pagar para tener relaciones sexuales. El 47% manifestó estar totalmente de acuerdo con poder ponerse un condón por sí mismo o por su pareja y disfrutar de la experiencia.

En relación a asertividad sexual se observa que el 76,3% de los jóvenes nunca práctica actividades sexuales que no le gustan, el 68,5% nunca tiene relaciones sexuales si su pareja insiste a tener relaciones sin utilizar condón o barrera de látex, incluso cuando no quisiera. El 52,5% de las jóvenes refirió nunca tener relaciones sexuales sin condón o barrera de látex si a su pareja no le gusta usarlos y que nunca deja que su pareja le toque los genitales, aunque su pareja le presione.

A continuación, se presentan la relación entre la autoeficacia del uso de condón y asertividad sexual, en la Tabla 2 se muestra que existe una correlación positiva y significativa entre la autoeficacia para el uso de condón y la asertividad sexual, y en cuanto al inicio de vida sexual activa no se muestra relación con la autoeficacia con el uso de condón y asertividad sexual.

En relación a la autoeficacia de uso de condón e inicio de la actividad sexual y parejas sexuales en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena, en la tabla 3 se muestra que no existe relación entre las variables.

Para identificar la relación entre asertividad sexual y el inicio de vida sexual y parejas sexuales en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena, en la Tabla 4 se muestra que existe una relación negativa entre la dimensión de asertividad sexual de rechazo y el número de parejas sexuales ($r_s = -0,147$, $p = 0,030$).

Discusión

En relación con el propósito de estudio entre la relación de autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual, la relación coincide con lo encontrado por Uribe, et al.,¹⁴ que establece que la práctica sexual protegida en jóvenes o el uso consistente del condón durante las prácticas sexuales tanto en mujeres como en hombres jóvenes está vinculada al desarrollo de habilidades de comunicación, a la capacidad para percibirse seguros y seguras, además de tener autoeficacia en el uso del condón en sus encuentros sexuales, en este estudio si bien los jóvenes demostraron una autoeficacia de uso de condón con puntajes sobre la media del instrumento no fue de igual manera para el instrumento de asertividad sexual, pudiendo ser un factor importante en la diferencia de estos estudios la edad de los participantes, siendo de este estudio más jóvenes y estando en una comunidad indígena.

En cuanto a la experiencia sexual respecto a la edad de inicio de vida sexual activa y el número de parejas sexuales poco menos de la mitad de la población reportó ser sexualmente activa, de igual forma poco menos de la mitad de los participantes son sexualmente activos y el 43,2% de los participantes manifestó tener relaciones sexuales en los últimos 30 días con una persona que no fuera su pareja actualmente. Estos resultados concuerdan con lo descrito por Kalolo et al.,¹⁵ quien reporta en un estudio llevado a cabo en adolescentes rurales, poco menos de la mitad de los participantes son sexualmente activos, además de no haber utilizado condón en su última relación sexual, demostrando que las relaciones sexuales sin empleo de métodos de barrera siguen siendo común entre los adolescentes y jóvenes.

En lo referente a la relación de autoeficacia de uso de condón e inicio de vida sexual activa se encontró similitud en un estudio llevado a cabo por Chambers et al.,¹⁶ que concluyó que los participantes sin experiencia sexual reportaron mayores niveles de autoeficacia de uso de condón, observando resultados similares en este estudio en que menor edad de inicio de vida sexual activa se reportan mayores niveles de autoeficacia de uso de condón, mientras que los niveles de asertividad sexual son menores, en cambio a mayor edad de inicio de vida sexual activa se reportan menores

niveles de autoeficacia de uso de condón pero mayores niveles de asertividad sexual.

En relación entre asertividad sexual inicio de la actividad sexual y parejas sexuales en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena, los resultados sobre asertividad sexual son similares a los reportados por Uribe et al¹⁴, quien encontró altos niveles de asertividad sexual y autoeficacia de uso de condón para prevención de infecciones de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo. En este sentido, la asertividad sexual funciona como factor de protección ante las conductas sexuales de riesgo.

Conclusiones

Entre mayor es el número de parejas sexuales el inicio de vida sexual activa es menor. No hubo relación entre la asertividad sexual y el inicio de vida sexual activo. La autoeficacia de uso de condón y la asertividad sexual son factores que contribuyen en el desarrollo de una vida sexual saludable, lo que conlleva a la prevención de infecciones de transmisión sexual como lo es el VIH, que sigue siendo hoy en día una de las principales problemáticas entre los jóvenes dado su inicio de vida sexual cada vez a edades más tempranas, el desconocimiento del uso adecuado del condón así como de la asertividad sexual durante sus relaciones en pareja formales o casuales.

En cuanto a las características de la población se identifica que a menor edad de inicio de vida sexual mayor será la autoeficacia de uso de condón, pero también el número de parejas sexuales a la fecha, sucediendo lo contrario, a mayor edad de inicio de vida sexual activa menor será la autoeficacia de uso de condón, pero mayor el índice de asertividad sexual.

Se pueden considerar los resultados de este estudio para desarrollar programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, el VIH/sida como una de las infecciones de transmisión sexual primordiales, y las conductas sexuales de riesgo a través de programas de concientización y de información sobre asertividad sexual.

La información hasta el momento sugiere que múltiples factores se encuentran involucrados

en comportamientos complejos más allá de los factores a nivel individual. El presente estudio se desarrolló de tal manera contribuya como antecedente para futuros estudios en comunidades indígenas, teniendo diferencias con una comunidad citadina, y en la que influyen factores diferentes como la geografía, costumbres y tradiciones, uso y alcance de las tecnologías de comunicación.

En cuanto a las limitaciones del estudio el acercamiento a estos planteles fue complicado dada la naturaleza de las preguntas, sin embargo, a través del diálogo con los directivos de los diferentes planteles se logró obtener los permisos necesarios, recalando que son muy pocos los estudios de esta índole que han sido llevados a cabo en poblaciones de comunidad indígena. La aceptación por parte de los alumnos fue satisfactoria, se mostraron interesados en participar en el estudio y pudieron contestar de manera adecuada, cabe resaltar que un alumno hombre se acercó a preguntar si él podía contestar las preguntas, dado que su pareja es hombre y las preguntas hacen referencia a parejas convencionales de hombre mujer, esto es importante tomarlo en cuenta en futuros estudios.

Se recomienda llevar a cabo más estudios en comunidades de características similares con el empleo de datos cuantitativos y cualitativos a través de estudios mixtos que ayuden a comprender mejor el fenómeno de asertividad sexual y autoeficacia de condón entre los adolescentes y jóvenes, así como creación de programas comunitarios efectivos sobre educación sexual en adolescentes indígenas.

Aprobación y consentimiento informado

La investigación y acta de consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Contribución de autoría

Conceptualización: María Aracely Márquez Vega, Jorge Enrique Balche Chuc

Curación de datos: Jorge Enrique Balche Chuc

Metodología: María Aracely Márquez Vega

Reacción-revisión y edición: María Aracely Márquez Vega

Validación: María Aracely Márquez Vega

Conflicto de intereses

No existe ningún tipo de conflicto de intereses que declarar en el presente artículo.

Agradecimientos

A los adolescentes, jóvenes y directivos del plan-

tel educativo; Bachillerato Tecnológico Agropecuario en donde se llevó a cabo la recolección de datos por las facilidades brindadas para llevar a cabo el presente estudio.

Financiamiento

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONAHCyT).

Referencias

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. 2021[cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de Transmisión Sexual. OMS.Org[Internet] 2021. [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.oms.org>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) [Internet].2021[cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.inegi.org.mx>
4. Figueroa L, Figueroa L, García L, Soto D. Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. 2019 Oct 9;23(6):954–68.
5. Losa-Castillo RI, González-Losa MDR. Conductas sexuales en adolescentes en una escuela secundaria en Mérida, Yucatán, México. *Revista Biomédica*. 2018 Sep 14;29(3).
6. López-Rosales F, Moral-de la Rubia J. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México* [Internet] 2001 [cited 2024 Jul 19];43(5):421–32. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500006
7. Morokoff PJ, Quina K, Harlow LL, Whitmire L, Grimley DM, Gibson PR, et al. Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology* [Internet]1997[cited 2024 Jul 19];73(4):790–804. Available from: <http://www.psychwiki.com/dms/other/labgroup/Measufsdbsdbger345resWeek1/Marliyn/Morokoff1997.pdf>
8. Santos Iglesias P, Sierra Freire JC. El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International journal of clinical and health psychology* [Internet]. 2010 [cited 2024 Jul 19];10(3):553–77. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3330194>
9. Pavía-Ruz N, Góngora-Biachi R, Vera-Gamboa L, Moguel-Rodríguez W, González-Martínez P. Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Revista Biomédica* [Internet]. 2012 [2024 Jul 19];23(2):53–60. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36556>
10. Reartes DL. La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos* [Internet]. 2011 [cited2024 Jul 19];(35):59–74. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100005
11. Reartes DL. Trayectorias sexuales y reproductivas de jóvenes migrantes indígenas de Chiapas, México / Sexual and reproductive transitions in indigenous migrant youths from Chiapas, México. (En) clave Comahue *Revista Patagónica de Estudios Sociales* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jul 19];(21):43–70. Available from: <https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/revistadelafacultad/article/view/1316>
12. Terán-Hernández M, Díaz-Barriga F, Cubillas-Tejeda AC. Diagnóstico de salud y percepción de riesgos, elementos clave para una propuesta de intervención en comunidades indígenas en México. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jul 19];39:106–14. Available

from: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2016.v39n2/106-114/>

- 13.Gray JR, Grove SK. Burns and grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 9th ed. Elsevier; 2021.
- 14.Uribe JI, Bahamón MJ, Ruíz LR, Trejos AM, Alarcón-Vásquez Y. Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*. 2017;20(1):203–20.
- 15.Kalolo A, Kibusi S. The influence of perceived behavior control, attitude and empowerment on reported condom use and intention to use condoms among adolescents in rural Tanzania. *Reproductive Health* [Internet]. 2015[cited 2024 Sep 5]:12.105. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0097-5>
- 16.Chambers RS, Rosenstock S, Lee A, Goklish N, Larzelere F, Tingey L. Exploring the Role of Sex and Sexual Experience in Predicting American Indian Adolescent Condom Use Intention Using Protection Motivation Theory. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2018[cited 2024 Sep 5].12;6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00318>. PMID: 30483489; PMCID: PMC6240587.

Aceptabilidad de una intervención para uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena en México

Ramirez-Espinobarros Yesenia

<https://orcid.org/0000-0001-7877-8689>
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.
yese.ramiespino@gmail.com

Meneses-Tirado María de los Ángeles

<https://orcid.org/0000-0002-0707-4032>
Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México.
angeles.meneses@correo.buap.mx

Dimmitt-Champion Jane

<https://orcid.org/0000-0001-8220-5154>
Escuela de Enfermería, Universidad de Texas, Austin. USA.
jdcchampion@mail.nur.utexas.edu

Doncel-de la Colina Juan Antonio

<https://orcid.org/0000-0002-7779-027X>
Centro de Estudios Interculturales del Noreste, Universidad Regiomontana, Monterrey, Nuevo León, México.
jdoncel@yahoo.es

Correspondencia:

Ramirez-Espinobarros Yesenia
yese.ramiespino@gmail.com

Recibido: 31 de mayo 2024

Aceptado: 2 de septiembre 2024

Resumen

Introducción: el embarazo a temprana edad sigue siendo un problema de salud pública, debido a las complicaciones que se pueden presentar, por lo que los adolescentes son un grupo vulnerable debido a la etapa de transición, donde se presentan prácticas como la falta anticonceptivos en las relaciones sexuales lo que conlleva a un embarazo no deseado.

Objetivo: evaluar la aceptabilidad de la intervención Pasos Responsables diseñada para el uso de anticonceptivos en adolescentes de una comunidad indígena en México.

Material y métodos: ensayo piloto con un grupo experimental y control, el cual incluyó 84 adolescentes de ambos sexos de 12 a 19 años. La aceptabilidad se evaluó mediante la tasa de abandono, carga de la participación y satisfacción con la intervención.

Resultados: se obtuvo una tasa de abandonos del 48% y el 73% de los participantes mostraron carga durante su participación durante las sesiones. En cuanto a la satisfacción los puntajes aumentaron conforme a las sesiones.

Conclusión: el estudio mostró que la intervención resultó aceptable de acuerdo con la satisfacción de los participantes, sin embargo, la carga de la participación fue alta y también hubo pérdidas durante la realización del estudio.

Palabras claves: adolescentes; población indígena; anticonceptivos; estudio de intervención

Acceptability of an intervention for contraceptive use among adolescents in an indigenous community in Mexico

Abstract

Introduction: pregnancy at an early age continues to be a public health problem due to the complications that can occur. Adolescents are a vulnerable group due to the transition stage, where practices such as the lack of contraceptives in sexual relations lead to unwanted pregnancy.

Objective: to evaluate the acceptability of the Responsible Steps intervention designed for the use of contraceptives in adolescents in an indigenous community in Mexico.

Material and methods: pilot trial with an experimental and control group, which included 84 adolescents of both sexes aged 12 to 19 years. Acceptability was evaluated through dropout rate, burden of participation and satisfaction with the intervention.

Results: a dropout rate of 48% was obtained and 73% of the participants showed burden during their participation during the sessions. In terms of satisfaction, the scores increased as the sessions progressed.

Conclusions: the study showed that the intervention was acceptable according to the satisfaction of the participants, however, the burden of participation was high and there were also losses during the study.

Key words: adolescents; indigenous population; contraceptives; intervention study.

Introducción

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, que aumenta el riesgo de eclampsia, bajo peso al nacer, muerte fetal y diversas anomalías congénitas, así mismo repercute negativamente en las esferas familiar, social y educativa de las adolescentes^{1,2}. Se ha reportado que a nivel mundial la tasa de nacimientos es de 41,3 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 y 19 años. En el caso de América Latina se siguen reportando las tasas de nacimientos más altas con 51,4 por cada 1000 adolescentes¹. En México la tasa de nacimientos es de 60,3 por cada mil adolescentes de 15 a 19 años³. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Guerrero es uno de los estados de México con mayor incidencia de embarazos adolescentes reportando una tasa de nacimientos es de 6,6 por cada mil adolescentes⁴.

De acuerdo con la evidencia la falta de uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales en la adolescencia puede ocasionar embarazos no planeados, por lo que los adolescentes representan un grupo vulnerable por la etapa de transición de la adolescencia hacia la edad adulta, marcada por importantes cambios psicológicos, cognitivos y sociales que influyen en su desarrollo futuro. Así mismo la falta de educación sexual es una de las causas de los embarazos no planeados, en México en la población indígena se estima que el 48,6% de los embarazos en mujeres indígenas de 15 a 19 años fueron no deseados o no planeados, principalmente debido al uso inconsistente o no uso de anticonceptivos⁵.

Por lo que es necesario la participación del personal del área de la salud, particularmente a través de intervenciones de enfermería con actividades educativas de prevención enfocados a programas específicos de sexualidad en adolescentes⁶. En este caso existen intervenciones que han sido evaluadas mediante ensayos aleatorizados y controlados, como Project IMAGE la cual es una intervención conductual cognitiva con el objetivo de reducir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) llevado a cabo en adolescentes afroamericanas y mexicoamericanas con antecedentes de abuso e ITS⁷. Así mismo intervenciones como ¡Cuidate! la cual tiene como objetivo reducir el comportamiento sexual de riesgo del VIH y embarazos no planea-

dos en adolescentes mexicanos⁸ y finalmente Conéctate es una intervención que va enfocada a la prevención de conductas sexuales de riesgo para VIH/sida en adolescentes⁹. Sin embargo, no incluyen otros métodos anticonceptivos y no han sido desarrolladas en población indígena. Por lo que el abordaje en este contexto se utilizó una intervención basada en evidencia que incluyó elementos considerando las características de la población.

Por lo anterior en la implementación de una intervención es necesario evaluar la aceptabilidad, la cual se refiere a la aceptación de la intervención por parte de los participantes para explorar los aspectos que son aprobados y aquellos que se deben mejorar¹⁰. En este sentido, el estudio tuvo como objetivo evaluar la aceptabilidad de la intervención Pasos Responsables (PaRe) diseñada para uso de anticonceptivos en adolescentes de comunidad indígena en México.

Material y métodos

Se llevó a cabo un ensayo piloto de junio 2023 a marzo 2024, con dos grupos PaRe y control, con técnica de cegamiento simple ciego, con ocho semanas de seguimiento. Se incluyeron adolescentes de 15 a 19 años de dos instituciones educativas de nivel bachillerato de una comunidad indígena en el estado de Guerrero, México. La muestra fue de 84 adolescentes por grupo, donde se aleatorizaron las dos instituciones educativas asignando el número 1 al grupo experimental.

Se incluyeron en el estudio adolescentes de ambos sexos que se identificaron como indígenas inscritos en una institución de nivel bachillerato; se excluyeron las adolescentes embarazadas y aquellos que reportaron estar casados y casadas. Finalmente se eliminaron los adolescentes que no completaron las sesiones de la intervención y que no respondieron más del 80% de los instrumentos.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-D-1924). Además, se contó con la aceptación y firma del asentimiento informado para los participantes menores de edad y consentimiento informado de los padres o tutores.

Para fines del estudio sólo se reportan los datos relacionados con el grupo experimental.

La intervención PaRe consistió en dos sesiones grupales de 120 minutos cada una y una sesión individual de 60 minutos, la cual se entregó cara a cara en la institución educativa y en visita domiciliaria, el cual abarcó diversos temas, incluyendo los métodos anticonceptivos.

La aceptabilidad de la intervención se evaluó a través de la tasa de aceptación, la tasa de abandono, la carga de la participación y satisfacción con la intervención. Donde la tasa de aceptación se calculó mediante el porcentaje de los participantes que aceptaron pertenecer al estudio sobre el total de participantes que cumplieron con los criterios de inclusión; la tasa de abandono se determinó mediante el porcentaje de los participantes que no completaron el seguimiento. La carga de la participación se refiere al esfuerzo requerido de los participantes en la intervención¹¹, la cual se evaluó mediante las notas de campo durante la implementación de las sesiones. Finalmente, la satisfacción con la intervención se midió mediante una Escala de Aceptabilidad con 15 ítems que evalúa el agrado de las actividades, duración de las sesiones y opinión acerca del consejero cuenta con opciones de respuestas tipo Likert de 0 = no me agradó a 10= me agradó bastante; del mismo modo se exploró la percepción de los participantes a través de tres preguntas con relación a las sesiones entregadas. Para el análisis de los datos se aplicó estadística descriptiva, incluidas medidas de frecuencia relativa y tendencia central.

Resultados

Con relación a las características sociodemográficas de los participantes el promedio de edad fue de 16,40 años (DE= 0,90), el 67,92% de los participantes estudiaba; así mismo predominó el sexo femenino con el 52,83%. Con relación a la tasa de aceptación de PaRe fue del 78,57% y una tasa de abandono del 48,00%, (Tabla 1); donde las principales razones de abandono fueron la falta de disponibilidad de tiempo por el trabajo con el 28,00% y el 20,00% por actividades escolares.

En lo que refiere a la carga de participación el 73,00% de los participantes de PaRe mostraron carga durante su participación en las sesiones; donde el 48,60% realizaron actividades simultáneas como actividades académicas (Tabla 2).

En relación con la satisfacción de la primera sesión fue de 9,65 (DE = 0,86); el cual se incrementó en la segunda sesión a 10 (DE = 0,00) y en la tercera sesión fue de 9,53 (DE = 0,85). Finalmente, en la exploración de la percepción de los participantes con relación a las sesiones entregadas, las respuestas se analizaron mediante el software MAXQDA versión 2020. Donde los participantes mencionaron lo siguiente “muy interesante y bueno para aprender más sobre cómo cuidarnos aparte de saber las funciones, causas, ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo, P45”.

Tabla 1. Tasa de abandono de la intervención

Tiempo	PaRe (n= 84)	
	%	95%
Posterior a la primera sesión	100,00	37,74 – 48,26
Seguimiento	52,00	18,78 – 72,98

%= porcentaje. IC= intervalo de confianza

Tabla 2. Carga de participación

Características del contexto	Pare (n= 98)	
	f	%
Participantes que mostraron carga durante la participación	72,00	73,00
Actividades simultaneas		
Actividades académicas	48,00	48,60
Trabajo	25,00	25,50

“Me gustó cuando decía que nos debemos de proteger nuestra salud, también hablamos sobre dispositivos intrauterino hormonal, implante, inyectables, pastillas, parche, píldora de emergencia, anillo vaginal etc., P5”.

“Tener más información para analizar y comprender más lo que es bueno y malo y tener información de cómo cuidarnos y respetarnos unos a los otros, etc., P29”.

“no embarazarse a temprana edad y debemos cuidarnos para que podamos seguir nuestras metas, P49”.

Discusión

En lo que refiere al promedio de edad de los participantes los resultados difieren con Jemcott et al., ya que en su estudio obtuvieron una edad promedio menor de las participantes¹²; para la ocupación de los participantes, los resultados coinciden con Andrade et al., y Taylor, en donde ambos estudios los participantes fueron estudiantes ya que las intervenciones se realizaron en un ámbito escolar^{13,14}.

Así mismo se encontró que el porcentaje de aceptación de la intervención PaRe fue buena, sin embargo, la carga de los participantes fue alta y la tasa de abandono de los participantes con respecto a las pérdidas durante la implementación del estudio se puede considerar adecuado; el abandono se le atribuyó a la pérdida de contacto con los participantes, es decir el no continuar participando en el estudio; donde las principales razones fueron la baja escolar y la falta de disponibilidad debido al trabajo, no obstante, las pérdidas de los participantes en el estudio no siempre se relacionan con la aceptabilidad de las intervenciones¹¹; estos hallazgos muestran la necesidad de la implementación de estrategias en conjunto con el personal de la institución para incentivar a los participantes a continuar con sus estudios y no abandonar la escuela, esto de algún modo podría minimizar las pérdidas de los participantes en estudios futuros.

Los resultados de la intervención PaRe muestran que las consejerías para la promoción sobre anti-conceptivos fueron aceptadas por los adolescentes, lo cual se debe que el programa incluyó información precisa y acorde a las necesidades de los adolescentes¹⁵, lo que permitió la participación y

continuidad con el programa, esto es similar en el estudio realizado por Widnan et al., donde más de la mitad de los participantes mencionaron que el programa fue de su agrado, aprendieron sobre el mismo y lo recomendarían con sus amistades¹⁶; así mismo Cornelius et al., reportaron que los participantes de la intervención manifestaron estar satisfechos con el programa por los conocimientos adquiridos, resaltando la importancia de educar a los jóvenes¹⁷. De acuerdo con los resultados y la experiencia de los participantes se mostró que la intervención resultó aceptable para los participantes donde la mayoría mostró agrado por la intervención; lo cual se relaciona con uno de los elementos que evalúa la aceptabilidad de una intervención, donde a través de un análisis de la percepción de los participantes se determina si la intervención es apropiada para aproximarse al problema de interés de una manera razonable y adecuada para su implementación, este aspecto se utiliza para probarse en la práctica y comúnmente en estudios piloto¹⁸.

Conclusión

La intervención Pasos Responsables mostró aceptabilidad, esto se reflejó en el aumento de las puntuaciones de la satisfacción de las sesiones, así mismo los participantes resaltan la relevancia y utilidad del programa que cumplió con sus expectativas, esto significa un paso importante en esta población ya que se visualizó el interés de los adolescentes sobre la importancia de recibir educación sexual en la etapa en la que se encuentran. En relación a la tasa de abandono y la carga de participación indican que fue complejo mantener el compromiso y minimizar la tensión de los participantes debido a las actividades que tuvieron a la par con las sesiones, pese a los desafíos la respuesta fue positiva para la intervención. Por lo que se sugiere implementar estrategias basadas en evidencia enfocadas a la experiencia con adolescentes para motivar a los participantes logrando menores tasas de abandono en un estudio de mayor escala.

Contribución de autoría

Conceptualización: Yesenia Ramirez Espinobarros, María de los Ángeles Meneses Tirado.

Curación de datos: Yesenia Ramirez Espinobarros, Juan Antonio Doncel de la Colina, María de

los Ángeles Meneses Tirado.

Metodología: María de los Ángeles Meneses Tirado, Yesenia Ramirez Espinobarros, Jane Dimmitt Champion.

Redacción-revisión y edición: Yesenia Ramirez Espinobarros, María de los Ángeles Meneses Tirado, Jane Dimmitt Champion, Juan Antonio Doncel de la Colina.

Validación: Yesenia Ramirez Espinobarros, María de los Ángeles Meneses Tirado, Jane Dimmitt Champion, Juan Antonio Doncel de la Colina.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tec-

nologías (CONAHCYT), por la beca de posgrado otorgada para la primera autora y facilitó el desarrollo del presente estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Este trabajo se financió con el apoyo del Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT).

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [Internet]. 2024 [cited 2024 May 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Maheshwari MV, Khalid N, Patel PD, Alghareeb R, Hussain A. Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. *Cureus* [Internet]. 2022 [cited 2024 May 14];14(6):e25921. Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.25921>
3. Secretaría de Gobernación. Desciende más de 16 por ciento la tasa de fecundidad de adolescentes [internet]. 2023 [cited 2024 May 14]. Available from: <https://www.gob.mx/segob/prensa/desciende-mas-de-16-por-ciento-la-tasa-de-fecundidad-de-adolescentes-en-2023?idiom=es>
4. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Razón y tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años 1990 a 2022, y características sociodemográficas de las menores y de los progenitores de 1990 a 2021, a nivel nacional y por entidad federativa [Internet]. 2023 [cited 2024 May 14]. Available from: <https://datos.gob.mx/dataset/salud-sexual-y-reproductiva/resource/d8dbd346-ca39-421e-a3c8-c54f1ce6e230>
5. Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva (DGESP). Necesidades de atención en la población indígena [Internet]. 2019 [cited 2024 May 14]. Available from: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Poblacion_adolescente_indigena.pdf
6. Gómez-Suárez M, Mello MB, Gonzalez MA, Ghidinelli M, Pérez F. Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean: systematic review of the literature. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2019 [cited 2024 May 14];22(4) e25273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jia2.25273>. PMID: 30958638; PMCID: PMC6452919.
7. Champion JD, Collins JL. Comparison of a theory-based (AIDS Risk Reduction Model) cognitive behavioral intervention versus enhanced counseling for abused ethnic minority adolescent women on infection with sexually transmitted infection: results of a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012 [cited 2024 May 14];49(2):138-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.010>.
8. Gallegos EC, Villarruel AM, Loveland-Cherry C, Ronis DL, Zhou Y. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México* [Internet]. 2008 [cited 2024 May 14];50(1):59-66. ISSN: 0036-3634. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650109>
9. Castillo-Arcos LC. Intervención por internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/Sida [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Nuevo León [Internet]. 2012 [cited 2024 May 14]. Available from: <https://eprints.uanl.mx/2641/>
10. Sidani S, Braden C. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Wiley Blackwell; 2011.

11. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2017[cited 2024 May 14];17(1):88. Available from: [http://dx.doi.org/ 10.1186/s12913-017-2031-8](http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8).
12. Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT, Morales KH. Effectiveness of an HIV/STD risk-reduction intervention for adolescents when implemented by community-based organizations: a cluster-randomized controlled trial. *Am J Public Health*[Internet]. 2010[cited 2024 May 14];100(4):720-6. Available from: [http://dx.doi.org/ 10.2105/AJPH.2008.140657](http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.140657). PMID: 20167903; PMCID: PMC2836337.
13. Andrade HH, Mello MB, Sousa MH, Makuch MY, Bertoni N, Faúndes A. Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. *Cad Saude Publica*[Internet]. 2009[cited 2024 May 14];25(5):1168-76. Available from: [http://dx.doi.org/ 10.1590/s0102-311x2009000500023](http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000500023). PMID: 19488501.
14. Taylor M, Jinabhai C, Dlamini S, Sathiparsad R, Eggers MS, De Vries H. Effects of a teenage pregnancy prevention program in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health Care Women Int*[Internet]. 2014 [cited 2024 May 14];35(7-9):845-58. Available from: [http://dx.doi.org/ 10.1080/07399332.2014.910216](http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2014.910216). PMID: 24750172.
15. Melendro M, de Juanas A, Rodríguez A. Déficit en la intervención socioeducativa con familias de adolescentes en riesgo de exclusión. *Revista Bordón. Sociedad Española de Pedagogía*[Internet]. 2016[cited 2024 May 14]; 69(1), 123-138. Available from: [http://dx.doi.org/ 10.13042/Bordón.2016.48596](http://dx.doi.org/10.13042/Bordón.2016.48596)
16. Widman L, Golin CE, Kamke K, Massey J, Prinstein MJ. Feasibility and acceptability of a web-based HIV/STD prevention program for adolescent girls targeting sexual communication skills. *Health Educ Res*[Internet]. 2017[cited 2024 May 14];32(4),343-352. Available from: [http://dx.doi.org/ 10.1093/her/cyx048](http://dx.doi.org/10.1093/her/cyx048).
17. Cornelius JB, Dmochowski J, Boyer C, St Lawrence J, Lightfoot M, Moore M. Text-messaging-enhanced HIV intervention for African American adolescents: a feasibility study. *J Assoc Nurses AIDS Care*[Internet]. 2013[cited 2024 May 14]; 24(3):256-67. Available from: [http://dx.doi.org/ 10.1016/j.jana.2012.06.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2012.06.005). PMID: 23122907; PMCID: PMC3627821.
18. Garizábalo-Dávila CM, Rodríguez-Acelas AL, Cañon-Montañez W. Usefulness of Acceptability and Feasibility Assessment in Studies of Nursing Interventions. *Invest. Educ. Enferm*[Internet]. 2023[cited 2024 May 14];41(1). Available from: [http://dx.doi.org/ 10.17533/udea.iee.v41n1e02](http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e02)

Relación entre el conocimiento sobre la utilización del condón y su uso en adultos jóvenes

Gómez-Melasio Dafne Astrid

<https://orcid.org/0000-0002-2608-1350>
Universidad Autónoma de Coahuila,
Unidad Saltillo, Facultad de Enfermería,
Saltillo, México
dafne.gomez@uadec.edu.mx

Pérez-Briones Nancy Griselda

<https://orcid.org/0000-0001-6903-4039>
Universidad Autónoma de Coahuila,
Unidad Saltillo, Facultad de Enfermería,
Saltillo, México
naperezb@uadec.edu.mx

Cano-Verdugo Guillermo

<https://orcid.org/0000-0002-4905-1939>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Odontología, Nuevo León,
México
guillermocano_verdugo@hotmail.com

Leija-Mendoza Alejandra

<https://orcid.org/0000-0001-6806-8915>
Universidad Autónoma de Coahuila,
Unidad Saltillo, Facultad de Enfermería,
Saltillo, México
alejandraleijamendo@uadec.edu.mx

Hernández-Martínez Eva Kerena

<https://orcid.org/0000-0001-8180-8818>
Universidad Autónoma de Coahuila,
Unidad Saltillo, Facultad de Enfermería,
Saltillo, México
kerenahernandez@uadec.edu.mx

Correspondencia:

Pérez-Briones Nancy Griselda
naperezb@uadec.edu.mx

Recibido: 13 de mayo 2024
Aceptado: 15 de agosto 2024

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 49, Número 3, Año 2024
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública mundial. El uso correcto y sistemático del condón ha demostrado ser el método de protección más efectivo contra las ITS, sin embargo, la literatura muestra cifras bajas respecto a su uso.

Objetivo: Identificar la relación entre el conocimiento sobre la utilización del condón y su uso en adultos jóvenes

Material y métodos: Se utilizó un diseño descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 969 adultos jóvenes mexicanos.

Resultados: El 73,4% fueron mujeres. La media de edad fue de 38,98 años (DE = 5,39). El 33,1% de los participantes habían tenido diez o más parejas sexuales a lo largo de su vida, y el 31,3% dos parejas sexuales en los últimos 12 meses. En cuanto al conocimiento de la utilización del condón, el 33,4% de los participantes considera que se puede poner el condón en cualquier momento de la relación sexual. Referente al uso del condón, el 8,2% de los participantes nunca había utilizado condón. El 29,3% nunca y 40,5% a veces insisten en usar condón cuando tienen relaciones sexuales. Se encontró relación positiva entre el conocimiento sobre la utilización del condón y su uso en adultos jóvenes ($r_s = .172, p < .05$).

Conclusiones: Los hallazgos del presente estudio reflejan el problema del no uso del condón y la debilidad de aspectos referentes a su uso correcto. El conocimiento de la utilización del condón se relacionó con su uso, indicando que, a mayor conocimiento, mayor uso del condón en los adultos jóvenes.

Palabras clave: conocimiento; condones; adulto joven; infecciones de transmisión sexual.

The association between knowledge of condom use and its practice among young adults

Abstract

Introduction: Sexually transmitted infections (STIs) are a world public health problem. The correct and consistent use of condoms has been shown to be the most effective method of protection against STIs; however, the literature shows low figures for condom use.

Objective: To identify the relationship between knowledge about condom use and condom use in young adults.

Material and methods: A descriptive correlational design was used; the sample consisted of 969 young Mexican adults.

Results: 73.4% were women. The mean age was 38.98 years (SD = 5.39). Of the participants, 33.1% had had ten or more sexual partners in their lifetime, and 31.3% had had two sexual partners in the last 12 months. Regarding knowledge of condom use, 33.4% of the participants considered that condoms could be used at any time during sexual intercourse. Regarding condom use, 8.2% of the participants had never used a condom. Of these, 29.3% never and 40.5% sometimes insist on using a condom when they have sexual intercourse. Positive relationship was found between knowledge of condom use and condom use ($r_s = .172, p < .05$).

Conclusions: The findings of the present study reflect the problem of non-use of condom and weakness of aspects concerning its correct use. Knowledge of condom use was related to condom use, indicating that the greater the knowledge, the greater the condom use in young adults.

Keywords: knowledge; condoms; young adults; sexually transmitted infections.

Cómo citar este artículo: Gómez-Melasio DA, Pérez-Briones NG, Cano-Verdugo G, Leija-Mendoza A, Hernández-Martínez EK. Relación entre el conocimiento sobre la utilización del condón y su uso en adultos jóvenes. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 sept [cited]; 49(3):38-43. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6758>

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema para la salud pública mundial¹ por las repercusiones que traen consigo para la salud de las personas que las padecen². Las ITS se propagan principalmente por contacto sexual, y las mujeres en edad reproductiva, pueden transmitir las a sus hijos durante el embarazo, el parto y la lactancia¹.

Se estima que, en el 2020 cerca de 374 millones de personas adquirieron alguna de las siguientes ITS curables, clamidia 129 millones, blenorragia 82 millones, sífilis 7,1 millones y tricomoniasis 156 millones¹. En cuanto a las infecciones virales incurables, de acuerdo con datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida³ en el 2020, 37,7 millones de personas vivían con el VIH, se diagnosticaron 1,5 millones de casos nuevos y 680 mil personas murieron por enfermedades asociadas con el sida.

Respecto al virus del papiloma humano (VPH), más de 300 millones de mujeres son portadoras del virus. El VPH provocó 570 mil casos de cáncer de cuello uterino en 2018, y 311 mil defunciones por dicha enfermedad¹. El cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604 mil nuevos casos y 342 mil muertes en 2020⁴.

En 2016, casi un millón de embarazadas tuvieron sífilis y esta infección causó complicaciones en alrededor de 350 mil partos, entre ellas 200 mil muertes del feto o el recién nacido¹. Las ITS tienen efectos directos en la salud sexual y reproductiva a través de la estigmatización, la infertilidad, el cáncer y las complicaciones del embarazo además pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH¹.

Las ITS pueden presentarse en cualquier persona sexualmente activa, sin distinción de edad⁵, sin embargo, la sociedad suele considerar que únicamente afecta a los adolescentes o jóvenes. El uso correcto del condón ha mostrado ser una de las conductas sexuales más seguras, con mayor efectividad a la hora de prevenir las ITS⁶⁻⁸.

A pesar de la gran efectividad del uso del condón en la prevención de ITS, la literatura muestra cifras bajas respecto a su uso. Nicole Finkelstein⁹ directora

de la asociación AIDS Healthcare Foundation México, indicó que, en la población mexicana, seis de cada diez personas no utilizan condón. Debido al bajo uso del condón es importante explorar los factores que se relacionan con esta conducta. La revisión de literatura permitió identificar que, no usar condón quizá pueda ser atribuible a la falta de conocimientos sobre su utilización¹⁰.

Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio es identificar la relación entre el conocimiento sobre la utilización del condón y su uso en adultos jóvenes.

Material y Métodos

Para la presente investigación se empleó un diseño descriptivo correlacional, debido a que el propósito del estudio fue identificar la relación entre el conocimiento sobre la utilización del condón y su uso en adultos jóvenes¹¹.

Población, muestra y muestreo

La población fueron adultos jóvenes pertenecientes a la república mexicana. El tamaño de la muestra fue de 969 adultos jóvenes, el cual se determinó con la tabla de potencia de Kraemer y Thiemann mostrada por Gray y colaboradores¹¹, considerando un nivel de significancia de 0,01, un tamaño de efecto de $r = 0,13$ y poder estadístico de 95%. Para el reclutamiento de participantes y la recolección de datos sobre un tema sensible como el uso del condón, se empleó un muestreo virtual online, una estrategia eficaz en entornos digitales que facilitó el acceso a una población diversa y geográficamente dispersa¹².

Criterios de inclusión

Se incluyeron hombres y mujeres de 25 a 40 años, que se identificaran como heterosexuales y fueran sexualmente activos.

Instrumentos de medición

Para medir la variable conocimiento para la utilización del condón se empleó la versión traducida y modificada por Gómez¹³ de la lista de verificación de habilidades para el uso del condón de Stanton y colaboradores¹⁴. Está compuesta por 11 ítems, algunos de ellos con opciones de respuesta cierto,

falso y no sé. Un ejemplo de ítem es: “El condón se puede poner en cualquier momento antes de eyacular”. A mayor puntuación, mayor conocimiento. La consistencia interna del instrumento fue de $\alpha = 0,63$, el Alfa de Cronbach fue mayor para las respuestas correctas que para las respuestas incorrectas 0,88 y 0,47 respectivamente.

Para medir la variable uso del condón se empleó la sub-escala de uso del condón del cuestionario de conducta sexual más segura de Dilorio⁸. La sub-escala cuenta con 11 reactivos. Las respuestas se presentan con cuatro opciones en escala tipo Likert: 1 = nunca, 2 = a veces, 3 = casi siempre y 4 = siempre. Un ejemplo de reactivo es: “Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales”. El cuestionario reportó Alfa de Cronbach de 0,82.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de los datos se hizo de forma virtual. La encuesta digital fue creada previamente por los investigadores. Se compartió a través de una página de Facebook®, donde se colocó la descripción del proyecto y el enlace de la encuesta. Con la finalidad de disminuir los posibles sesgos producto del diseño del estudio y de la técnica de muestreo empleada se colocaron preguntas filtro en la encuesta.

Consideraciones éticas

La presente investigación se apegó en lo reglamentado por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud^{15,16}, que establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica destinada a la salud. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes de forma electrónica previamente al llenado de los instrumentos, en el mismo enlace de la encuesta. Con la finalidad de cuidar la confidencialidad de la información no se solicitaron datos a los participantes que permitieran identificarlos.

Plan de análisis de los datos

Para analizar los datos se empleó estadística descriptiva e inferencial. Con la finalidad de conocer las características generales, de conocimiento de la utilización del condón y su uso en los participantes, se emplearon frecuencias y porcentajes

para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Para responder el objetivo se realizó la sumatoria de los ítems de los dos instrumentos utilizados para medir las variables, previo a ello, se recodificaron los ítems que lo ameritaban. Con las sumatorias totales se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que los datos no presentaron una distribución normal.

Resultados

Características generales de los participantes

La muestra estuvo conformada por 969 adultos jóvenes. El 73,4% (711) eran mujeres y 26,6% (258) hombres. La media de edad de los participantes fue de 38,98 años (DE = 5,39). El 35,3 % (342) eran casados y 26,9% (261) vivían en unión libre. En cuanto a la escolaridad, 25,5% (247) habían cursado la secundaria, 25,7% (249) tenían licenciatura o ingeniería y 24,3% (235) preparatoria. El 33,1% (321) de los participantes manifestaron haber tenido diez o más parejas sexuales a lo largo de su vida, y el 13,9% (135) tres parejas sexuales a lo largo de su vida. El 35,5% (344) de los participantes expresaron haber tenido una pareja sexual en los últimos 12 meses, y el 31,3% (303) dos parejas sexuales en los últimos 12 meses.

Conocimiento de la utilización del condón

En cuanto al conocimiento del uso del condón se encontró que, el 33,4% (324) de los participantes considera que se puede poner el condón en cualquier momento de la relación sexual, solo con que sea antes de eyacular; 22,1% (214) creen que es correcto utilizar lubricante a base de aceite y 28,0% (271) opinan que es correcto utilizar ya sea lubricante a base de agua o aceite, cuando se usa un condón de látex. Para retirar el condón, 21,5% (208) expresó que, el condón se debe retirar cuando ya no está erecto el pene. Respecto al lugar donde se deben guardar los condones, el 19,4% (188) consideró correcto guardarlos en la cartera, 13,8% (134) en el baño y 6,4% (62) en el carro. El 15,5% (150) de los participantes manifestó que no se tiene que usar condón para el sexo oral (Tabla 1).

Las mayores frecuencias de respuestas correctas se encontraron en las declaraciones como, saber

que es falso que: los condones no caducan (92,9%, 900), si una persona no eyacula se puede quitar el condón y usarlo más tarde (98,6%, 955), es más seguro utilizar dos condones al mismo tiempo (90,6%, 878), y se debe desenrollar el condón antes de colocarlo en el pene (88,9%, 861) (Tabla 1).

Uso del condón

Referente al uso del condón, el 8,2% de los participantes nunca ha utilizado condón. El 29,3% (284) nunca y 40,5% (392) a veces insisten en usar condón cuando tiene relaciones sexuales. El 52,0% (504) nunca y 32,8% (318) a veces evitan el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de su pareja. El 48,2% (467) nunca y 35,1% (340) a veces usan condón cada vez que tienen relaciones sexuales. El 19,1% (185) siempre y 12,5% (121) la mayoría del tiempo tiene relaciones sexuales sin usar condón si se deja llevar por la pasión del momento. El 32,1% (311) a veces y 15,8% (153) la mayoría del tiempo practica sexo oral sin usar condón (tabla 2).

Relación entre el conocimiento sobre la utilización del condón y su uso

Por último, para responder al objetivo general, identificar la relación entre el conocimiento de la utilización del condón y su uso en adultos jóvenes se realizó un análisis de correlación debido a que no se encontró distribución normal en los datos se usó el coeficiente de Spearman. En dicho análisis se pudo observar que, existe correlación positiva con una fuerza de asociación baja entre el conocimiento sobre la utilización del condón y su uso ($r = 0,172$, $p < 0,05$).

Discusión

En cuanto a identificar el nivel de conocimientos sobre la utilización del condón en adultos jóvenes, se encontró que, más participantes poseen conocimiento sobre la caducidad de los condones, que el condón no se puede reutilizar, que no se deben utilizar dos condones al mismo tiempo y que no se debe desenrollar el condón antes de colocarlo en el pene.

Sin embargo, la mayor frecuencia de errores se encontró en los elementos como, considerar que se puede poner el condón en cualquier momento

de la relación sexual, solo con que sea antes de eyacular; creer que es correcto utilizar lubricante a base de aceite cuando se usa un condón de látex, y creer que el condón se debe retirar cuando ya no está erecto el pene. Lo anterior difiere de lo reportado por Bankole y colaboradores¹⁷, quienes encontraron mayor frecuencia de conocimiento en la declaración “siempre se debe poner el condón antes de comenzar las relaciones sexuales”. Por otro lado, se encontraron resultados similares en la presente investigación y en la desarrollada por Bankole y colaboradores¹⁷ en cuanto a que la frecuencia de participantes que saben que los condones no se pueden reutilizar, es alta.

Los hallazgos mostrados permiten conocer los elementos que deben ser reforzados en los participantes por presentar debilidades en cuanto al conocimiento de la utilización del condón. Por otro lado, identificar el uso del condón en los adultos jóvenes, de forma general, se observó que, los participantes usan de forma inconsistente los condones, las frecuencias en la mayoría de los elementos que midieron el uso del condón, fueron mayores en las opciones de respuesta nunca y a veces, en comparación con las opciones de respuesta la mayoría del tiempo y siempre. Lo cual, es congruente con la literatura que reporta baja frecuencia de uso consistente del condón. En esta investigación se encontró menor frecuencia de uso de condón en los participantes que la reportada por Díaz y colaboradores¹⁸ en su estudio, el cual fue llevado a cabo también en adultos jóvenes mexicanos, del sur del país, mientras que el presente estudio consideró principalmente población del norte del país.

En cuanto al objetivo general, se identificó que, el conocimiento de la utilización del condón se relacionó con su uso, lo cual es congruente con lo reportado por Kayiki y Forste¹⁰ quienes reportaron que, el conocimiento sobre la correcta utilización del condón se asoció con el uso del condón, y que, por cada respuesta correcta respecto al uso del condón, los participantes tuvieron casi dos veces más probabilidades de haberlo usado (OR=1,971, IC 95% 1,636 – 2,375). Cabe mencionar que la cantidad de estudios encontrada para discutir los hallazgos de la presente investigación en la población de interés fue limitada, las investigaciones se han centrado en estudiar adolescentes, dejando de lado a las personas de más edad.

Se debe considerar como posible fuente de sesgo la recolección de los datos de forma virtual, aún y cuando se tomaron ciertas medidas con la finalidad de disminuir los posibles sesgos, entre ellas, colocar preguntas filtro en la encuesta. Los hallazgos de la presente investigación no pueden ser generalizados a todos los adultos jóvenes, ya que, dentro del mismo grupo poblacional existen características muy diversas que incluso pueden variar por lugar, haciendo que el fenómeno de estudio se comporte de diferente manera.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio reflejan el problema del no uso del condón y la debilidad de algunos aspectos referentes al uso correcto de este en los adultos jóvenes participantes. En conclusión, el conocimiento sobre la utilización del condón se relacionó con su uso, indicando que, a mayor conocimiento sobre la utilización del condón, mayor uso del condón en los adultos jóvenes. Resulta importante proporcionar información correcta a los participantes de los principales y más frecuentes errores identificados en el uso del condón.

Aprobación y consentimiento informado

El presente proyecto de investigación contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila (FAENUS-CE-024). Se obtuvo el consentimiento informado de los

participantes de forma electrónica previamente al llenado de los instrumentos, en el mismo enlace de la encuesta.

Contribución de autoría

Conceptualización: Nancy Griselda Pérez Briones

Curación de datos: Guillermo Cano Verdugo, Eva Kerena Hernández Martínez

Metodología: Dafne Astrid Gómez Melasio

Redacción-revisión y edición: Dafne Astrid Gómez Melasio, Alejandra Leija Mendoza

Validación: Dafne Astrid Gómez Melasio, Alejandra Leija Mendoza

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Universidad Autónoma de Coahuila y al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías.

Financiamiento

Para la producción de la presente investigación se utilizó el recurso económico que se proporciona a los miembros del Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. 2021 [cited 2024 April 26]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud [Internet]. 2014 [2024 April 24]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/juventud31.pdf>
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Estadísticas mundiales sobre el VIH [Internet]. 2021 [2024 April 24]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer cervicouterino [Internet]. 2022 [2024 April 24]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
5. United States Department of Veterans Affairs (VA) Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) en los adultos mayores [Internet]. 2021 [2024 April 24]. Available from: https://www.veteranshealthlibrary.va.gov/Spanish/DiseasesConditions/142,87520_VA
6. Asare M. Using the theory of planned behavior to determine the condom use behavior among colle-

- ge students. *American journal of health studies*, 2015; 30 (1): 43-50.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Condoms [Internet]. 2018 [2024 April 24]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/condoms.html>
 8. Dilorio C, Parsons M, Lehr S, Adame D, Carlone J. Measurement of Safe Sex Behavior In Adolescents and Young Adults. *Nursing Research* [Internet]. 1992[2024 April 24]; 41 (4): 203-209. Available from: 10.1097/00006199-199207000-00003
 9. Finkelstein N. Seis de cada 10 mexicanos no utilizan condón al realizar relaciones sexuales [Internet]. 2019 [2024 April 24]. Available from: <https://mvsnoticias.com/noticias/actualidad/enmexico-seis-de-cada-10-no-usan-condon-en-relaciones-sexuales/>
 10. Kayiki SP, Renata F. Conocimientos relacionados con el VIH/SIDA y riesgo percibido asociado con el uso de condones entre adolescentes en Uganda. *Revista africana de salud reproductiva*. 2011;15 (1): 57-63.
 11. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 8th edition. Elsevier Health Sciences; 2017.
 12. Baltar F, Gorjup MT. Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*. 2012; 8 (1): 123-149.
 13. Gómez DA. Modelo de conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad [disertación]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021.
 14. Stanton B, Deveaux L, Lunn S, Yu S, Brathwaite NLiX, Marshall L S, et al. Condom-use skills checklist: a proxy for assessing condom-use knowledge and skills when direct observation is not possible. *Journal of health, population, and nutrition* [Internet]. 2009[2024 April 24]; 27 (3): 406-412. Available from: <https://doi.org/10.3329/jhpn.v27i3.3383>
 15. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. 1987 [2024 April 24]; Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compilrgsmis.html>
 16. Cámara de Diputado del H. Congreso de la Unión [Internet]. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. 2014[2024 April 24]. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
 17. Bankole A, Ahmed FH, Neema S, Ouedraogo C, Konyani S. Conocimiento del uso correcto del condón y consistencia en el uso entre adolescentes en cuatro países del África subsahariana. *Revista africana de salud reproductiva*. 2007; 11 (3): 197-220.
 18. Díaz NM, Hernández DZ, Velázquez SG, Zaleta NEV, Landa MIM. Uso del condón en personas de 18-45 años de la zona norte del estado de Veracruz. *Revista Biológico Agropecuaria Tuxpan*. 2019; 7 (2): 233-240.

Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, resiliencia sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes

Castillo-Arcos Luvia del Carmen

<https://orcid.org/0000-0002-4368-4735>
Universidad Autónoma del Carmen,
Facultad Ciencias de la Salud, Campeche, México
lcastillo@pampano.unacar.mx

Telumbre-Terrero Juan Yovani

<https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>
Universidad Autónoma del Carmen,
Facultad Ciencias de la Salud, Campeche, México
jtelumbre@ pampano.unacar.mx

Maas-Góngora Lucely

<http://orcid.org/0000-0001-8081-9830>
Universidad Autónoma del Carmen,
Facultad Ciencias de la Salud, Campeche, México
lmaas@pampano.unacar.mx

Noh-Moo Pedro Moisés

<https://orcid.org/0000-0003-1580-5533>
Universidad Autónoma del Carmen
Facultad Ciencias de la Salud, Campeche, México
Instituto Mexicano del Seguro Social,
UMF 12, Carmen, Campeche, México.
moises_3192@hotmail.com

Ramírez-Sánchez Sylvia Claudine

<https://orcid.org/0000-0002-9771-9323>
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Ciudad de México, México
claudinermz@gmail.com

Correspondencia:

Castillo-Arcos Luvia del Carmen
lcastillo@pampano.unacar.mx

Recibido: 13 de mayo 2024

Aceptado: 9 de julio 2024

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 49, Número 3, Año 2024
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: Aproximadamente un millón de personas adquieren Infecciones de Transmisión Sexual debido a la práctica de conductas sexuales de riesgo, identificando la falta de conocimiento y baja resiliencia como detonantes para dicha conducta.

Objetivo: Analizar la relación del conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, resiliencia sexual con la conducta sexual de riesgo en adolescentes.

Material y Métodos: Estudio transversal correlacional en 250 adolescentes de preparatoria del sur de México, mediante una encuesta autoadministrada que integró una cedula sociodemográfica, cuestionario de conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, escala de resiliencia sexual y escala de conducta sexual.

Resultados: Prevalció el sexo femenino con el 59,2%, con edad de 15,9 años (DE = 0,49). Los adolescentes obtuvieron 63,6 puntos (DE = 17,9) en el cuestionario de conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y 62,7 puntos (DE = 17,6) en resiliencia sexual, mientras que en la escala de conducta sexual de riesgo obtuvieron 80,67 puntos (DE = 17,7). Se encontró relación significativa y positiva entre la resiliencia sexual y el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida ($rs = 0,210$, $p < 0,05$), se observa relación positiva y significativa entre la conducta sexual de riesgo y la resiliencia sexual ($rs = 0,171$, $p < 0,05$). Así mismo, se identificó correlación positiva y significativa entre las conductas sexuales de riesgo y conocimientos sobre ITS, VIH/Sida ($rs = 0,152$, $p < 0,05$).

Conclusiones: Los profesionales de la enfermería deben direccionar las acciones hacia la prevención de las conductas de riesgo fortaleciendo las dimensiones que componen los factores protectores, para dotar a los adolescentes de las herramientas cognitivas y habilidades para detectar las situaciones de vulnerabilidad.

Palabras Claves: adolescente; conocimiento; resiliencia; conducta sexual

Knowledge about sexually transmitted infections, HIV/AIDS, sexual resilience and risky sexual behavior in adolescents

Abstract

Introduction: Approximately one million people acquire sexually transmitted infections (STI) due to the practice of risky sexual behaviors, identifying lack of knowledge and low resilience as triggers for such behavior.

Objective. Analyze the relationship of Knowledge about, sexually transmitted infections, HIV/AIDS, sexual resilience with risky sexual behavior in adolescents.

Material and methods: Cross-sectional correlational study in 250 high school adolescents from southern Mexico, through a self-administered survey that consisted of a sociodemographic card, knowledge questionnaire about STI, HIV/AIDS, sexual resilience scale and sexual behavior scale.

Results: The female sex prevailed with 59.2%, with an age of 15.9 years (SD = 0.49). The adolescents obtained 63.6 points (SD = 17.9) in the knowledge questionnaire about STI, HIV/AIDS and 62.70 points (SD = 17.69) in sexual resilience, while in the scale of risky sexual behavior obtained 80.67 points (SD = 17.07). A significant and positive relationship was found between sexual resilience and knowledge about STI, HIV/AIDS ($rs = 0.210$, $p < 0,05$), a positive and significant relationship was observed between risky sexual behavior and sexual resilience ($rs = 0,171$, $p < 0.05$). Likewise, a positive and significant correlation was identified. significant difference between risky sexual behaviors and knowledge about STI, HIV/AIDS ($rs = 0.152$, $p < 0.05$).

Conclusions: Nursing professionals must direct actions towards the prevention of risk behaviors by strengthening the dimensions that make up the protective factors, to provide adolescents with the cognitive tools and skills to detect situations of vulnerability.

Keywords: adolescent; knowledge; resilience; sexual behavior

Cómo citar este artículo: Castillo-Arcos LC, Telumbre-Terrero JY, Maas-Góngora L, Noh-Moo PM, Ramírez-Sánchez SC. Conocimiento sobre ITS, VIH/SIDA, resiliencia sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 sept [cited]; 49(3): 44-54. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6757>



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que aproximadamente un millón de personas son contagiadas de una Infección de Transmisión Sexual (ITS) debido a la práctica de conductas sexuales de riesgo. Existen más de 30 bacterias, virus y parásitos que pueden ser transmitidos por vía vaginal, anal, bucal o de madre a hijo durante el embarazo, parto y lactancia. Ocho infecciones son las más frecuentes y que se relacionan con las ITS más diagnosticadas en la población vulnerable, de estas cuatro son curables sífilis, gonorrea, clamidiosis y tricomoniasis; las otras cuatro son infecciones víricas incurables el herpes simple, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis B y papiloma humano¹.

En este sentido, el VIH es la infección que ha cobrado aproximadamente 40,4 millones de vidas en todo el mundo, y continua el contagio, algunos países reportan que la cifra de nuevos casos va en aumento principalmente en países de ingresos medios y bajos. En 2022, 630 000 personas murieron por complicaciones relacionadas con el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y 1,3 millones de personas contrajeron el virus. De las personas infectadas se considera que el 86% conocía estar infectada, el 76% recibía terapia antiviral y el 71% presentaba carga viral suprimida².

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2022 los adolescentes y las mujeres jóvenes se vieron gravemente afectados por la infección del VIH registrándose 4 000 casos por semana. Datos alarmantes indican que más de 2,5 millones de niños y adolescentes están infectados con el VIH. Los adolescentes son un grupo susceptible de realizar conductas de riesgo para contraer el VIH, se ha observado que este grupo son más vulnerables a infectarse debido a diversos factores que la condicionan como el género, la cultura, desigualdad, la pobreza, analfabetismo, violencia, difícil acceso a la salud, entre otros³.

En México habitan aproximadamente 37,8 millones de adolescentes y jóvenes en edades de 12 a 29 años, equivalente al 30% de la población⁴. De los adolescentes de 12 a 19 años que habían iniciado vida sexual, 19,3% tuvieron su primera relación sexual sin protección, siendo las mujeres

quienes realizaron más esta práctica de riesgo⁵. En este sentido, el VIH/SIDA en los adolescentes mexicanos ha ido en aumento, en 2021 se registraron 550 nuevas infecciones de VIH en menores de 15, para 2022, 3 400 adolescentes vivían con VIH⁶. En la población de 15 a 24 años el incremento fue 21,8%⁷. Esto muestra la vulnerabilidad de los adolescentes y los riesgos que enfrenta que ponen en peligro su integridad física y mental.

La adolescencia es una etapa crítica en donde surgen diversos cambios físicos, psicológicos y sociales. El adolescente busca nuevas experiencias que lo hacen sentirse atraídos por lo desconocido como puede ser la sexualidad, y debido a que en ocasiones tiene desconocimiento puede practicarla de forma incorrecta, además basado en lo que le dicen los amigos o ve a través de las redes sociales puede tener un inicio precoz, sin la información adecuada, por lo que, se ve inmerso en conductas de riesgo que pueden llevarlo a infectarse con alguna ITS como el VIH/sida, sumado a embarazos no deseados, abandono escolar e incluso la muerte. Situación que se ha tornado muy peligrosa para la salud del adolescente debido a las graves consecuencias⁸. Es por ello necesario fortalecer factores que lo ayuden a desarrollar la capacidad de identificar las situaciones de riesgo.

Dentro de los factores que ayudan a evitar conductas de riesgo sexual se encuentra el nivel adecuado de conocimiento sobre las ITS dentro de ellas el VIH/Sida, es indispensable que el adolescente tenga los conocimientos correctos sobre estos fenómenos que le permitan tener la seguridad y certeza de que puede gestionar su salud sexual y reproductiva, además de que posea los conocimientos sobre las infecciones, que las causa, como se transmiten, como puede prevenirlas, el uso correcto del preservativo, entre otros. Adquirir los conocimientos adecuados permitirá al adolescente aclarar las dudas que posea y de esta manera se coadyuvará a la modificación de conductas erróneas en torno a la sexualidad^{9,10}.

La resiliencia sexual juega un papel muy importante, ya que permite al adolescente poner en práctica todos los factores protectores que posee para contrarrestar las situaciones de riesgo sexual, estos factores pueden ser individuales, familiares y sociales que lo ayudan a fortalecer su capacidad cognitiva para tomar mejores decisiones

de acuerdo a las diversas circunstancias que se vayan presentando entorno a la sexualidad y al comportamiento saludable que debe desarrollar. De esta manera tendrá la capacidad de identificar conductas de riesgo que debe evitar^{11,12}. Por lo anterior, este estudio tuvo el siguiente objetivo: Analizar la relación entre el Conocimiento sobre ITS, VIH/SIDA, la resiliencia sexual con la conducta sexual de riesgo en adolescentes.

Material y Métodos

Diseño del estudio

Se efectuó un estudio analítico transversal durante el período académico 2023- 2024 en adolescentes estudiantes de preparatoria pública de Carmen, Campeche, México. La selección de la muestra se estimó a través de un muestro probabilístico y la determinación del tamaño de la muestra se obtuvo a través del paquete estadístico G* power version 3.1, bajo los siguientes parámetros: efecto medio de ($f = .25$), potencia arriba del 80% y un error de Alfa de .05 para un análisis de correlación con tres variables, y una tasa de no respuesta del 20%, integrando 250 participantes.

Instrumento de recolección

Para indagar sobre las características sociodemográficas de los adolescentes se empleó una cédula de datos demográficos que recabo datos como edad, sexo, estado civil e información sobre sexualidad, ITS y VIH/SIDA en los últimos tres meses.

Para medir la variable conocimiento sobre ITS, VIH/Sida se utilizó el Cuestionario de Conocimiento ITS, VIH/Sida¹³, el cual está integrado por 24 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de falso, verdadero y no sabe. Se asigna un punto a las respuestas correctas y 0 a las respuestas incorrectas; Esto indica que a mayor puntuación mayor nivel de conocimiento tienen los participantes. Los reactivos 1, 2, 4, 9, 17, 18, 22 y 24 la respuesta correcta es falso, por lo que, estos ítems se recodificaron. Para un mejor análisis e interpretación las puntuaciones se convertirán en índices de 0 a 100, donde mayor puntaje indica mayor conocimiento. En el presente estudio reportó un Alpha de Cronbach de .70.

La variable de resiliencia sexual se midió a través de 22 ítems de la escala Resiliencia de Sexo Seguro, la cual fue adaptada por Castillo¹⁴ de la escala original de Resiliencia¹⁵. La escala presenta cinco opciones de respuestas tipo Likert 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo 3 = indeciso (ni en acuerdo, ni en desacuerdo), 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo, con puntuaciones que van de 22 a 110, a mayor puntaje indica mayor nivel de resiliencia sexual, para esta investigación el instrumento reportó un Alpha de Cronbach de .89.

La variable conducta sexual de riesgo se evaluó por medio de 38 reactivos de la Escala de Conducta Sexual¹⁶. Las preguntas miden la frecuencia del uso de condón, de tener sexo con diferentes parejas y conducta sexual en los pasados 3 meses. Las opciones de respuesta para cada pregunta son: 0 = yo nunca he tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, 1 = si y 2 = no. La puntuación del instrumento va de 0 a 76, sin embargo, las puntuaciones se convirtieron en índices de 0 a 100, donde mayor puntaje indica mayor conducta sexual de riesgo.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo durante el periodo noviembre 2023 a enero 2024. Previo a la aplicación de los instrumentos, se buscó la autorización por las autoridades educativas de nivel medio superior. Posteriormente, se solicitó las listas actualizadas de los grupos de alumnos inscritos en el periodo académico 2023-2024. La selección de los grupos de estudiantes se efectuó de manera aleatoria mediante una hoja de Cálculo de Excel. Posteriormente se acudió a invitar a los adolescentes, a los que aceptaron participar se les proporcionó el consentimiento informado al padre o tutor, así como el asentimiento informado a los participantes menores de edad. Una vez obtenida ambas autorizaciones, se procedió a la aplicación de los instrumentos, enfatizando que su participación era anónima y confidencial. La información que se recolectó fue resguardada, y transferida al SPSS para su posterior análisis por los investigadores.

Consideraciones éticas

Se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y Comité de Ética de la Universi-

dad Autónoma del Carmen, además del consentimiento informado y el asentimiento informado firmados; también, se contó con la autorización de las autoridades educativas, lo anterior como lo estipula Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹⁷.

Análisis y manejo de datos

Los datos estadísticos se procesaron mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y el análisis descriptivo implicó la obtención de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y variabilidad, además al no presentar distribución normal los datos se aplicó estadística inferencial como las pruebas de H kruskalwallis y U de Mann-Whitney para comparar los puntajes de conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, resiliencia sexual y conducta sexual por edad y sexo del adolescente. También se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para identificar las relaciones entre las variables y responder al objetivo del estudio.

Resultados

De los 250 estudiantes, el 59,2% (n = 148) correspondió al sexo femenino y el 40,8% (n= 102) al sexo masculino, con edades de 15 a 17 años con promedio de edad de 15,9 años (DE = ,49). Del total de participantes el 71,6% (n= 179) son solteros, mientras que 28,4% (n = 71) mantiene actualmente una relación de noviazgo. En la tabla 1, se muestra la información que han obtenido los adolescentes en los últimos tres meses sobre sexualidad, ITS y VIH/sida, un 44,0% refirió no tener información sobre sexualidad, el 44,8% no ha recibido información sobre ITS y el 48,8% sobre VIH/sida.

Referente al conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, los adolescentes obtuvieron un promedio de 63,6 (DE = 17,9). En la tabla 2 se muestra los índices por edad y por sexo, siendo los adolescentes de 16 años con mayores medias y medianas, aunque los puntajes no fueron suficientes para establecer diferencias estadísticamente significativas (H = 1,605, p > 0,05). Situación similar se presentó al comparar el conocimiento por sexo del adolescente (U = 6867,000, p > 0,05).

En cuanto a la resiliencia sexual para el sexo seguro, los adolescentes obtuvieron en promedio

62,7 puntos (DE = 17,6). En la tabla 3 se logra apreciar que los adolescentes de mayor edad presentaron mayor nivel de resiliencia que los de menor edad con un promedio de 65,3 (DE = 16,1). Asimismo, los hombres tuvieron mayor nivel de resiliencia para sexo seguro que las mujeres con un promedio de 64,4 (DE = 15,0). Sin embargo, en ambas situaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p > 0,05).

Al indagar sobre las conductas sexuales de riesgo, los adolescentes obtuvieron 80,6 puntos (DE = 17,0) en el cuestionario de conductas sexuales de riesgo. En la tabla 4 se muestran los ítems más destacados del cuestionario, donde se puede observar que el 100% de los participantes no tienen planificado un embarazo en esta etapa de su vida. Del total de la muestra, el 23,2% (n = 58) de los adolescentes han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida, de estos el 0,8% ha presentado ITS alguna vez en la vida. De los adolescentes que iniciaron vida sexual, el 25,6% tuvieron relaciones estando bajo los influjos de sustancias, 11,2% ha practicado el sexo oral, 10% no utilizaron preservativos al tener relaciones sexuales y el 3,2% fueron forzados (as) la primera vez que tuvieron relaciones sexuales. Al comparar las conductas sexuales de riesgo por sexo y edad, no se identificaron diferencias significativas (p > 0,05).

La tabla 5 muestra las correlaciones entre las variables de estudio, las cuales presentaron correlaciones directas y significativas. En este sentido, se encontró relación significativa y positiva entre la resiliencia sexual y el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida (rs= 0,210, p < 0,05), lo cual implica que a mayor conocimiento mayor resiliencia sexual por parte del adolescente.

También se observa relación positiva y significativa entre la conducta sexual de riesgo y la resiliencia sexual (rs= 0,171, p < 0,05), lo que significa que los adolescentes tienen la capacidad para detectar situaciones sexuales de riesgo, pero practican conductas sexuales de riesgo. Así mismo, se identificó correlación positiva y significativa entre las conductas sexuales de riesgo y conocimientos sobre ITS, VIH/Sida (rs= 0,152, p < 0,05), lo que indica que, a pesar de tener conocimientos sobre las ITS, los adolescentes pueden estar en riesgo de contraer alguna ITS como el VIH/Sida.

Tabla 1. Información sobre sexualidad, ITS y VIH/Sida

Variables	n	%
Información sobre sexualidad		
No	110	44,0
Si	140	56,0
Información sobre ITS		
No	112	44,8
Si	138	55,2
Información sobre VIH/Sida		
No	122	48,8
Si	128	51,2

Tabla 2. Puntajes de conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, según edad y sexo

Variables	Media	Mediana	DE
Edad			
15 años	61,4	64,5	20,2
16 años	64,3	66,6	17,4
17 años	61,6	58,3	18,7
Sexo			
Mujeres	62,6	64,5	18,5
Hombres	65,0	66,6	17,0

Tabla 3. Índice de Resiliencia sexual, según edad y sexo

Variables	Media	Mediana	DE
Edad			
15 años	63,6	64,7	13,1
16 años	62,4	63,6	18,7
17 años	65,3	64,7	16,1
Sexo			
Mujeres	61,4	63,0	19,3
Hombres	64,4	65,3	15,0

Tabla 4. Descripción de los ítems del cuestionario de conducta sexual de riesgo

Ítems	No		Si	
	n	%	n	%
Has tratado de embarazarte en los últimos 3 meses	250	100	0	0
Tienes planes de embarazarte en los próximos 3 meses	250	100	0	0
Has tenido relaciones sexuales alguna vez	192	76,8	58	23,2
Has tenido alguna vez una ITS	248	99,2	2	0,8
La última vez que tuviste relaciones estuviste borracho o drogado	186	74,4	64	25,6
Alguna tuviste sexo oral	222	88,8	28	11,2
La última vez que tuvieron relaciones usaron tu o tu pareja un condón	225	90,0	25	10,0
La primera vez que tuviste relaciones sexuales te forzó tu pareja	242	96,8	8	3,2

Tabla 5. Correlación de Spearman entre Conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, Resiliencia sexual y Conducta sexual de riesgo

Variable	1	2	3
1- Conocimiento sobre ITS,VIH/Sida	-		
2- Resiliencia Sexual	0,210**	-	
3- Conducta sexual de riesgo	0,152*	0,171**	-

**p < 0,001; *p < 0,05

Discusión

Los hallazgos encontrados permitieron evaluar la relación que existe entre el conocimiento sobre ITS, VIH/SIDA, resiliencia sexual y conducta sexual de riesgo en 250 adolescentes del sur de México. Se pueden destacar que prevaleció el sexo femenino con edad promedio de 15 años. Lo que concuerda con diversos autores^{10,18,19} donde el género femenino fue el más participativo, los temas de salud están muy arraigados en este género por sus tradiciones y cultura, el cuidado de la salud le corresponde a la mujer, esto podría estar influyendo en el interés que muestran en participar en los estudios.

Los adolescentes obtuvieron puntajes elevados en el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida. Hallazgos que concuerdan con Meléndez et al¹⁰, quienes refieren que el nivel de conocimiento más elevado lo encontraron en las dimensiones de mecanismos de transmisión y la dimensión de métodos de protección y el nivel más bajo de conocimiento fue en la dimensión detección de riesgo con un nivel menor. De igual manera, los resultados son similares con el estudio realizado por Coates et al²⁰, donde se identificó que más de la mitad de la muestra indico tener conocimiento sobre las ITS-VIH/Sida, enfatizando el uso del método anticonceptivo en las relaciones sexuales, como el preservativo por los adolescentes.

Por el contrario, Chanamé-Zapata et al¹⁸, mencionan que los conocimientos de los adolescentes sobre las ITS y las medidas preventivas son de nivel medio, además, no encontraron asociación en los adolescentes que identificaron que las relaciones sexuales son la principal forma de contagio de las ITS como el VIH con el uso correcto del preservativo para evitarlas, esto coloca a los adolescentes en riesgo de infectarse debido al conocimiento limitado que poseen aunado a que son

una población autóctona andina con costumbres arraigadas. Por su parte, Tapia y Tapia²¹ refieren que el nivel de conocimientos sobre ITS de los adolescentes es bajo, mencionan tener información sobre VIH/SIDA, pero no sobre las pruebas de diagnóstico que se realizan para detectarla. En este sentido, es importante que los profesionales de la salud y de la educación redoblen esfuerzos para aumentar el nivel de conocimiento en los adolescentes sobre estos temas, siendo el conocimiento un factor protector que ayuda a evitar conductas de riesgo.

Los hombres presentaron mayores medias y medianas de conocimiento sobre ITS, VIH/Sida. Lo anterior difiere con Fleitas-Gutiérrez et al²², quienes muestran en su estudio que las mujeres presentan mayor conocimiento sobre ITS, VIH/Sida. En cuanto a la edad, los participantes de 16 años presentaron mayores puntajes de conocimiento, sin embargo, no fue suficiente para ser significativo, datos que se han reportado con anterioridad, por ejemplo, en el estudio de Dávila et al²³ no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar conocimiento por grupo de edad, a pesar de ello, el grupo de adolescentes de 13 a 15 años reporto un nivel de conocimiento bueno, mientras que el grupo de edad de 16-18 años reportó un nivel de conocimiento regular. Hallazgos que permiten observar que la adolescencia que comprende de los 10 a los 19 años es un periodo crítico de múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales, donde se pueden asumir y establecer diferentes comportamientos de riesgos, razón por la cual, es imprescindible reforzar el conocimiento sobre prácticas saludables para el sexo seguro durante este periodo de vida.

En cuanto a la resiliencia sexual para el sexo seguro, gran parte de la muestra tienen la capacidad identificar situaciones que comprometan su salud sexual, lo que concuerda con Martínez et al²⁴,

quienes mencionan que cerca de la mitad de los adolescentes encuestados se sienten orgullosos de practicar sexo seguro como parte de su resiliencia. También coincide con el proyecto de investigación ejecutado por Esparza-Dávila y Moreno-Monsiváis¹⁹ donde identificaron que los adolescentes se perciben resilientes sexualmente. Lo anterior denota que la resiliencia sexual favorece los comportamientos sexuales seguros, por lo que, es necesario fortalecer los factores protectores en los adolescentes, para que tengan la capacidad de detectar situaciones de riesgo.

En el presente estudio también, se encontró que los adolescentes de mayor edad presentaron mayor nivel de resiliencia sexual, mientras que, los hombres tuvieron mayor nivel de resiliencia sexual para sexo seguro que las mujeres. Sin embargo, en ambas situaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que indica que independiente de la edad y sexo la resiliencia sexual actúa como factor protector. Datos que concuerdan con el estudio de Vega²⁵ quienes mencionan que de acuerdo al índice de resiliencia los hombres presentan mayor nivel de resiliencia sexual en relación a las mujeres. González²⁶ refiere que los hombres son más resilientes con tendencia a ser independientes, a diferencia de las mujeres que requieren protección externa como de los padres, amigos, maestros para desarrollar la resiliencia. Los adolescentes experimentan su sexualidad de diversas maneras de acuerdo al contexto en el que viven y a las personas que los rodean, es por ello, muy importante desarrollen la capacidad resiliente, que los ayude a gestionar su salud sexual y reproductiva con responsabilidad.

Por otro lado, en relación a las conductas sexuales de riesgo, se destaca que el total de la muestra no tienen planificado un embarazo en esta etapa de su vida. Sin embargo, una cuarta parte de los adolescentes han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida, destacando que de esta cerca del uno por ciento ha presentado ITS alguna vez en la vida. Lo que concuerda con Coartes et al²⁰, quienes mencionan que el 67 % de los adolescentes iniciaron su vida sexual antes de los 15 años, dentro de ellos un 30 % se encontraban en una relación de pareja. Mientras que Domínguez y Valdez²⁷ mencionan que iniciar vida sexual durante la adolescencia incrementa el riesgo de ITS, entre los que se encuentra los casos de síndrome de

dolor pélvico, secreción vaginal, condilomas, VIH/Sida, sífilis, blenorragia y el herpes genital, especialmente observaron un aumento en el VIH. Es preocupante que continúen los casos de nuevas infecciones a temprana edad, comprometiendo la calidad de vida, las cuales pueden ser evitadas con prácticas sexuales seguras como el uso correcto del preservativo.

De los adolescentes que iniciaron vida sexual, un porcentaje bajo pero significativo tuvieron relaciones estando bajo los influjos de sustancias, lo que concuerda con otros estudios que muestra que ha aumentado el uso de drogas previo al acto sexual, lo cual repercute muchas veces en la omisión y actitud negativa del uso del uso del preservativo en el acto sexual²⁸⁻³¹.

Además, más de las tres cuartas partes de las adolescentes que han iniciado vida sexual tienen conductas sexuales de alto riesgo. Lo anterior debido a que en edades más tempranas los adolescentes inician las relaciones sexuales en algunas ocasiones bajo la presión de los amigos o por el deseo de pertenecer a un grupo para demostrar estar preparados para este paso en su vida, donde la sexualidad cobra un significado importante en la transición de niña a mujer y de niño a hombre, sin valorar las implicaciones que esto conlleva como embarazos no deseados, ITS como el VIH, el abandono de los estudios, mayor consumo de drogas lícitas e ilícitas, entre otras complicaciones^{32,33}.

Se identificaron correlaciones aunque bajas, estas fueron positivas y significativas entre el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, resiliencia sexual y conductas sexuales de riesgo. Los adolescentes poseen conocimiento sobre embarazo, ITS y VIH/Sida y la capacidad para detectar situaciones de riesgo sexual. Sin embargo, siempre estará presente el riesgo de contraer alguna ITS debido al proceso físico, psicológicos y social en que se encuentran, dado que muchas veces subestiman las prácticas riesgosas. Diversos autores refieren que los conocimientos son indispensables para influir en las conductas sexuales seguras, sin embargo, aún con los conocimientos adecuados el adolescente se ve inmerso en comportamientos de riesgo, siendo necesario desarrollar su resiliencia sexual para contrarrestar el riesgo,

ya que constantemente se encuentran en un estado de vulnerabilidad^{12, 34}.

El estudio tiene algunas limitaciones entre las que destaca el tamaño de la muestra y el diseño del estudio, al ser de tipo descriptivo correlacional no permite establecer causalidad y generalizar los resultados. En futuros estudios se sugiere aumentar el tamaño muestral para realizar análisis estadísticos más robustos (regresiones logísticas y lineal) entre las variables que permitan una mejor explicación de las variables. También se recomienda en futuros estudios agregar otras variables que permitan explicar el comportamiento sexual de riesgo del adolescente.

Sin embargo, se destaca que se existió fortalezas en el estudio, dentro de ellas, se obtuvo una adecuada colaboración de los participantes y de los directivos de la Institución Educativa, lo que permitió que la recolección de los datos se llevara a tiempo y forma. Los padres de familia o tutores autorizaron la participación de los adolescentes en la investigación.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio indican que los adolescentes en un porcentaje alto presentan conocimientos sobre embarazo, ITS, VIH/Sida y que poseen capacidad resiliente para contrarrestar los riesgos sexuales. Sin embargo, presentan predisposición a tener conductas sexuales de riesgo debido a los cambios normales de su transición física, psicológica y social de la etapa de la adolescencia. Los profesionales de la salud deben direccionar las acciones hacia la prevención de las conductas de riesgo fortaleciendo las dimensiones que componen los factores protectores de la resiliencia, para dotar a los adolescentes de las herramientas cognitivas y habilidades para detectar las situaciones de vulnerabilidad. Los programas educativos es la estrategia más idónea educar al adolescente, los cuales deben ser diseñados de acuerdo a su edad y contexto en el que viven para asegurar el éxito. Así mismo, es importante intensificar la promoción a la salud de los adolescentes, a tra-

vés de campañas de prevención de embarazo, ITS y VIH/Sida.

Aprobación y consentimiento informado

El presente estudio cuenta con la aprobación de Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Además, cuenta con el consentimiento informado del participante menor de edad y el consentimiento informado del padre o tutor del participante.

Contribución de autoría

Conceptualización: Lubia del Carmen Castillo Arcos, Pedro Moisés Noh Moo, Juan Yovani Telumbre Terrero, Lucely Maas Góngora y Sylvia Claudine Ramírez Sánchez.

Curación de datos: Lubia del Carmen Castillo Arcos, Juan Yovani Telumbre Terrero, Lucely Maas Góngora.

Metodología: Lubia del Carmen Castillo Arcos, Pedro Moisés Noh Moo, Juan Yovani Telumbre Terrero.

Redacción-revisión y edición: Lubia del Carmen Castillo Arcos, Juan Yovani Telumbre Terrero, Pedro Moisés Noh Moo, Lucely Maas Góngora y Sylvia Claudine Ramírez Sánchez

Validación: Lubia del Carmen Castillo Arcos, Juan Yovani Telumbre Terrero, Pedro Moisés Noh Moo, Lucely Maas Góngora y Sylvia Claudine Ramírez Sánchez.

Conflicto de Interés

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés relacionado al presente estudio.

Agradecimiento

Los autores agradecen a la Universidad Autónoma del Carmen por su valioso apoyo para facilitar la presente investigación.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por la Universidad Autónoma del Carmen a través del Programa CAI-PI-23 de la Dirección General de Investigación y Posgrado.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de Transmisión Sexual. [Internet]. 2023[cited 2024 Sep 5]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw0YGyBhByEiwAQmBEWqfpW94Epf7o-07Te07Mw4YSVloO9IVfdHO6046B2AfKzCrPQyQ69WhoC8-cQAvD_BwE](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw0YGyBhByEiwAQmBEWqfpW94Epf7o-07Te07Mw4YSVloO9IVfdHO6046B2AfKzCrPQyQ69WhoC8-cQAvD_BwE)
2. World Health Organization (OMS). HIV and AIDS[Internet].2023 [cited 2024 Sep 5]. Available from: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hiv aids?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw0YGyBhByEiwAQmBEWrvBv5RbYTRtOdVGXuGBE-_5cqrqxx56b67Li9WX3rZC5D84GwYXmsxoC94MQAvD_BwE
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). VIH y Sida [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 5]. Available from: <https://www.unicef.org/es/vih>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 5]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_Juventud22.pdf
5. Derechos de Infancia y Adolescencia en México (REDIM). Salud Sexual de la Adolescencia en México[Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 5]. Available from: <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2023/05/26/salud-sexual-de-la-adolescencia-en-mexico/>
6. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). Igualdad ya! [Internet]2022. [cited 2024 Sep 5]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/778212/BOLETIN_DAI_DIA_MUNDIAL_DEL_SIDA_.pdf
7. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA). Boletín de atención Integral de Personas viviendo con VIH[Internet]. 2022. [cited 2024 Sep 5]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/764470/BOLETIN_DAI_TERCER_TRIMESTRE_2022.pdf
8. Álvarez-Cabrera J, Müller-Alfonzo A, Vergara-Jara V. Conducta sexual y nivel de conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes. CIMEL [Internet]. 2015[cited 2024 Sep 5]; 20(2): 44-50. Available from: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=107852>
9. Badillo-Viloria M, Sánchez X, Vásquez M, Díaz-Pérez A. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enferm. Glob* [Internet]. 2020[cited 2024 Sep 5];19(3): 422–49. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.412161>
10. Meléndez J, García G, Hernández L. Conocimiento como factor protector para la prevención para la transmisión sexual del VIH en jóvenes del sur de Quintana Roo. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*[Internet]. 2023[cited 2024 Sep 5]; 4(5): 591–603 Available from: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i5.1340>
11. Castillo-Arcos L, Benavides-Torres R. Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: Teoría de rango medio. *Aquichan*. 2012; 12(2):169–82. Available from:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200008
12. Castillo L, Álvarez A, Bañuelos Y, Valle M, Valdez C, Kantún M. Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México. *Enferm. Glob*[Internet]. 2017[cited 2024 Sep 5];16 (1):168-77. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921>
13. Jemmott JB 3rd, Jemmott LS, Fong GT. Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention. *Am J Public Health* [Internet].1992[cited 2024 Sep 5];82(3): 372-77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1536352/>
14. Castillo L. Intervención por Internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA. Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. [Internet].2012[cited 2024 Sep 5]. Available from: <http://eprints.uanl.mx/2641/>
15. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas*[Internet].1993[cited 2024 Sep 5];1: 165-78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>
16. Villarruel AM, Jemmottt JBIII, Jemmottt LS, Ronis DL. Predictors of sexual intercourse intentions and condom use among Spanish dominant youth: A test of the theory of planned behavior. *Nursing Research* [Internet]. 2004[cited 2024 Sep 5]; 53 (3): 172-81. Available from: <https://doi.org/10.1097/00006199-200405000-00004>.

17. Secretaría de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud México[Internet]. 1987 [cited 2024 Sep 5]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
18. Chanamé-Zapata F, Rosales-Pariona I, Mendoza-Zúñiga M, Salas-Huamani J, León-Untiveros G. Conocimientos y medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual en adolescentes peruanos andinos. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2021[cited 2024 Sep 5];23(1):1-7. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642021000100001&lng=en. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.85165>.
19. Esparza SP, Moreno MG. Influencia del apoyo social percibido para el sexo seguro en la resiliencia sexual/ Influence of social support perceived for safe sex in sexual resilience/ Influência do apoio social percebido para o sexo seguro na resiliência sexual. *J. Health NPEPS* [Internet]. 2019[cited 2024 Sep 5];4(1): 80-91. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3290>
20. Coates M, Bruschi L, Chamorro V, Chamorro V, Cibotari S, Cócaro C, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de salud sexual y reproductiva en varones adolescentes. 2018. Usuarios de UDA Canelones al Este. *Arch. Pediatr. Urug* [Internet]. 2020[cited 2024 Sep 5];91(4): 196-206. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492020000400196&script=sci_abstract
21. Tapia MY, Tapia X. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de la comunidad Rancho Chico, Ibarra. Ecuador[Internet].2017[cited 2024 Sep 5]. Available from: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6558>
22. Fleitas-Gutiérrez D, González-Kadashinskaia G, Riofrio-Machado M. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre ITS/VIH. *Rev Dom. Cien*[Internet]. 2016[cited 2024 Sep 5]; 2(2):3-11. Available from: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/48>
23. Dávila M, Tagliaferro A, Bullones X, Daza D. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/ SIDA. *Rev Salud Pública*[Internet]. 2008[cited 2024 Sep 5];10(5): 716-22. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500004&lng=en
24. Martínez MI, Martínez AS, Razo MA, Álvarez A. Características de resiliencia sexual y del patrón de consumo de alcohol de estudiantes universitarios. *JC*[Internet]. 2018[cited 2024 Sep 5]; 4(1): 375-9. Available from: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2382>
25. Vega L. Resiliencia Sexual en Adolescentes. Tesis, Universidad Autónoma de Querétaro[Internet]. 2015[cited 2024 Sep 5]. Available from: <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/7268/1/RI001455.PDF>
26. González N, López J, Zavala Y. Resiliencia en Adolescentes Mexicanos. Enseñanza e Investigación en Psicología[Internet]. 2008[cited 2024 Sep 5];13(1): 41-52. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213104>
27. Domínguez A, Valdés L. Aspectos epidemiológicos de las infecciones de transmisión sexual en mujeres de la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN*[Internet]. 2022[cited 2024 Sep 5];26(1): 98-113. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000100098
28. Mthembu Z, Maharaj P, Rademeyer S. “I am aware of the risks, I am not changing my behaviour”: risky sexual behaviour of university students in a high-HIV context. *Afr J AIDS Res* [Internet].2019[-cited 2024 Sep 5];18(3): 244–253. Available from: <https://doi.org/10.2989/16085906.2019.1655075>
29. Baru A, Adeoye IA, Adekunle AO. Risky sexual behavior and associated factors among sexually-active unmarried young female internal migrants working in Burayu Town, Ethiopia. *PloS One* [Internet].2020[cited 2024 Sep 5]; 15(10): e0240695. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240695>
30. Bowelo M, Rakgoasi SD, Keetile, M. Partner faithfulness and sexual reproductive health practices in Botswana: does perception of partner infidelity influence sexual risk behaviours of people aged 10-34 years?. *J Biosoc Sci*[Internet]. 2020[cited 2024 Sep 5]; 52(4): 547–59. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0021932019000622>
31. Hernández M, Rodríguez E, Rojas L, Fernández E. Programa para la prevención de ITS/VIH-Sida en estudiantes universitarios. *Revista Katharsis*[Internet]. 2020[cited 2024 Sep 5]; 29: 49-61. Available

from: <https://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/1377/1517>

32. Mavhandu-Mudzusi AH, Asgedom T tesfay. The prevalence of risky sexual behaviours amongst undergraduate students in Jigjiga University, Ethiopia. *Heal SA Gesondheid* [Internet]. 2016[cited 2024 Sep 5]; 21: 179–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hsag.2015.11.002>
33. Anteneh ZA. Prevalence and Correlates of Multiple Sexual Partnerships among Private College Students in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia. *Sci J Public Heal*[Internet]. 2013[cited 2024 Sep 5];1(1): 9-17. Available from: <https://www.sciencepublishinggroup.com/article/10.11648/j.sjph.20130101.12>
34. Guerrero JM, Lucena AI, Espina LC. Factores protectores y conductas sexuales protegidas en estudiantes de secundaria venezolanos. *Health and Addictions / Salud y Drogas*[Internet]. 2022[cited 2024 Sep 5]; 22(2): 46-62. Available from: <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i2.65>

Balance decisional, etapas de cambio y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en puerperio inmediato: estudio descriptivo correlacional

Benavides-Torres Raquel Alicia

<https://orcid.org/0000-0001-5113-4250>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Monterrey,
México
raquel.benavidestr@uanl.edu.mx

Martínez-Escalante Richard Francisco

<https://orcid.org/0009-0008-6367-2118>
Universidad Autónoma de Campeche,
Facultad de Enfermería, Campeche,
México
richard.martineze@uanl.edu.mx

Caudillo-Ortega Lucía

<https://orcid.org/0000-0001-6211-9363>
Universidad de Guanajuato, Depar-
tamento de Enfermería y Obstetricia,
Celaya, México
lucia.caudillo@ugto.mx

Hernández-Torres José Luis

<https://orcid.org/0000-0003-3742-2875>
Universidad Autónoma de Coahuila,
Facultad de Enfermería, Torreón,
México
torres_luis@uadec.edu.mx

Apodaca-Armenta Rosario Eduardo

<https://orcid.org/0000-0002-8144-3457>
Universidad Autónoma de Sinaloa, Fa-
cultad de Enfermería, Mochis, México
eduardoapodaca@uas.edu.mx

Correspondencia:

Benavides-Torres Raquel Alicia
raquel.benavidestr@uanl.edu.mx

Recibido: 31 de mayo 2024

Aceptado: 9 de julio 2024

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 49, Número 3, Año 2024
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: El embarazo en adolescentes por el no uso de anticonceptivos constituye uno de los principales problemas de salud pública. El puerperio inmediato brinda la oportunidad para evaluar el comportamiento antes, durante y después de la toma de decisión en el uso de anticonceptivos para evitar embarazos subsecuentes.

Objetivo: Determinar la asociación entre las características de la adolescente, el balance decisional y las etapas de cambio en el uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes en puerperio inmediato.

Material y métodos: Diseño descriptivo-correlacional y transversal, muestreo por censo, tamaño de la muestra de 293 madres adolescentes entre 12 a 24 años en puerperio inmediato, estimado para una prueba de regresión lineal múltiple con 8 covariables, nivel de significancia de 0,05, coeficiente de determinación de $R^2=0,09$ y potencia de 90%.

Resultados: El 80,50% se encuentra en fase de Preparación, siendo el implante hormonal el más aceptado. Correlación entre años de estudio ($rs=-0,16$; $p<0,01$) y desventajas percibidas en el uso de los anticonceptivos. Los años de estudio en las madres adolescentes púerperas explicaron un 16% de la varianza ($F=5,602$; $p=0,018$) en las desventajas del uso de anticonceptivos ($\beta=-0,247$; $p<0,01$).

Discusión: En función de los hallazgos encontrados, el Modelo Transteórico de Cambio fue útil en la identificación de las etapas de cambio en las madres adolescentes.

Conclusión: Valdría la pena fortalecer mayores estrategias preventivas adaptadas para las adolescentes en puerperio inmediato con un rezago escolar.

Palabras clave: adolescente; periodo posparto; anticoncepción; toma de decisiones; correlación de datos.

Decisional balance, stages of change and use of contraceptive methods among adolescents in the immediate postpartum period: a descriptive correlational study

Abstract

Introduction: Pregnancy in adolescents due to the non-use of contraceptives constitutes one of the main public health problems. The immediate puerperium provides the opportunity to evaluate the behavior before, during and after the decision-making in the use of contraceptives to avoid subsequent pregnancies.

Objective: To determine the association between the characteristics of the adolescent, the decisional balance, and the stages of change in the use of contraceptive methods in adolescent mothers in the immediate postpartum period.

Materials and methods: Descriptive-correlational and cross-sectional design, census sampling, sample size of 293 adolescent mothers between 12 and 24 years of age in the immediate postpartum period, estimated for a multiple linear regression test with 8 covariates, significance level of 0,05, coefficient determination of $R^2=0,09$ and power of 90%.

Results: 80,50% are in the Preparation phase, being the hormonal implant the most accepted. Correlation between years of study ($rs=-0,16$; $p<0,01$) and perceived disadvantages in the use of contraception. Years of study in postpartum adolescent mothers explained 16% of the variance ($F=5,602$; $p=0,018$) in the disadvantages of contraceptive use ($\beta=-0,247$; $p<0,01$).

Discussions: Based on the findings, the Transtheoretical Model of Change was useful in identifying the stages of change in adolescent mothers.

Conclusion: It would be worth strengthening more preventive strategies adapted for adolescents in the immediate postpartum period with a school lag.

Keywords: adolescent; postpartum period; contraception; decision making; correlation of data

Cómo citar este artículo: Benavides-Torres RA, Martínez-Escalante RF, Caudillo-Ortega L, Hernández-Torres JL, Apodaca-Armenta RE. Balance decisional, etapas de cambio y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en puerperio inmediato: estudio descriptivo correlacional. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 sept [cited]; 49(3):55-63. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6784>



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International License

Introducción

Los embarazos no planificados en la adolescencia son un problema de salud grave con importante incidencia. La Organización Mundial de la Salud¹ estimó que 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años y un millón de menores de 15 años dan a luz cada año, siendo en su mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo. Por tal motivo la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes en el continente americano. Se estima que cada año, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años².

Los adolescentes están en riesgo de tener complicaciones en su salud debido a que están iniciando relaciones sexuales a temprana edad. Esto deriva de la etapa de inmadurez que experimentan en este periodo de edad, lo cual lleva a la adolescente a un embarazo de alto riesgo con múltiples factores y complicaciones que pueden afectar a la diada materna, durante y después de la gestación³. La adolescencia es una fase que de múltiples cambios en la transición de la infancia a la adultez, esta engloba tanto la parte biológica como la social, por lo que autores expertos en los últimos años explican que en la actualidad hay un retraso en esta transición para los distintos roles como la paternidad y el matrimonio. Sawyer et al., en el 2018 proporciona una definición ampliada considerando este contexto de desarrollo, la cual abarca de los 10 a los 24 años, respondiendo al crecimiento adolescente y su transformación extendida en esta fase de vida⁴.

En la etapa del puerperio de la mujer adolescente (normalmente 6 a 8 semanas después del parto⁵) es importante que el personal de enfermería brinde consejería y fomento en esta población una conducta sexual saludable a través del uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) y prevenir embarazos subsecuentes.

El cambio de comportamiento de las adolescentes para la toma de decisión ante el uso de MAC puede ser entendida a través del modelo teórico del cambio de Prochaska y DiClemente⁶. Dicho modelo describe cómo las personas cam-

bian comportamientos problemáticos basándose en la idea de que el cambio de comportamiento no es un evento único, sino un proceso gradual que ocurre en una serie de etapas el que se relaciona con el Balance Decisional el cual es un concepto importante dentro de este modelo, haciendo referencia al proceso mediante el cual una persona evalúa los pros y los contras para el cambio de un comportamiento específico, esta evaluación influye en su disposición para avanzar a través de las etapas del cambio.

Estas etapas del cambio son cinco e inician en la Precontemplación (Sin intención de cambio), y continúan de manera gradual de una etapa a otra con la contemplación (consientes de los problemas), preparación (intención de cambio), acción (modificación de comportamiento) y mantenimiento (recaídas).

El objetivo de este trabajo fue determinar la asociación entre las características de las adolescentes, el balance decisional y las etapas de cambio en el uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes, entre 12 a 24 años, durante el puerperio inmediato en un hospital público.

Material y Métodos

En el presente estudio se utilizó un diseño descriptivo correlacional⁷. La población fueron madres adolescentes puérperas de 12 a 24 años que se encontraron en el servicio toco-recuperación y ginecología en un hospital general público ubicado al sur de México. El tamaño de la muestra fue de 293. El cual se calculó con el paquete estadístico n Query Advisor 4,0. con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación de $R^2 = 0,09$ y una potencia de 90%.

Se diseñó una cédula de datos sociodemográficos para conocer las características de las madres adolescentes que incluye la edad, ingreso económico, el estado civil, pareja actual, nivel académico y ocupación.

El Balance Decisional se midió a través de la Escala de Balance Decisional para el uso de MAC diseñada por Galavotti⁸. Se evaluó en una escala numérica de nivel de importancia de 1 (No importante) a 5 (Muy importante), un ejemplo de ítem es "Si uso anticonceptivos... me sentiría más res-

ponsable". El puntaje se obtiene a partir de la sumatoria de los ítems por dimensión y se interpreta como a mayor puntaje, mayores ventajas en el uso de MAC. Se reportó una validez de constructo por análisis factorial confirmatorio (CFI = 0,92), y una consistencia interna con Alfa de Cronbach para las ventajas de 0,82 y para las desventajas de 0,81.

La Etapa de Cambio se evaluó mediante la adaptación del instrumento de etapas de cambio para reducir el riesgo sexual⁷ en el que se evalúa por medio de 6 ítems, cuatro preguntas con respuesta dicotómica y ubicación de la etapa de cambio de acuerdo con respuesta (ítems 1, 2, 3 y 5) ejemplo ¿Actualmente usas el implante subdérmico o el dispositivo intrauterino-DIU? si la respuesta es Sí (pase a la siguiente pregunta y se considera en etapa de ACCION) si es la respuesta es No (pase a la pregunta 3) y 2 preguntas con respuesta múltiple (4 y 6) ejemplo, ¿Cuál de estos métodos? Contesta de acuerdo con el que consideres que tienes mayor probabilidad de utilizar. Las posibles respuestas de acuerdo con la pregunta, pastillas anticonceptivas, inyección, anillo vaginal, parche, implante hormonal, DIU, condón masculino, condón femenino, ritmo, coito interrumpido, Billings y otros. Las puntuaciones posibles son 1=La precontemplación, incluye a las personas que no usaran anticonceptivos con sus parejas principales y no tienen intención de comenzar a hacerlo cada vez en los próximos 6 meses. 2=La contemplación incluye a las personas que actualmente no usan anticonceptivos con sus parejas principales, pero tienen la intención de comenzar a hacerlo cada vez en los próximos 6 meses. 3=La preparación consiste en personas que tienen la intención de comenzar a usar anticonceptivos cada vez dentro del próximo mes con la pareja principal. 4=La acción incluye a las personas que han estado usando anticonceptivos siempre durante al menos de 6 meses. Cabe destacar que esta última opción de respuesta si se utilizó, ya que al momento de la recolección de datos algunas ya contaban con un método anticonceptivo como el DIU o el implante, por lo que se optó por no modificar la opción de respuesta de este instrumento validado. A mayor puntuación mayor es la intención de uso de métodos anticonceptivos. Este instrumento cuenta con características psicométricas aceptables de validez de criterio, concurrente y predictiva ($F[3,296]=53,68$, $p<,001$), asimismo, presenta estabilidad en el test-retest ($CCI=,97$, $IC [,952-,981]$, $p<,01$)⁹.

Previo a la recolección de datos se obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL acorde los lineamientos de la Ley General de Salud para investigaciones en seres humanos¹⁰. Asimismo, se pidió la autorización de los directivos de la institución de segundo nivel. Una vez obtenidas las aprobaciones correspondientes se solicitó el registro de pacientes para su localización con respecto al rango de edad y diagnóstico. Posterior a ello se abordó a las madres adolescentes explicando de manera breve el objetivo previo a la solicitud del consentimiento informado para mayores de edad, consentimiento informado de tutores y/o el asentimiento. El tiempo aproximado fue de 15 minutos por participante en los servicios de ginecología y obstetricia y toco-recuperación.

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23,0. El tratamiento de los datos perdidos se realizó por medio del comando "pairwise" y "exclude" por lo que estos se excluyeron de los cálculos. Se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para el análisis de la distribución de las variables, la cual determinó que la distribución de las variables no presentó normalidad, por lo que se aplicó estadística no paramétrica. Se analizó mediante la estadística inferencial a través del coeficiente de correlación de Spearman debido a que los datos no presentaron distribución normal y se utilizó regresión línea múltiple considerando los intervalos de confianza al 95%. Cabe destacar que se evaluaron los supuestos para cada una de las pruebas realizadas.

Resultados

En cuanto a las características de las participantes se encontró una edad entre 12 y 24 ($M=19,66$ años; $DE=3,14$), se encontró que el ingreso familiar mensual promedio fue de 6117 pesos al mes, el 87,40% de las participantes vive con el papa de su hijo, el 70% en unión libre, el 51,50% reportó la secundaria como el último nivel de estudios, ($M=9,78$ años de estudio; $DE=2,50$) y el 84% es ama de casa. Se observó una percepción favorable de las ventajas ya que las participantes respondieron de manera general por arriba del punto intermedio. La media total para ventajas en el uso de MAC es $M=4,08$ ($DE=0,77$).

Tabla 1. Ventajas en el uso de MAC

Dimensiones	M	DE	Mdn	Min	Max
1.- Si uso anticonceptivos estaría a salvo del embarazo.	4,29	1,04	5	1	5
2.- Si uso anticonceptivos me sentiría más responsable	4,45	0,95	5	1	5
3.- Si uso anticonceptivos no tendría que lidiar con los resultados de un embarazo.	3,96	1,18	4	1	5
4.- Si uso anticonceptivos yo sería libre de tener relaciones sexuales sin tener que preocuparme por quedar embarazada.	4,01	1,13	4	1	5
5.- Si uso anticonceptivo mi pareja no tendría que preocuparse por mi embarazo.	3,72	1,32	4	1	5
6.- Los métodos anticonceptivos pueden hacer que el sexo se sienta poco natural	3,24	1,45	3	1	5
7.-Sería demasiado problema	3,83	1,40	4	1	5
8.-Costaría demasiado problema	3,98	1,36	5	1	5
9.-Está en contra de mis creencias	4,34	1,22	5	1	5
10.-El sexo seria menos emocionante	4,43	0,97	5	1	5

Etapa de Cambio par el uso de MAC

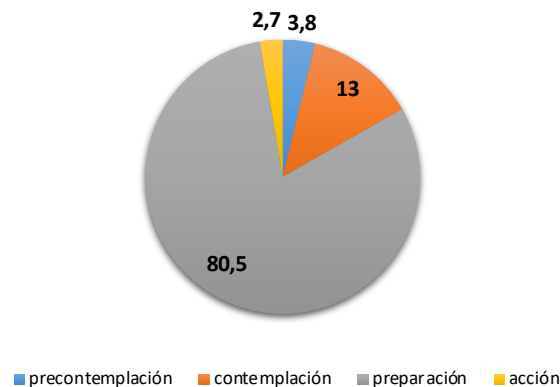


Figura 1. Etapas del cambio para el uso de métodos anticonceptivos de madres adolescentes

Tabla 2. Etapas de cambio y características de las madres adolescentes

Variables	Precon-templacio n=11		Contem-plació n=38		Preparación n=236		Acción n=8	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Pareja								
-En pareja con papá de mi hijo.	9	81,10	31	81,57	212	89,83	4	50
-Con pareja distinta al papá de mi hijo.	0	0	2	5,26	6	2,54	1	12,50
-Sin pareja	2	18,18	5	13,15	18	7,62	3	37,50
Estado civil								
-Soltera	2	18,18	6	15,78	18	7,69	3	37,50
-Unión libre	7	63,63	25	65,78	169	72,22	4	50
-Casada	2	18,18	7	18,42	47	20,08	1	12,50
Ocupación								
-Estudiante	1	11,11	2	5,55	15	6,66	0	0
-Ama de casa	8	88,88	33	91,66	199	88,44	6	75
-Empleada	0	0	1	2,77	11	4,88	2	25
Embarazo planeado								
-Si	7	63,63	22	57,89	131	55,50	3	37,50
-No	4	36,36	16	42,10	105	44,49	5	62,50

Tabla 3. Correlación de Balance decisional, etapas de cambio y características

Variables	Ventajas en el uso del MAC		Desventajas en el uso del MAC		Etapas de cambio en el uso de MAC	
	(<i>r_s</i>)	(<i>p</i>)	(<i>r_s</i>)	(<i>p</i>)	(<i>r_s</i>)	(<i>p</i>)
Edad	0,01	0,864	-0,05	0,421	0,03	0,623
Años de estudio	0,02	0,717	-0,16*	0,007	0,00	0,974
Ingreso económico	-,04	0,533	-0,07	0,237	0,07	0,276

Tabla 4. Modelo de regresión lineal simple para predictor de las desventajas en el uso del MAC en las madres adolescente en puerperio inmediato

Variable	<i>B</i>	95% <i>CI</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(constante)	12,604	[10,711-14,567]		12,011	0,001
Años de estudio	-0,247	[-0,434 -0,060]	-0,138	-2,380	0,018

n=293, IC: Intervalo de confianza para B.

De acuerdo con los descriptivos por pregunta, la media más alta se dio en la pregunta: Si uso anticonceptivos me sentiría más responsable (M=4,45; DE=0,95) y la media más baja en la pregunta: Si uso anticonceptivo mi pareja no tendría que preocuparse por mi embarazo (M=3,72; DE=1,32), (tabla 2). La media total para las desventajas en el uso de anticonceptivos es M=4,08 (DE=0,77). De acuerdo con los descriptivos por pregunta, la media más alta se dio en la pregunta: El sexo sería menos emocionante (M=4,43; DE=0,97), y la media más baja en la pregunta: Los métodos anticonceptivos pueden hacer que el sexo se sienta poco natural (M= 3,24; DE=1,45), (Tabla 1).

El 3,80% (f=11) se encontraba en la fase de precontemplación ya que no planean utilizar un método anticonceptivo. El 13% (f=38) se encuentra en fase de contemplación, siendo el método más considerado el implante subdérmico con un 31,60% (f=12). El 80,50% (f=236) se encuentra en fase de preparación, siendo el método más contemplado de igual forma el implante subdérmico con un 45,80.% (f=108). El 2,70% (f=8) se encuentra en fase de acción, siendo el DIU el más considerado con un 75% (f=6). En la figura 1 se puede apreciar que la mayoría se encontraba en etapa de preparación.

De acuerdo con las características de las madres adolescentes en puerperio inmediato se encon-

tró que la mayoría se encontraba en pareja con el papá de su hijo, unión libre como estado civil, ama de casa, y para las primeras tres etapas de cambio se reporta un embarazo planeado excepto para aquellas que se encontraban en etapa de acción (Tabla 2).

En función de las variables del estudio, mediante un análisis de correlación de Spearman, se encontró una correlación inversa significativa débil entre las desventajas percibidas en el uso del MAC y los años de estudio en las madres adolescentes puérperas ($r_s=-0,16$; $p<0,01$), lo que indica que a mayor escolaridad menor desventajas percibidas ante el uso del MAC. El resto de las variables no se correlacionaron (Tabla 3).

Para las variables nominales se realizaron pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis y no se encontraron diferencias significativas.

Se ajustaron modelos de regresión lineal simples por cada una de las variables encontrándose sólo asociación entre las desventajas percibidas en el uso del MAC y los años de estudio en las madres adolescentes puérperas explicando un 16% de la varianza ($F=5,602$, $p=0,018$). Esto mostró que la variable año de estudio ($\beta=-0,247$; $p<,01$) fue predictor de la variable balance decisional en el uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes en el puerperio inmediato (Tabla 4).

Discusión

En función de los hallazgos, se puede apreciar que el Modelo Transteórico de Cambio fue útil para explicar el proceso en el cual las madres adolescentes toman la decisión acerca de la utilización de los métodos anticonceptivos utilizando las etapas de cambio. Se observó que las adolescentes comparten características comunes como, ser amas de casa, vivir en unión libre, la planificación de un embarazo y la secundaria como último grado de estudio. Este hallazgo es similar a lo encontrado por Manjarres¹¹ y Medellín¹² quienes encontraron que la mayoría de las participantes declararon vivir en unión libre, ser amas de casa, vivir con el papa del hijo y la secundaria como último grado de estudio. Sin embargo, es contrario a lo reportado por Barbieri¹³ quien evaluó la aceptación del implante subdérmico, encontrando que arriba del punto intermedio de las participantes respondió ser solteras y estudiantes. Lo anterior pudiera deberse a los diferentes determinantes sociales de la salud que influyeron en la población de estudio y que esta realidad pudiera ser diferente al evaluar los métodos de planificación modernos.

Se evidencia durante este estudio que las madres adolescentes observan pros y contras (ventajas y desventajas) en cuanto a la anticoncepción ante el uso de MAC, durante la toma de decisión. Este hallazgo es similar a lo reportado por Buckingham¹⁴ sobre las ventajas percibidas, ya que en su estudio al examinar las actitudes de las adolescentes, encontró que tenían percepciones positivas sobre los métodos anticonceptivos. Por su parte Manjarres¹⁰ encontró que tienen una percepción por arriba del punto intermedio para las desventajas en el uso del MAC en población similar. Esta se pudiera considerar como una incongruencia respecto a lo que dice el modelo ya que para que una persona tome la decisión del cambio debe tener menores desventajas y mayores ventajas. Esto puede explicarse debido a la etapa de vida en la que están las madres adolescentes ya que además de estar asimilando un nuevo rol ven como necesario el uso de anticonceptivos para prevenir embarazos subsecuentes. Asimismo, la percepción en madres adolescentes durante el puerperio inmediato puede deberse a un periodo de incertidumbre o vacilación durante la toma de decisión ante el uso de MAC.

Las etapas de cambio con respecto a la decisión del uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes en puerperio inmediato, los hallazgos son similares al estudio de Frarey¹⁵ y Medellín¹², quienes encontraron que las adolescentes tienen niveles altos de intención de uso de MAC en el posparto. Los hallazgos en relación con las etapas de cambio en el uso de MAC, de acuerdo con las características de las madres adolescentes, coinciden con los resultados de Villalobos¹⁶ quien encontró que aquellas con intención de usar de un MAC eran amas de casa con secundaria como último grado de estudios. Con base a la preferencia de las madres adolescentes en el uso de un MAC de larga duración, como el implante hormonal o DIU, este hallazgo es similar al estudio de Barbieri¹³ y Sober¹⁷ quienes encontraron que, las adolescentes en el posparto tienen una mayor intención de un MAC de larga duración como el implante.

Sobre la asociación entre las características, el balance decisional y las etapas de cambio en el uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes, a pesar de no encontrar una diferencia significativa entre las características de la madre adolescente, balance decisional y etapas de cambio, se encontró una correlación inversa significativa entre el balance decisional y los años de estudio; lo que indica que, a menor escolaridad en madres adolescentes en puerperio mayores desventajas percibidas ante el uso del MAC. Esto coincide con Medellín¹⁰ quien encontró que las adolescentes en el posparto, con mayores años de estudio, tenían una mejor percepción de las ventajas ante el uso de MAC.

La escolaridad, en las madres adolescentes, es un predictor de la percepción de pros y contras ante el uso de un MAC. Derivado de lo anterior, los resultados obtenidos en nuestro estudio evidencian una intención ante el uso de MAC en adolescentes durante el puerperio inmediato, prefiriendo los MAC de larga duración; existiendo una relación y efecto inverso entre, los años de estudio y desventajas en el uso de MAC.

Una de las limitaciones del estudio fue la disposición de las participantes debido a la convalecencia de posparto, como dolor, sueño, hambre, náuseas, o inicio y el alojamiento conjunto. El tiempo igual fue un limitante, en la búsqueda de

horarios, en la que las madres adolescentes se encontrarán disponibles para participar, dependiendo de un horario específico, como el horario de visita familiar de las participantes que no se encontraban en compañía de algún tutor o familiar; esto con el fin de la firma del consentimiento informado. Otra limitación fue el instrumento empleado para las etapas de cambio en el uso de MAC ya que no existen instrumentos específicos por lo que se tuvo que adaptar uno para uso de condón lo cual pudiera haber afectado la medición de la variable resultado.

Conclusiones

Las madres adolescentes durante el puerperio inmediato tienen características sociodemográficas comunes; dichas cualidades pueden tener efecto sobre de las percepciones ante el uso o no de un MAC en las adolescentes.

De acuerdo con la alta prevalencia de ventajas y desventajas percibidas durante la toma de decisión ante el uso de un MAC, se observa que, durante el puerperio existe una incongruencia en la percepción de pros o contras en las madres adolescentes ante el uso de MAC. Sin embargo, las adolescentes en el puerperio muestran interés e intención ante el uso de un MAC; siendo los MACs de larga duración como el DIU o Implante subdérmico los más solicitados.

La escolaridad parece ser una de las características más importantes en este periodo de vida. El tener un pensamiento informado y reflexivo acerca de los beneficios que existe en la planificación familiar, es fundamental para tomar la mejor decisión en el uso de un MAC durante el puerperio inmediato.

Los hallazgos de este estudio muestran evidencia sobre la importancia de dar consejería previa al alta ya que al encontrarse la mayoría en etapa de preparación el personal de enfermería podría facilitar la transición favorable a la acción en el uso de los métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos a temprana edad. Se recomienda realizar investigación cualitativa y de metodología mixta para profundizar en el fenómeno de estudio y conocer las necesidades para intervenir en un futuro a este grupo tan vulnerable. Se recomienda desarrollar instru-

mentos para evaluar las etapas de cambio en el uso de MAC para poder verificar la asociación entre las variables.

Aunque el presente estudio es de tipo no experimental, la estandarización de los procedimientos mediante manuales de operación y entrenamientos permitió una correcta recolección de la información. En cuanto al análisis al considerar los intervalos de confianza y los supuestos de las pruebas estadísticas, se podría considerar un estudio que presenta validez de conclusión estadística, asimismo, presentó validez de constructo ya que se respetaron los conceptos del modelo transteórico y sus relaciones de acuerdo con los supuestos y proposiciones.

Aprobación y consentimiento informado

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud⁹ y contó con la aprobación de los comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) con No. de Registro FAEN-M-1908.

Contribución de autoría

Conceptualización: Raquel Alicia Benavides Torres; Richard Francisco Martínez Escalante; Lucía Caudillo Ortega; José Luis Hernández Torres; Rosario Eduardo Apodaca Armenta.

Curación de datos: Raquel Alicia Benavides Torres; Richard Francisco Martínez Escalante.

Metodología: Raquel Alicia Benavides Torres; Richard Francisco Martínez Escalante; Lucía Caudillo Ortega; José Luis Hernández Torres; Rosario Eduardo Apodaca Armenta.

Redacción-revisión y edición: Raquel Alicia Benavides Torres; Richard Francisco Martínez Escalante; Lucía Caudillo Ortega; José Luis Hernández Torres; Rosario Eduardo Apodaca Armenta.

Validación: Raquel Alicia Benavides Torres; Richard Francisco Martínez Escalante; Lucía Caudillo Ortega; José Luis Hernández Torres; Rosario Eduardo Apodaca Armenta.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses ya que los resultados que aquí se presen-

tan no estuvieron influenciados por ningún tipo de interés financiero, profesional, personal ni profesional por ninguno de los autores del estudio.

Agradecimiento

Agradecemos a las Secretaría de Salud del Estado de Campeche y a la pasante Kerime Patricia Ra-

mos Chapa por la edición del presente manuscrito.

Financiamiento

Este proyecto fue financiado en parte por el CONAHCYT por medio de una beca de Maestría a Richard Francisco Martínez Escalante.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 22]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es
3. Castañeda J, Santa-Cruz H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enferm. glob.* [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 10];20(62):109-128. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200004&lng=es
4. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*[Internet]. 2018 [cited 2024 Sep 10];2(3):223-228. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
5. Universidad Autónoma de México (UNAM), México, primer lugar en embarazos en adolescentes entre países integrantes de la OCDE[Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 22]. Available from: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_729.html
6. Morales CT, Saen NE, Barrera de León JC, Flores ML. Modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal. *Revista Científica de Psicología Eureka*[Internet]. 2022[cited 2022 Feb 22]; 19: 242-264. Available from: <https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/292>
7. Grove SK, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders. 2013
8. Galavotti C, Cabral RJ, Lansky A, Grimley DM, Riley GE, Prochaska JO. Validation of measures of condom and other contraceptive use among women at high risk for HIV infection and unintended pregnancy. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*[Internet]. 1995[cited 2022 Feb 22]; 14(6): 570-578. Available from: <https://doi.org/10.1037//0278-6133.14.6.570>
9. Aranda-Ibarra JR, Benavides-Torres RA. Reliability and Validity of a Stages of Change Algorithm for HIV Rapid Test. *Revista Peruana De Ciencias De La Salud* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 8];5(4):48-58. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9303718>
10. Secretaría de Salud (SSA). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud[Internet]. 2014 [cited 2023 Jun 2]. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
11. Manjarres NI. Intervención motivacional asistida por computador para el incremento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León] [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 17] Available from: <http://eprints.uanl.mx/20053/>
12. Medellín DR. Normas subjetivas e intenciones de uso de métodos anticonceptivos de adolescentes en el tercer trimestre de embarazo. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León] [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 17]. Available from: <http://eprints.uanl.mx/23019/>
13. Barbieri MM, Herculano TB, Dantas SA, Bahamondes L, Juliato CRT, Surita FG. Acceptability of ENG-releasing subdermal implants among postpartum Brazilian young women during the COVID-19

- pandemic. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*[Internet]. 2021[cited 2022 Feb 22]; 154(1):106-12. Available from:<https://doi.org/10.1002/ijgo.13663>
14. Buckingham P, Moulton JE, Subasinghe AK, Amos N, Mazza D. Acceptability of immediate postpartum and post-abortion long-acting reversible contraception provision to adolescents: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*[Internet]. 2021[cited 2022 Feb 22]; 100(4): 629-40. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14129>
 15. Frarey A, Gurney E, Sober S, Whittaker P, Schreiber C. Postpartum contraceptive counseling for first-time adolescent mothers: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 22]; 299(2), 361–369. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4969-0>
 16. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, de la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México* [Internet]. 2015 [cited 2022 Feb 22];57(2): 135–143. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10636867004.pdf>
 17. Sober S, Shea J, Shaber G, Whittaker P, Schreiber A. Postpartum adolescents contraceptive counselling preferences. *The European Journal of Contraception Reproductive Health Care* [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 22];22(2):83–87. Available from: <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1269161>

Programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina desde un enfoque interseccional. Revisión sistemática

Librado-González Natanael

<https://orcid.org/0000-0001-8505-4080>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Monterrey,
Nuevo León, México.
Universidad de São Paulo, Escuela de
Enfermería, Ribeirão Preto, São Paulo,
Brasil.
nlibrado3@gmail.com

dos Santos-Monteiro Juliana Cristina

<https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>
Universidad de São Paulo, Escuela de
Enfermería, Ribeirão Preto, São Paulo,
Brasil.
jumonte@eerp.usp.br

Ramírez-Calderón Alan Josué,

<https://orcid.org/0000-0002-1839-906X>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Monterrey,
Nuevo León, México.
josue.ramirez@uanl.edu.mx

Nicolas-Santiago Maritza

<https://orcid.org/0000-0002-4482-7697>
Sistema de Universidades Estatales de
Oaxaca, Instituto de Investigación sobre
la Salud Pública, Universidad de la
Sierra Sur, Miahuatlán de Porfirio Díaz,
Oaxaca, México.
maritza.nstgo.unsis@gmail.com

Correspondencia:

Librado-González Natanael
nlibrado3@gmail.com

Recibido: 11 de mayo 2024

Aceptado: 19 de junio 2024

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 49, Número 3, Año 2024
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: la interseccionalidad en salud ofrece un marco analítico fundamental para comprender las inequidades sociales. Este enfoque es esencial para su inclusión en los programas de prevención de embarazo adolescente en América Latina.

Objetivo: realizar una revisión sistemática de los programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina desde un enfoque interseccional.

Material y métodos: se siguieron las directrices PRISMA y el Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones. La búsqueda abarcó ensayos controlados aleatorizados en inglés, español y portugués en bases de datos como PubMed, Cochrane, BIREME, BVS, LILACS, ERIC, PsycINFO, SCOPUS y Google Scholar. Se excluyeron estudios de casos y controles, cohortes y cuasiexperimentales. El riesgo de sesgo fue evaluado con la herramienta RoB2 de Cochrane. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y medidas de efecto. El protocolo fue registrado en PROSPERO (CRD42024540325).

Resultados: se revisaron siete estudios con 16 873 participantes. Uno de ellos destacó la importancia interseccional en la prevención del embarazo adolescente al abordar la diversidad sexual y de género. Los demás estudios mostraron que las intervenciones educativas y de autoeficacia pueden aumentar el uso del condón, mejorar el asertividad sexual, reducir las tasas de embarazo e iniciación sexual y mejorar el conocimiento anticonceptivo.

Discusión: existe una brecha en la consideración de la interseccionalidad. Se evidencia limitada efectividad de las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente, careciendo de evidencia robusta en estrategias interseccionales.

Conclusiones: la revisión subraya la importancia de enfoques inclusivos e integra- dores para abordar eficazmente las desigualdades en la prevención del embarazo adolescente.

Palabras clave: América Latina; embarazo en adolescencia; marco interseccional; conducta sexual.

Adolescent pregnancy prevention programs in Latin America from an intersectional approach. Systematic review

Abstract

Introduction: intersectionality in health offers a fundamental analytical framework for understanding social inequities. This approach is essential for inclusion in adolescent pregnancy prevention programs in Latin America.

Objective: To conduct a systematic review of adolescent pregnancy prevention programs in Latin America from an intersectional approach.

Material and methods: PRISMA guidelines and the Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions were followed. The search encompassed randomized controlled trials in English, Spanish, and Portuguese in databases such as PubMed, Cochrane, BIREME, BVS, LILACS, ERIC, PsycINFO, SCOPUS and Google Scholar. Case-control, cohort, and quasi-experimental studies were excluded. Risk of bias was assessed using the Cochrane RoB2 tool. Data were analyzed using descriptive statistics and measures of effect. The protocol was registered in PROSPERO (CRD42024540325).

Results: Seven studies with 16 873 participants were reviewed. One of them highlighted the intersectional importance in the prevention of adolescent pregnancy by addressing sexual and gender diversity. The other studies showed that educational and self-efficacy interventions can increase condom use, improve sexual assertiveness, reduce pregnancy and sexual initiation rates, and improve contraceptive knowledge.

Discussion: There is a gap in the consideration of intersectionality. There is limited evidence of effectiveness of interventions to prevent adolescent pregnancy, lacking robust evidence in intersectional strategies. **Conclusions:** The review underscores the importance of inclusive and integrative approaches to effectively address inequalities in adolescent pregnancy prevention.

Keywords: Latin America; teenage pregnancy; intersectional framework; sexual behaviour.

Cómo citar este artículo: Librado-González N, dos Santos-Monteiro JC, Ramírez-Calderón AJ, Nicolas-Santiago M. Programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina desde un enfoque interseccional. Revisión sistemática. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 Sept[cited]; 49(3): 64-76. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6730>



Introducción

La interseccionalidad en salud es un marco analítico que permite comprender cómo múltiples inequidades, como género, raza, clase social y otras dimensiones sociales, interactúan simultáneamente para influir en los resultados de salud, determinando las disparidades y promoviendo un análisis más profundo y completo de las desigualdades. Este enfoque es esencial en la prevención del embarazo adolescente en América Latina, en el cual factores como la pobreza, la desigualdad económica, el nivel educativo, las normas de género, el acceso a servicios de salud y la educación sexual integral, entre otros, requieren ser abordados de manera interconectada. Al considerar estos determinantes, se promueve la equidad y la eficacia en las intervenciones, permitiendo un abordaje más justo y contextualizado de la complejidad que enfrentan las adolescentes en la región^{1,2}.

En este contexto, el embarazo en la adolescencia ha sido una preocupación mundial debido a sus implicaciones en la salud y el desarrollo de los adolescentes, así como en las dinámicas sociales y económicas de las sociedades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que alrededor de 12,8 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 15 y 19 años, dan a luz a un recién nacido vivo. Esta situación es más prevalente en países en vías de desarrollo y con ingresos medianos y bajos³.

En 2019, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) informaron que aproximadamente 21 millones de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años habían experimentado al menos un embarazo, registrando una tasa global de 41 nacimientos por cada 1 000 adolescentes. Esta situación resalta la alta prevalencia de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) en América Latina y el Caribe, donde se observan cifras alarmantes: 94 nacimientos por cada 1 000 adolescentes en República Dominicana, 57 en Perú, 85 en Nicaragua, 49 en Ecuador, 48,1 en Panamá, 54,6 en El Salvador, 95,1 en Honduras, 53,2 en Colombia y 60,3 en México, de acuerdo con la División de Población de Naciones Unidas (DPNU). Esta región se caracteriza por una de las tasas de fecundidad adolescente más elevadas a nivel mundial, supe-

rada únicamente por los países del África subsahariana. En particular, la maternidad adolescente presenta una prevalencia superior al 12%, especialmente entre adolescentes de bajos ingresos y con menor nivel educativo⁴⁻⁷.

Por lo tanto, el embarazo adolescente en México es un problema apremiante de salud pública, con una tasa de fecundidad de 77 nacidos vivos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años, lo anterior es significativamente mayor al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 13,7 nacimientos por cada 1 000⁸⁻¹⁰. Como consecuencia, existen serias implicaciones para la salud reproductiva de las adolescentes, incluyendo la transmisión intergeneracional de la pobreza, altas tasas de mortalidad y morbilidad materna, así como complicaciones como abortos de alto riesgo, infecciones sistémicas, partos prematuros y hemorragias por lo que es imperativo abordar esta problemática de manera integral y efectiva^{11,12}.

Ante esta realidad, la interseccionalidad emerge como una herramienta esencial para comprender y abordar los factores complejos que influyen en la alta tasa de embarazo adolescente. Este enfoque permite un análisis profundo de cómo interactúan el género, la raza, la orientación sexual y otros determinantes sociales, ofreciendo un marco integral para prevenir el embarazo adolescente al considerar las múltiples dimensiones que afectan a las jóvenes. Al reconocer estos factores interconectados, la interseccionalidad facilita una comprensión más completa de las dinámicas que contribuyen a esta problemática, superando las explicaciones centradas únicamente en la clase social¹³.

Al considerar las influencias interseccionales de factores sociales, culturales e individuales, la interseccionalidad puede informar el desarrollo de programas efectivos de prevención del embarazo que se adapten a las diversas necesidades de los adolescentes¹². Destaca la importancia de abordar no solo los antecedentes sexuales sino también los antecedentes no sexuales y los enfoques integrales de prevención¹⁴.

A través de una mirada interseccional, los investigadores y los profesionales de salud pueden descubrir los supuestos heteronormativos y las ubicaciones sociales que contribuyen a las per-

cepciones sobre el embarazo adolescente, proporcionando una comprensión más matizada del tema¹⁵⁻¹⁷.

Al incorporar las ideas centrales de interseccionalidad, como la desigualdad social, la complejidad y la justicia social, en estudios o programas de investigación en salud poblacional, las intervenciones pueden adaptarse para atender las necesidades específicas de los subgrupos interseccionales y reducir las tasas de embarazo adolescente¹⁸.

Aunado a lo anterior, existe evidencia global que las intervenciones psicológicas pueden ser eficaces para reducir las conductas sexuales de riesgo y prevenir embarazos no deseados mediante anticoncepción. Sin embargo, todavía no se ha encontrado revisiones sistemáticas centradas específicamente en intervenciones que disminuyan los riesgos sexuales en escuelas para prevenir el embarazo adolescente y que incluyan en sus programas un enfoque interseccional como la perspectiva de género, educación, etnicidad, clase social y orientación sexual^{19,20}.

De aquí que esta revisión sistemática analizó las brechas existentes en las intervenciones grupales o individuales para prevenir el embarazo adolescente de 10 a 19 años en América Latina y el Caribe. Se abordó este tema desde un análisis interseccional ya que este desempeña un papel fundamental en la prevención del embarazo adolescente. La importancia de este enfoque radica en su capacidad para considerar cómo diversas identidades, el género, raza, clase social y orientación sexual, se entrecruzan para moldear las experiencias individuales^{21,22}. Además, permite una visión más completa de las desigualdades y los factores de riesgo, lo que a su vez facilita el diseño de estrategias inclusivas y culturalmente sensibles que pueden marcar una diferencia significativa en la reducción del embarazo adolescente y la promoción de la salud sexual y reproductiva²³⁻²⁵.

Ante este escenario, el objetivo fue realizar una revisión sistemática de los programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina desde un enfoque interseccional.

Al presentar la evidencia existente en la región, se hace énfasis en identificar áreas que requieren mayor exploración desde la visión de la interseccionalidad¹.

Material y Métodos

Revisión sistemática con base en el Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones²⁶, además de la guía de Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA) 2020 para identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar estudios²⁷. La revisión sigue una pregunta PICO (población, intervención, comparador y resultados), para guiar la selección de estudios, búsqueda, recopilación de datos y presentación de resultados.

Estrategia de búsqueda y criterios de elegibilidad

Se hizo una búsqueda exhaustiva de literatura nacional e internacional para identificar Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) independientemente del año de publicación, la búsqueda se realizó en idioma inglés, español y portugués, en bases de datos como PubMed, Cochrane, BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud), BVS (Biblioteca Virtual en Salud), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), el Centro de Información de Recursos Educativos (ERIC), PsycINFO y SCOPUS. Además, se realizó una búsqueda de literatura gris en Google Scholar, de la misma manera, se complementó la búsqueda consultando a expertos en el campo para identificar estudios que no estén disponibles en revistas indexadas o estudios académicos y científicos publicados en instituciones gubernamentales y repositorios de universidades que no han sido sometidos a revisión por pares. Se analizó la pertinencia de los estudios en función de la intervención, el diseño, los grupos de participantes y los resultados medidos, para luego determinar cuáles de ellos cumplen con los criterios de inclusión.

Esta revisión incluyó estudios que cumplían con los siguientes criterios: P) adolescentes entre 10 y 19 años según definición de la OMS, I) intervenciones o programas educativos centradas en prevención de embarazo adolescente, reducción de riesgo sexual en entornos escolares y no escolares a nivel individual y colectiva que incluyera una característica interseccional como género, etnia, clase social, raza u orientación sexual, C) estudio sin grupo de comparación o un comparador de cualquier tipo, incluido los participantes sin exposición a la intervención educativa, O) ECA

con grupo control y experimental. Se excluyeron estudios de casos y controles, cohorte, cuasiexperimentales y transversales, incluidos aquellos que no abordaban específicamente los resultados de prevención de embarazo adolescente en la región de América latina.

Selección de estudios y extracción de datos

La búsqueda en la base de datos se realizó utilizando los tesauros DeCS y MeSH en inglés y español, combinándolos con operadores booleanos. Los términos utilizados fueron "Adolescent", "Adolescents", "adolescence", "Teenagers", "Teens", "Program", "educat", "prevent*", "Contraceptiv*", "condom*", "Sexual Risk Reduction", "pregnan*", "Gestation", "control group", "controlled group", "randomized controlled trial," "Controlled Clinical Trial", "Latin America", "The Caribbean", "Central America", "South America". También se incorporaron términos relacionados con la interseccionalidad: "gender", "social class", "ethnicity", "race" y "interseccional".

Los estudios recuperados se asignaron a la herramienta Rayyan²⁸. Se siguieron los criterios de elegibilidad, el autor principal del estudio realizó la selección de títulos, resúmenes y lectura de los textos completos, posteriormente los desacuerdos fueron resueltos por consenso con los otros dos autores.

Después se elaboró un formulario de extracción de datos utilizando el Software Microsoft Excel 2023, recolectando los siguientes datos: metadatos (autor, año de publicación, país, diseño de estudio, tamaño de muestra) aspectos demográficos (sexo, edad), datos de interseccionalidad (raza, género, clase social y orientación sexual) y los resultados de interés.

También se extrajeron los componentes de la intervención y control (nombre, detalles de la intervención, contenido del programa, así como la estrategia de ejecución de la intervención (método y tipo de sesión, entorno, número de sesión, proveedor y objetivo de la intervención, así como la población de estudio).

Riesgo de sesgo y evaluación de calidad

Se evaluó el riesgo de sesgo en los ensayos clínicos aleatorizados seleccionados utilizando la guía

y las herramientas RoB 2 de Cochrane. La evaluación fue llevada a cabo por pares de investigadores revisores, quienes registraron los resultados y resolvieron los conflictos surgidos durante el proceso de revisión de sesgos mediante consenso²⁹.

Síntesis de evidencia

Para el análisis de los datos extraídos se utilizó estadística descriptiva de acuerdo a los siguientes rubros de análisis. Los resultados individuales de los estudios y medidas de efecto se registraron según lo informado por los autores de los ECA. Todos los resultados medidos se presentaron en frecuencias, medias y desviación estándar (DE), diferencias de medias y probabilidad ajustadas ratio (HR), riesgo relativo ajustado (ARR), riesgo relativo (RR) y odds ratio (OR). De igual manera se recogió el intervalo de confianza (IC) así como el nivel de análisis estadístico utilizado en los ECA.

Resultados

Se encontraron 1 325 resultados a través de los buscadores electrónicos y se eliminaron 334 duplicados. De los 991 artículos, 38 cumplían con los criterios de inclusión y fueron incluidos en la revisión sistemática para su análisis. En el diagrama de flujo PRISMA³⁰ se detalla en la figura 1.

Estudios incluidos y participantes

De los 7 estudios incluidos, solo 6 (85,71%) fueron ECA y 1 (14,28%) fue un estudio de intervención educativa sin grupo control y aleatorización. Todos los estudios se llevaron a cabo en países de América Latina, con un total de 16 873 participantes. La edad promedio de los participantes fue de 14,5 años. Además, el 41,43% de los participantes fueron mujeres. Solo una publicación (14,28%) centró su intervención en la relevancia de abordar la diversidad sexual y de género en la prevención del embarazo adolescente. Aunque no se centró exclusivamente en un enfoque interseccional, se incorporaron conceptos teóricos relevantes.

En un estudio realizado en Colombia, la implementación del programa COMPAS en escuelas para adolescentes de 12 a 19 años resultó en cambios significativos en comportamientos relacionados con la sexualidad. El aumento en el uso del con-

dón durante las relaciones sexuales, así como el incremento en la autoeficacia y la asertividad sexual, indican una mayor conciencia y habilidades para la prevención de embarazos no deseados³¹.

De manera similar, otro estudio realizado en el mismo país evidenció diferencias significativas en experiencias sexuales específicas y métodos de protección entre los adolescentes que participaron en el programa COMPAS en comparación con aquellos que no lo hicieron³².

Un estudio realizado en Cuba subraya la relevancia de la educación sexual en la prevención del embarazo adolescente. A pesar de la ausencia de un grupo de control, la implementación de una intervención educativa en consultorios mé-

dicos dirigida a adolescentes demostró un aumento en los conocimientos adecuados sobre la responsabilidad de evitar embarazos y sobre métodos anticonceptivos³³.

Asimismo, dos estudios realizados en Chile demuestran los efectos positivos a largo plazo de los programas de intervención en la reducción de las tasas de embarazo adolescente. Tanto el programa TeenSTAR como COMPAS mostraron una disminución significativa en la iniciación sexual y una mayor interrupción de la actividad sexual en los grupos de estudio en comparación con los grupos de control³⁴.

En la Tabla 1 se muestran las principales características de los estudios incluidos.

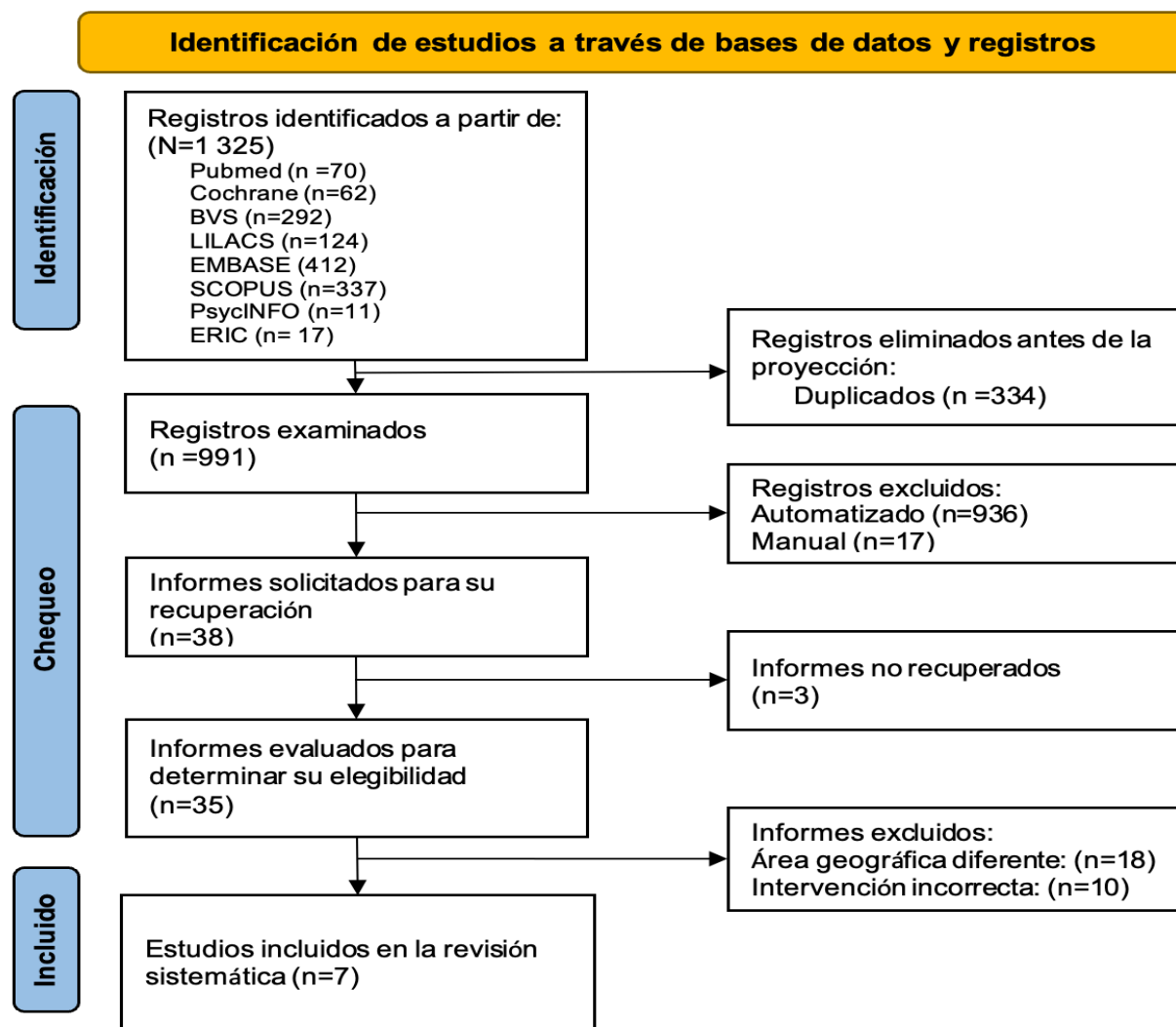


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para el proceso de selección de estudios

Tabla 1. Características de los estudios incluidos

Autor y año	País	Diseño	Programa	Sitio de la intervención	Proveedor de la intervención	Destinatario de la Intervención	% Femenino	Numero de sesiones	Método de comunicación	Seguimiento	Resultados
Gómez et al. ³² 2022	Colombia	ECA	Competencias para adolescentes con una sexualidad saludable (COMPAS)	Escuela	Investigadores	2 047 adolescentes de 12 y 19 años	52,1	Acción participativa, 1 sesión por semana (25 a 30 participantes) por 5 semanas (1 hora)	Individual y grupal	6 meses	Resultados conductuales: uso del condón durante las relaciones sexuales ($AOR = 7,52$; $IC\ 95\% 0,41-16,62$; $p < 0,05$), lo que podría indicar un aumento de la autoeficacia ($AOR = 1,44$; $95\% CI 1,30-1,61$; $p < 0,001$), el número de parejas sexuales ($AOR = 7,52$; $IC\ 95\%: 0,41-16,62$; $p < 0,05$). En cuanto a la asertividad sexual, se observó diferencias significativas en las tres medidas: iniciación ($AOR = 3,70$; $IC\ 95\%: 2,39-5,73$; $p < 0,001$), rechazo ($AOR = 2,60$; $IC\ 95\%: 1,42-4,72$; $p < 0,002$) y negociación del uso del preservativo ($AOR = 12,06$; $IC\ 95\%: 0,53-11,01$; $p < 0,001$). No hubo pruebas de que el uso difiriera entre los grupos (33,0% control versus 37,0% intervención; odds ratio ajustado ($OR = 1,19$; $IC\ del\ 95\%: 0,80 a 1,77$; $p = 0,40$). Hubo un efecto significativo limitrofe con respecto a la aceptabilidad (63% de control versus 72% de intervención; $OR\ ajustado (OR = 1,49$; $IC\ del\ 95\%: 0,98 a 2,28$; $p = 0,06$). Experiencia sexual, caricias: ($\chi^2 = 13,38$, $p < 0,001$), la masturbación mutua ($\chi^2 = 0,35$, $p > 0,05$), el sexo oral ($\chi^2 = 0,14$, $p > 0,05$), el sexo vaginal ($\chi^2 = 2,38$, $p < 0,05$) y el sexo anal ($\chi^2 = 17,29$, $p < 0,001$). Métodos de protección: ($\chi^2 = 4,41$, $p < 0,05$). Conocimientos adecuados antes y después de la intervención: Responsabilidad de evitar embarazos en la pareja: ($p = 0,01$). Formas de evitar un embarazo: ($p = 0,03$). Métodos anticonceptivos: ($p = 0,03$). Existe una diferencia significativa entre géneros en la percepción de que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método abortivo (hombres, 9,2% y mujeres, 3,3%, $p = < 0,001$).
McCarthy et al. ³⁵ 2020	Bolivia	ECA	Intervención conductual por teléfono móvil "Tú decides"	En línea a través de aplicación móvil	Investigadores	1 310 adolescentes de 16 a 24 años	100	Envío de 0 a 3 mensaje al día, en total, 183 mensajes en 120 días	Individual	4 meses	Experiencia sexual, caricias: ($\chi^2 = 13,38$, $p < 0,001$), la masturbación mutua ($\chi^2 = 0,35$, $p > 0,05$), el sexo oral ($\chi^2 = 0,14$, $p > 0,05$), el sexo vaginal ($\chi^2 = 2,38$, $p < 0,05$) y el sexo anal ($\chi^2 = 17,29$, $p < 0,001$). Métodos de protección: ($\chi^2 = 4,41$, $p < 0,05$). Conocimientos adecuados antes y después de la intervención: Responsabilidad de evitar embarazos en la pareja: ($p = 0,01$). Formas de evitar un embarazo: ($p = 0,03$). Métodos anticonceptivos: ($p = 0,03$). Existe una diferencia significativa entre géneros en la percepción de que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método abortivo (hombres, 9,2% y mujeres, 3,3%, $p = < 0,001$).
Morales et al. ³¹ 2019	Colombia	ECA con Método mixto	Competencias para adolescentes con una sexualidad saludable (COMPAS)	Escuela	Experto en promoción de la salud sexual	100 adolescentes de 15 y 19 años	55	5 sesión de 50 min adaptada de 3 horas (20 min de descanso)	Individual y grupal	6 meses	Las tasas de embarazo para los grupos de intervención y control por cohorte: 1997: 3,3% y 18,9% ($RR: 0,176$, $IC: 0,076-0,408$). 1998 4,4% y 22,6% ($RR 0,195$, $IC: 0,099-0,384$).
Álvarez et al. ³³ 2018	Cuba	Intervención	Intervención Educativa	Consultorio Médico	Investigadores	46 adolescentes de 14 y 19 años	100	6 temas fundamentales, sesiones de 1 hora, durante 6 semanas	Individual y grupal	4 meses	La iniciación sexual fue del 15,0% en el grupo de control y del 6,5% en el grupo de estudio. Entre los estudiantes sexualmente activos, el 20,0% en el grupo de estudio y el 9,0% en el grupo de control interrumpieron la actividad sexual. Además, la tasa de iniciación para hombres fue del 17,6% en el grupo de control y del 8,8% en el grupo de estudio ($p = < 0,004$), mientras que para mujeres fue del 12,4% en el grupo de control y del 3,4% en el grupo de estudio ($p = < 0,0001$).
Torres et al. ³⁶ 2006	México	ECA	Intervención educativa	Escuela	Docentes con capacitación previa	40 escuelas aleatorizadas (11 177 alumnos < de 16 años)	52	Sesiones semanales de 2 horas (16 semanas)	Individual	2 años	La iniciación sexual fue del 15,0% en el grupo de control y del 6,5% en el grupo de estudio. Entre los estudiantes sexualmente activos, el 20,0% en el grupo de estudio y el 9,0% en el grupo de control interrumpieron la actividad sexual. Además, la tasa de iniciación para hombres fue del 17,6% en el grupo de control y del 8,8% en el grupo de estudio ($p = < 0,004$), mientras que para mujeres fue del 12,4% en el grupo de control y del 3,4% en el grupo de estudio ($p = < 0,0001$).
Cabezón et al. ³⁷ 2005	Chile	ECA	Programa de educación sexual (TeenSTAR)	Escuela	Profesores educadores y monitores	1 259 adolescentes de 15 a 16 años	100	14 unidades desarrollada en > 2 clases de 45 minutos hasta alcanzar el objetivo	Individual y grupal	4 años	La iniciación sexual fue del 15,0% en el grupo de control y del 6,5% en el grupo de estudio. Entre los estudiantes sexualmente activos, el 20,0% en el grupo de estudio y el 9,0% en el grupo de control interrumpieron la actividad sexual. Además, la tasa de iniciación para hombres fue del 17,6% en el grupo de control y del 8,8% en el grupo de estudio ($p = < 0,004$), mientras que para mujeres fue del 12,4% en el grupo de control y del 3,4% en el grupo de estudio ($p = < 0,0001$).
Vigil et al. ³⁴ 2005	Chile	ECA	Programa holístico de sexualidad (TeenSTAR)	Escuela	Profesores capacitación	934 adolescentes de 10 escuelas, entre 12 y 18 años	40	12 sesiones de una hora y media cada una, separadas por 15 días	Individual y grupal	1 año	La iniciación sexual fue del 15,0% en el grupo de control y del 6,5% en el grupo de estudio. Entre los estudiantes sexualmente activos, el 20,0% en el grupo de estudio y el 9,0% en el grupo de control interrumpieron la actividad sexual. Además, la tasa de iniciación para hombres fue del 17,6% en el grupo de control y del 8,8% en el grupo de estudio ($p = < 0,004$), mientras que para mujeres fue del 12,4% en el grupo de control y del 3,4% en el grupo de estudio ($p = < 0,0001$).

Aunque no todos los estudios incluidos en esta revisión abordaron directamente la interseccionalidad en la prevención del embarazo adolescente, la tabla 2 resalta la diversidad de enfoques y estrategias empleadas, así como el grado de consideración de la interseccionalidad en la planificación e implementación de estas intervenciones.

Un estudio fue diseñado con una intervención basada en la teoría del aprendizaje social y el modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales, enfocada en adolescentes heterosexuales mediante ejercicios de simulación adaptados a sus experiencias. Aunque no se abordaron específicamente aspectos relacionados con género, raza, clase social u orientación sexual, la intervención incorporó una variedad de estrategias cognitivo-conductuales para promover conductas sexuales saludables³¹.

En contraste, otra intervención aplicó el Modelo Integrado de Comportamiento (IBM) en su intervención, dirigida a mujeres jóvenes, heterosexuales. Aunque no se consideraron explícitamente aspectos de interseccionalidad, la intervención buscó proporcionar mensajes de texto informativos sobre anticoncepción adaptados a las necesidades individuales de las participantes, con el fin de promover una mayor autonomía en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva³⁷.

Por otro lado, el programa COMPAS, basado en la Teoría Cognitiva Social y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales, dirigido a jóvenes LGBT, abordó específicamente temas relacionados con la sexualidad no heteronormativa. Esta intervención reconoció la importancia de considerar la diversidad sexual y de género en la prevención del embarazo adolescente, adaptando las actividades y la información para abordar las necesidades específicas de este grupo poblacional³⁰.

En otro enfoque, otra intervención implementó la Teoría de Acción Razonada y la Teoría Cognitiva Social, centrándose en la educación sobre VIH/SIDA/ITS y la promoción del condón, dirigidas a adolescentes heterosexuales. Aunque se abordaron roles de género en la educación sexual, no se consideraron explícitamente otros aspectos de interseccionalidad³⁵.

Finalmente hubo dos intervenciones que aplicaron el programa TeenSTAR, enfocado en la

educación sexual basada en la abstinencia, sin considerar específicamente aspectos de interseccionalidad en sus intervenciones, aunque incorporaron estrategias para fortalecer la autoestima y el respeto por la vida^{33,34}.

Si bien algunos autores consideraron aspectos específicos de género, orientación sexual y diversidad en sus intervenciones, otros estudios podrían beneficiarse de una mayor inclusión y consideración de la interseccionalidad para abordar de manera más efectiva las necesidades y experiencias de todos los adolescentes en la prevención del embarazo.

Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

La mayoría de los estudios, representando un 85,7%, demostraron un riesgo bajo en cuanto al proceso de aleatorización, lo que sugiere una asignación adecuada y aleatoria de los participantes a las intervenciones. Asimismo, un 71,4% de los estudios mostraron un bajo riesgo de desviaciones de las intervenciones previstas, indicando una implementación fiel a lo planeado.

Los resultados presentados en los estudios fueron consistentes en su fiabilidad, ya que el 100,0% de ellos mostraron un riesgo bajo en cuanto a la presentación de datos erróneos. En cuanto a la medición del resultado, un 71,4% de los estudios fueron clasificados como riesgo bajo, lo que sugiere una precisión y confiabilidad en la recopilación de datos.

Es relevante destacar que un porcentaje considerable de estudios, específicamente el 85,7%, mostraron un riesgo bajo en la selección del resultado reportado, lo que indica una representación fiel de los hallazgos obtenidos. Finalmente, en términos de sesgo general, un 71,4% de los estudios fueron categorizados como riesgo bajo, lo que sugiere la aplicación de estrategias efectivas para minimizar cualquier posible sesgo en el diseño y ejecución de los estudios.

En conjunto, estos resultados resaltan la solidez metodológica y la confiabilidad de los estudios analizados, fortaleciendo la validez de los hallazgos presentados y su relevancia para la comunidad científica interesada en la prevención del embarazo adolescente.

El análisis de la figura 2 presenta el riesgo de sesgo según los juicios de los autores de la revisión, ex-

presado como porcentajes para cada elemento en todos los estudios incluidos. La figura 3 ofrece un resumen del riesgo de sesgo, mostrando los juicios de los revisores para cada estudio individual.

Discusión

De los 38 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, solo uno abordó de manera explícita la diversidad sexual y de género en sus intervenciones. Este hallazgo subraya una importante brecha en la consideración de la interseccionalidad, un marco que reconoce cómo diversas categorías sociales (género, raza, clase social, orientación sexual, entre otras) interactúan y contribuyen a experiencias únicas de opresión o privilegio. Estos re-

sultados corroboran hallazgos previos que resaltan la importancia de abordar la educación sexual en entornos escolares para promover conductas saludables y prevenir embarazos no planificados^{13,18,38}.

Los estudios incluidos en esta revisión demuestran que programas como COMPAS en Colombia y TeenSTAR en Chile, aunque mostraron resultados positivos en términos de autoeficacia y uso del condón, no abordaron explícitamente la diversidad interseccional más allá de la inclusión de jóvenes LGBT. Este enfoque, aunque importante, limita el potencial impacto de la intervención al no considerar otras dimensiones interseccionales que podrían influir en los comportamientos sexuales de los adolescentes^{39,40}.

Tabla 2. Descripciones de intervención, fundamentos teóricos de las intervenciones, condiciones de control e interseccionalidad

Autor y año	Descripción de la intervención	Teoría/modelo	Control	Interseccionalidad			
				Genero	Raza	Clase social	Orientación Sexual
Gómez et al. ³² 2022	Simulaciones adaptadas a adolescentes usando metodología participativa con intervenciones cognitivo-conductuales como juegos de roles, gamificación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, y toma de decisiones.	Teoría del aprendizaje social Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales	Sin intervención	No	No	No	Heterosexual
McCarthy et al. ³⁵ 2020	Intervención vía mensajes de texto sobre anticoncepción, ajustada iterativamente según la retroalimentación de jóvenes, con mensajes diarios durante 120 días.	Modelo Integrado de Comportamiento (IBM)	Acceso a una aplicación estándar	Si	No	No	Heterosexual
Morales et al. ³¹ 2019	COMPAS es una intervención escolar que aborda relaciones no heterosexuales y habilidades sociales en cinco sesiones de 50 minutos.	Teoría Cognitiva Social y Modelo Información-Motivación-Habilidades Conductuales	Sin intervención	Jóvenes Lesbianas, Gay Bisexual Transgénero (LGBT)	No	Nivel Socioeconómico (estratos)	Heterosexual, homosexual y bisexual
Álvarez et al. ³³ 2018	Intervención basada en un diagnóstico inicial que explora expectativas de participantes y fomenta el intercambio y participación.	Ninguno	Sin intervención	No	No	No	No
Torres et al. ³⁶ 2006	Intervención educativa sobre VIH/SIDA/ITS con un grupo recibiendo adicionalmente educación sobre anticoncepción de emergencia.	Teoría de Acción Razonada y Teoría Cognitiva Social	Sin intervención	Roles de género	No	No	Heterosexual
Cabezón et al. ³⁷ 2005	Programa TeenSTAR centrado en la abstinencia y conciencia de la fertilidad, con actividades interactivas y sin recomendaciones de anticonceptivos.	No lo define	Sin intervención	No	No	No	Heterosexual
Vigil et al. ³⁴ 2005	TeenSTAR enfoca la educación sexual en la dignidad y libertad personal, fortaleciendo la autoestima y respetando la vida, con un currículo adaptado por edad y sexo.	No lo define	Educación habitual	No	No	Nivel Socioeconómico	Heterosexual

Además, se observa que la implementación de intervenciones educativas contribuye a un aumento en el conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos y la responsabilidad de evitar embarazos³². Aunque estos hallazgos son prometedores, es importante considerar la necesidad de un enfoque más inclusivo que aborde la diversidad sexual y de género, como sugiere el estudio mencionado que incorpora conceptos interseccionales relevantes^{41,42}.

La literatura existente respalda estos resultados al destacar la importancia de un marco interseccional crucial para prevenir el embarazo adolescente al abordar la compleja interacción de varias identidades marginadas que contribuyen al estigma y las disparidades⁴². Este marco reconoce que el embarazo adolescente a menudo se cruza con múltiples identidades oprimidas, como raza/etnia minoritaria, maternidad soltera y estatus socioeconómico bajo, lo que conduce a un estigma interseccional⁴². Al comprender y abordar estos factores interseccionales a nivel individual, interpersonal, institucional y político a través del modelo más integrales como el socioecológico, las intervenciones pueden reducir eficazmente las tasas de embarazo adolescente⁴³.

Además, promover programas integrales de educación sobre salud sexual en las escuelas puede dotar a los adolescentes de conocimientos y habilidades para tomar decisiones informadas y, en última instancia, mitigar los factores de riesgo para la salud sexual y reproductiva y mejorar el bienestar general⁴⁴.

El análisis reveló limitaciones significativas, prin-

cialmente asociadas a la disponibilidad de evidencia científica proveniente de América Latina, derivadas de la exhaustiva búsqueda realizada. Estas limitaciones se refieren a la variedad y calidad de las metodologías utilizadas, la diversidad de intervenciones implementadas, el tamaño de las muestras consideradas en los estudios y la cantidad de publicaciones disponibles. Estas restricciones obstaculizan la posibilidad de llevar a cabo un metaanálisis robusto y de generalizar los hallazgos obtenidos a partir de la evidencia disponible.

A pesar de estos hallazgos, es importante reconocer que la inclusión de aspectos interseccionales en la planificación de intervenciones no es una tarea sencilla. Requiere una comprensión profunda de las múltiples capas de identidad y de cómo estas interactúan para crear experiencias diferenciadas. Los estudios revisados que abordaron aspectos específicos de género y orientación sexual demostraron que, aunque se pueden realizar avances, se necesita una mayor inclusión y una planificación más integral que considere todos los aspectos interseccionales^{18, 21- 23, 45}.

Una limitación adicional identificada en esta revisión sistemática fue la escasez de publicaciones que abordaran las interseccionalidades en la prevención de embarazo adolescente. Aunque todos los estudios consideraron la edad y el sexo como variables demográficas, aún no se ha integrado de manera adecuada el enfoque de interseccionalidad dentro de los programas de salud sexual, especialmente en lo concerniente a la prevención del embarazo adolescente.



Figura 2. Gráfico de riesgo de sesgo

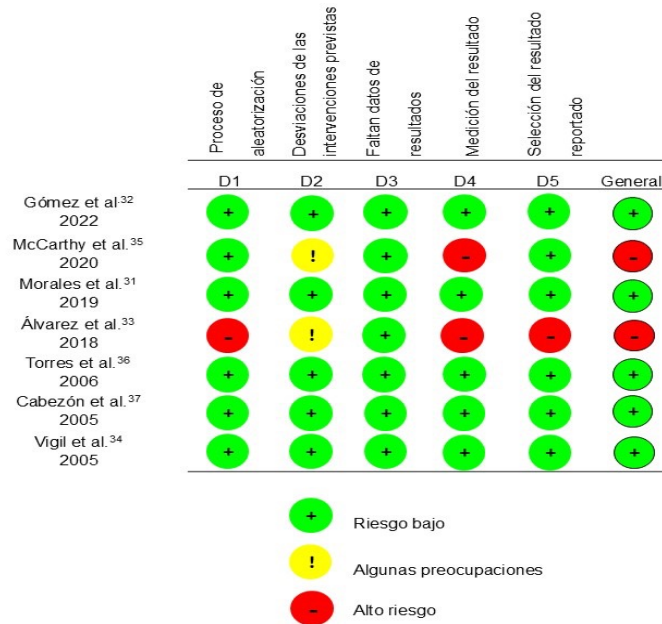


Figura 3. Resumen del riesgo de sesgo

En consecuencia, existe poca evidencia sobre los efectos de los programas de intervención que incorporan la interseccionalidad entre los adolescentes, especialmente los más jóvenes y aquellos que residen en zonas rurales o pertenecen a poblaciones indígenas. Esto puede ser de particular importancia en áreas donde las desigualdades y la pobreza están estrechamente relacionadas con la ubicación geográfica de residencia y la etnia/raza, como es el caso de la incidencia del embarazo adolescente.

Conclusiones

El análisis de los resultados de esta revisión sistemática revela que, si bien se han implementado diversas intervenciones para la prevención del embarazo adolescente en América Latina, pocas de ellas han integrado un enfoque interseccional en su diseño y ejecución.

Los hallazgos de esta revisión sistemática subrayan la importancia de integrar un enfoque interseccional en los programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina. Incorporar esta perspectiva en el diseño y ejecución de las intervenciones no solo permite abordar de manera más completa las diversas necesidades de los adolescentes, sino que también tiene el potencial de reducir las inequidades en salud sexual y reproductiva en la región. Es fundamental que los

futuros programas adopten estrategias que contemplen las diferentes dimensiones de identidad como género, orientación sexual, raza y clase social para asegurar que todos los adolescentes se beneficien de manera equitativa.

Esta revisión destaca la interseccionalidad como un elemento central que debe ser integrado en las intervenciones preventivas, tanto en el ámbito educativo como en el de la salud. Un enfoque multidisciplinario y sensible a la diversidad de contextos puede facilitar una atención más holística, respondiendo a las realidades complejas que enfrentan los jóvenes en América Latina. Este enfoque no solo es esencial para mejorar los resultados en la prevención del embarazo adolescente, sino que también fortalece la equidad en salud, promoviendo un acceso más justo y efectivo a los recursos de salud sexual y reproductiva para todos los adolescentes de la región.

Contribuciones de autoría

Conceptualización: Natanael Librado González, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Alan Josué Ramírez Calderón/ Maritza Nicolas Santiago.

Curación de datos: Natanael Librado González, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Metodología: Natanael Librado González, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Redacción-revisión y edición: Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Alan Josué Ramírez Calderón, Maritza Nicolas Santiago.

Validación: Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Alan Josué Ramírez Calderón, Maritza Nicolas Santiago.

Conflicto de intereses

Los autores declaran ningún conflicto de interés en esta revisión.

Financiamiento

La revisión se realizó sin ninguna financiación externa.

Referencias

1. Granados-Martínez A. Interseccionalidad en salud, pobreza y vulnerabilidad. Papeles Poblac [Internet]. 2022 Sept [cited 2024 Ag 16];28(111):137-61. Available from: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/15796>
2. Rodríguez C. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2021 Dec [cited 2023 Oct 15];45:1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2021.144>
3. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [Internet]. 2024 Abr [cited 2023 Oct 15]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el,cada%201000%20adolescentes%20\(4\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el,cada%201000%20adolescentes%20(4))
4. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). El embarazo en la adolescencia y el acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio [Internet]. 2022 Nov [cited 2023 Oct 15]. Available from: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Exploratorio_Fecundidad_Adolescente.pdf
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo [Internet]. 2019 Feb [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44457-primer-informe-regional-la-implementacion-consenso-montevideo-poblacion>
6. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Autonomía física: maternidad en adolescentes [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/maternidad-adolescentes>
7. Estrada F, Atienzo EE, Cruz-Jiménez L, Campero L. A rapid review of interventions to prevent first pregnancy among adolescents and its applicability to Latin America. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2021 Aug [cited 2023 Oct 15];34(4):491-503. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.01.022>
8. Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Reseña técnica: El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2020 Ag [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53134>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina: implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 12]. Available from: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf
10. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD Family Database) [Internet]. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2024 Jun [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://web-archive.oecd.org/temp/2024-06-21/69263-database.htm>
11. Instituto Nacional de las Mujeres. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente: informe 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 12]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/661025/Informe_Ejecutivo_GIPEA_2020_.pdf
12. World population prospects 2019 Database [Internet]. United Nations: Department of Economic and Social Affairs. 2024 [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://population.un.org/wpp/>
13. Rodríguez J. Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos [Internet]. Naciones Unidas, Santiago; 2017 [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5168c288-64d7-4262-8b6b-1d5d0fefbf4e/content>
14. Holman D, Salway S, Bell A, Beach B, Adebajo A, Ali N, et al. Can intersectionality help with un-

- derstanding and tackling health inequalities? Perspectives of professional stakeholders. *Health Res Policy Sys* [Internet]. 2021 Jun [cited 2023 Nov 12]; 19(1):1-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-021-00742-w>
15. Hess LE. Intersectionality: A Systematic Review and Application to Explore the Complexity of Teen Pregnancy Involvement [master's thesis]. Columbia University; 2012. 126 p. [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://doi.org/10.7916/D8CV4FTQ>
 16. Cho HL. Can intersectionality help lead to more accurate diagnosis. *Am J Bioeth* [Internet]. 2019 Feb [cited 2023 Nov 12]; 19(2):37-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2018.1557279>
 17. Azevedo JP, Favara M, Haddock SE, Lopez-Calva LF, Müller M, Perova E. Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean On Early Child Bearing, Poverty and Economic Achievement [Internet]. Washington; 2012 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://documents.worldbank.org/curated/en/742021468225584924/pdf/831670v10REVIS00Box385190B00PUBLIC0.pdf>
 18. Román AA, Fujimori E, Duarte LS, Vilela AL. Prevalence and correlates of early sexual initiation among Brazilian adolescents. *PLoS One* [Internet]. 2021 Dec [cited 2023 Nov 12]; 16(12):e0260815. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260815>
 19. Agénor M. Future Directions for Incorporating Intersectionality Into Quantitative Population Health Research. *Am J Public Health* [Internet]. 2020 May [cited 2023 Nov 12]; 110(6):803-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2020.305610>
 20. Swain LT, Malouff JM, Meynadier J, Schutte NS. Psychological interventions Decrease unintended pregnancies: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2023 May [cited 2023 Nov 12]; 28(2):567-85. Available from: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12641>
 21. Marseille E, Mirzazadeh A, Biggs MA, Miller AP, Horváth H, Lightfoot M, et al. Effectiveness of School-Based Teen Pregnancy Prevention Programs in the USA: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Prev Sci* [Internet]. 2018 Jan [cited 2023 Nov 23]; 19:468-89. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0861-6>
 22. Alegría M, Cheng M. Intersectional approaches are essential to identify the multiple sources of oppression. *J Psychopathol Clin Sci* [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 23]; 132(5):590-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000842>
 23. Gross C, Goldan L. Modelling intersectionality within quantitative research. *Sozialpolitik.ch* [Internet]. 2023 Aug [cited 2023 Dec 16]; 1:1-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.18753/2297-8224-4025>
 24. Girls Not Brides: The Global Partnership to End Child Marriage. Un enfoque interseccional en materia de matrimonios y uniones Infantiles, Tempranas y forzadas (MUITF) [Internet]. 2022 Feb [cited 2023 Dic 16]. Disponible en: https://www.girlsnotbrides.es/documents/1696/Un_enfoque_interseccional_en_materia_de_MUITF.pdf
 25. Rodríguez CR. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 16]; 45:e144. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.144>
 26. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.4 (updated 2023 Dec 20)*. Cochrane, 2023. Available from: www.training.cochrane.org/handbook.
 27. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2021 Sept [cited 2023 Dic 20]; 74(9):790-9.updated: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
 28. Shanaa A. Rayyan – intelligent systematic review [Internet]. Rayyan. Rayyan Systems; 2021 [cited 2024 Jan 5]. Available from: <https://www.rayyan.ai/>
 29. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* [Internet]. 2019 Aug [cited 2024 Jan 5]; 366:l4898. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l4898>
 30. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 March [cited 2024 Jan 5]; 372(71). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 31. Morales A, Garcia-Montaña E, Barrios-Ortega C, Niebles-Charris J, Garcia-Roncillo P, Abello-Lu-

- que D, et al. Adaptation of an effective school-based sexual health promotion program for youth in Colombia. *Soc Sci Med* [Internet]. 2019 Feb [cited 2024 Jan 5]; 222:207-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.011>
32. Gómez-Lugo M, Morales A, Saavedra-Roa A, Niebles-Charris J, Abello-Luque D, Marchal-Bertrand L, et al. Effects of a sexual risk-reduction intervention for teenagers: A cluster-randomized control trial. *AIDS Behav* [Internet]. 2022 Jan [cited 2024 Apr 5]; 26(7):2446-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-022-03574-z>
 33. Álvarez JT, Blanco A, Torres M, Guilarte OT, Asprón A. Programa educativo sobre el embarazo no deseado dirigido a las adolescentes. *ccm* [Internet]. 2018 Dic [cited 2024 Abr 5]; 22(4):559-70. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000400003&lng=es
 34. Vigil P, Riquelme R, Rivadeneira R, Aranda W. TeenSTAR: una opción de madurez y libertad: Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. *Rev Med Chil* [Internet]. 2005 Oct [cited 2024 Abr 13]; 133(10):1173-82. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001000006&lng=es.
 35. McCarthy OL, Aliaga C, Torrico ME, López J, Huaynoca S, Leurent B, et al. An intervention delivered by mobile phone instant messaging to increase acceptability and use of effective contraception among young women in Bolivia: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 March [cited 2024 Apr 15]; 22(6): e14073. Available from: <http://dx.doi.org/10.2196/14073>
 36. Torres P, Walker DM, Gutiérrez JP, Bertozzi SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2006 Ag [cited 2024 Abr 25]; 48(4):308-16. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000400005&lng=es.
 37. Cabezón C, Vigil P, Rojas I, Leiva ME, Riquelme R, Aranda W, et al. Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *J Adolesc Health* [Internet]. 2005 Jan [cited 2024 Apr 15]; 36(1):64-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.10.011>
 38. McFarlane MD, Alaybek B, Schatz A, Painter JE, Olsen GP, Hogan KM, et al. Interactive, artistic, fun, and weird: Exploring facilitators and challenges to youth engagement across in-person, virtual, and hybrid pregnancy prevention programs. *Am J Sex Educ* [Internet]. 2022 Nov [cited 2024 Apr 25]; 18(4):594-617. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15546128.2022.2139034>
 39. dos Santos AB, Martin C, Pereira F, de Moraes AC, Souza L, Dias M, et al. Sex education to prevent teenage pregnancy in the context of school health: an integrative analysis. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021 Mar [cited 2024 Apr 25]; 10(3):e28210312967. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12967>
 40. Kan ML, Ramirez DD. Preventing subsequent teenage pregnancy: A multisite analysis of goal orientation and social supports. *Child Sch* [Internet]. 2020 Oct [cited 2024 May 2]; 42(4):225-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/cs/cdaa023>
 41. Rodríguez C. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2021 [cited 2024 May 2]; 45: e144. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.144>
 42. Baird S, Camfield L, Ghimire A, Hamad BA, Jones N, Pincock K, et al. Intersectionality as a framework for understanding adolescent vulnerabilities in low and middle income countries: Expanding our commitment to leave no one behind. *Eur J Dev Res* [Internet]. 2021 Sep [cited 2024 May 2]; 33: 1143-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1057/s41287-021-00440-x>
 43. Golman M, Ricks N, Gallegos ID, Weaver J. Utilizing the Socio-Ecologic Model as a Framework for the Prevention of Teen Pregnancy. *Socio-Cultural Influences on Teenage Pregnancy and Contemporary Prevention Measures* [Internet]. 2019 [cited 2024 May 2]:208-33. Available from: <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-6108-8.ch012>
 44. Tebb KP, Brindis CD. Understanding the psychological impacts of teenage pregnancy through a Socio-ecological framework and life course approach. *Semin Reprod Med* [Internet]. 2022 Jan [cited 2024 May 2]; 40(01/02):107-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1741518>
 45. Chambers BD, Erausquin JT. The promise of intersectional stigma to understand the complexities of adolescent pregnancy and motherhood. *J Child Adolesc Behav* [Internet]. 2015 Oct [cited 2024 May 2]; 03(05):249. Available from: <https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000249>.

Empoderamiento anticonceptivo en madres adolescentes y mujeres jóvenes. Revisión sistemática

Luna-Ferrales Clarisa

<https://orcid.org/0000-0002-3576-3046>
Universidad Autónoma de Chihuahua,
Facultad de Enfermería y Nutriología,
Chihuahua, México.
cluna@uach.mx

Barbosa-Martínez Rosalva del Carmen

<https://orcid.org/0000-0003-4868-0722>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Monterrey,
México.
rosalva.barbosamrt@uanl.edu.mx

Vargas-Rodríguez Elsa Josefina

<https://orcid.org/0000-0002-0112-0990>
Universidad Lisandro Alvarado, De-
canato de Medicina, Doctorado en
Ciencias de la Enfermería, Barquisime-
to, Venezuela.
elsavargas@ucla.edu.ve

Morales-Álvarez Clara Teresita

<https://orcid.org/0000-0002-8504-2693>
Universidad de Guanajuato, Campus
Celaya-Salva Tierra, Guanajuato,
México.
tere811008@hotmail.com

Correspondencia:

Barbosa-Martínez Rosalva del Carmen
rosalva.barbosamrt@uanl.edu.mx

Recibido: 03 de junio 2024

Aceptado: 8 de julio de 2024

Resumen

Introducción: el embarazo no planeado en la adolescencia es un problema de relevancia mundial, debido a las consecuencias en las madres adolescentes, hijos y familias.

Objetivo: analizar la literatura científica sobre el empoderamiento anticonceptivo en madres adolescentes y mujeres jóvenes.

Metodología: revisión sistemática de la literatura, de acuerdo con la declaración PRISMA. Se consultaron en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Science Direct, Dialnet y Scielo, divulgados entre 2014 y 2021, en idioma: español, inglés y portugués que cumplieron con criterios de inclusión, utilizando palabras clave y operadores booleanos AND/OR.

Resultados: se incluyeron un total de 16 artículos, la mayoría incluyeron mujeres jóvenes, aportaron evidencia sobre el empoderamiento anticonceptivo en mujeres jóvenes o en madres adolescentes, en el uso de los servicios prenatales que promueven el uso de anticonceptivos, en el poder de decisión en la prevención del embarazo de primera vez y subsecuente. El nivel de empoderamiento se relaciona directamente con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, una mujer empoderada tiende a utilizar más los anticonceptivos.

Discusión: el empoderamiento en salud reproductiva repercute en otros aspectos de la vida de las mujeres, como la violencia en el hogar y pareja, ya que la mujer empoderada, es capaz de tomar sus propias decisiones.

Conclusiones: el empoderamiento anticonceptivo influye en la toma de decisiones para un uso sostenido de anticonceptivos en las mujeres jóvenes o madres adolescentes. Se requiere generar estrategias que favorezcan el empoderamiento en la mujer joven o madre adolescente para el cuidado de su salud reproductiva.

Palabras claves: empoderamiento; adolescente; anticoncepción; embarazo en adolescencia; madres adolescentes

Contraceptive Empowerment in adolescent mothers and young women. Systematic review

Abstract

Introduction: unplanned pregnancy in adolescence is a problem of global relevance, due to the consequences on adolescent mothers, children and families.

Objective: analyze the scientific literature on contraceptive empowerment in adolescent mothers and young women.

Methodology: systematic literature review, in accordance with the PRISMA statement. The databases MEDLINE/PubMed, Science Direct, Dialnet and Scielo were consulted, published between 2014 and 2021, in the language: Spanish, English and Portuguese that met the inclusion criteria, using keywords and Boolean AND/OR operators.

Results: a total of 16 articles were included, the majority included young women, provided evidence on contraceptive empowerment in young women or adolescent mothers, in the use of prenatal services that promote the use of contraceptives, in decision-making power in prevention of first-time and subsequent pregnancy. The level of empowerment is directly related to the exercise of their sexual and reproductive rights; an empowered woman tends to use contraceptives more.

Discussion: empowerment in reproductive health has an impact on other aspects of women's lives, such as violence in the home and partner, since the empowered woman is capable of making her own decisions.

Conclusions: contraceptive empowerment influences decision-making for sustained contraceptive use in young women or adolescent mothers. It is necessary to generate strategies that favor the empowerment of young women or adolescent mothers to care for their reproductive health.

Keywords: empowerment; adolescent; contraception; teenage pregnancy; teenage mother

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 49, Número 3, Año 2024
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International License

Cómo citar este artículo: Luna-Ferrales C, Barbosa-Martínez RC, Vargas-Rodríguez EJ, Morales-Álvarez CT. Empoderamiento anticonceptivo en madres adolescentes y mujeres jóvenes: Revisión sistemática. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 sept [citado]; 49(2): 77-87. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6785>

Introducción

El embarazo en la adolescencia es uno de los desafíos de salud pública más importantes, debido a su impacto biológico y psicosocial^{1,2}. Desde el ámbito biológico, el embarazo en la adolescencia tiene una grave repercusión, por las complicaciones tanto en la madre como en el hijo que se encuentran asociados a altas tasas de morbi-mortalidad³, mientras que en el ámbito psicosocial el embarazo en la adolescencia se relaciona con aspectos multicausales que lo provocan, como la deserción escolar, la inserción al mercado laboral precario, las normas sociales y culturales, la feminización de la pobreza que en conjunto, incrementan la vulnerabilidad social de las madres adolescentes⁴.

Desde la dimensión biofísica las complicaciones en el embarazo y parto en las adolescentes entre los 15 y 19 años son la principal causa de muerte a nivel mundial, ya que el embarazo en la adolescencia genera mayor predisposición a complicaciones, como trastornos hipertensivos en el embarazo, mayor proporción de preclampsia, eclampsia, corioamnionitis, parto pretérmino, endometritis postparto e infecciones sistémicas entre otras⁵.

Algunas consecuencias del embarazo temprano son, la disminución de sus posibilidades de construir un proyecto de vida, que aspire al bienestar y el desarrollo de sus capacidades⁶. Consecuentemente pudieran provocar ausencia de autonomía, independencia, capacidad práctica para asumir el embarazo y la crianza de un niño en condiciones idóneas, entre otras.

A pesar de que algunas adolescentes conocen y desean utilizar los anticonceptivos se encuentran con muchos obstáculos para acceder a ellos como, leyes que restringen el suministro por la edad de la adolescente o su estado civil, la precaria sensibilización de algunos profesionales de la salud para reconocer las necesidades de las adolescentes en cuestiones de salud sexual y reproductiva y las condiciones socioeconómicas en donde radican estas adolescentes⁷.

Mientras que la evidencia muestra que el empoderamiento puede aumentar la demanda de anticoncepción satisfecha con métodos modernos,

pocos estudios han medido este proceso en múltiples esferas de la vida en la mujer y en la madre adolescente⁸. Una extensa literatura ha explorado el concepto y la medición del empoderamiento, sin embargo, sigue existiendo una falta de consenso sobre lo que representa el empoderamiento anticonceptivo conceptualmente⁹.

Si bien ha habido muchos intentos de desarrollar un consenso en torno al concepto de empoderamiento, los significados y terminologías asociados con el concepto varían ampliamente. El empoderamiento es un concepto complejo¹⁰ y en el caso de las mujeres, la falta de un marco conceptual en el ámbito reproductivo está obstaculizando una comprensión clara en los resultados reproductivos^{9,10}.

Otro aspecto importante que complica la comprensión del concepto de empoderamiento es la multidimensionalidad, que para algunos individuos pudieran experimentar simultáneamente empoderamiento y desempoderamiento. En el contexto de la reproducción, es probable que la relación de la mujer y su pareja sexual influya en la toma de decisiones anticonceptivas, pero también otras personas puedan influir y experimentar relaciones empoderadas y desempoderadas. Se ha identificado que el empoderamiento anticonceptivo de las adolescentes y mujeres jóvenes mejora el uso de anticonceptivos en periodo inmediato posparto, pero también a largo plazo, sin embargo, la autonomía en la decisión de uso de anticonceptivos sigue estando limitada¹¹.

Poco se ha explorado sobre el poder de grupos influyentes en las mujeres, además de la pareja sexual, de algunos otros métodos anticonceptivos como el condón y de aspectos relacionados al autocuidado¹²⁻¹⁴.

El objetivo de este trabajo fue analizar la literatura científica sobre el empoderamiento anticonceptivo en madres adolescentes y mujeres jóvenes.

Material y métodos

El presente trabajo es una revisión sistemática donde se tomaron en cuenta las recomendaciones establecidas en la declaración PRISMA por sus siglas en inglés (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La pre-

gunta de investigación es ¿Cómo es definido el empoderamiento anticonceptivo en madres adolescentes y cómo se relaciona con el embarazo?

Se revisaron documentos publicados a nivel nacional e internacional, que abordaran temáticas del empoderamiento anticonceptivo, consultadas en las siguientes bases de datos científicas y electrónicas: PubMed, Scielo, Dialnet y Science Direct entre los años 2014-2021. Se utilizó la misma estrategia de búsqueda que en todas las bases de datos antes mencionadas, utilizando los siguientes descriptores, según los términos Mesh y DeCs: “empoderamiento”, “adolescente”, “anticoncepción” y “embarazo en adolescencia”; utilizando los operadores booleanos *AND* y *OR*, se consideraron estudios transversales, retrospectivos y prospectivos.

Dada la complejidad del tema sobre poder sexual y reproductivo en adolescentes y con el fin de analizar los estudios desde diferentes entornos, los criterios de inclusión fueron: mujeres adolescentes menores de 20 años, estudios publicados en idioma inglés, portugués y español, documentos publicados entre 2014 y 2021 con fecha de cierre 21 agosto 2021, artículos originales, revisiones bibliográficas, estudios de enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto y calidad de los artículos. Los criterios de exclusión fueron: estudios tipo tesis, monografías y ensayos argumentativos, trabajos que no se encontraron en open access.

El proceso de selección, revisión, clasificación, análisis de datos y evaluación de la calidad metodológica se realizaron por dos revisoras (CL y RB) de manera independiente, en caso de alguna diferencia, se consultó a otra persona (EV o TM). Para seleccionar los artículos, en una primera fase se procedió a revisar los títulos de los artículos, los resúmenes y después el texto completo, descartando aquellos artículos que no respondían a la pregunta de investigación, tesis y ensayos argumentativos.

Una vez que cumplían los criterios de inclusión en una segunda fase, para la síntesis de resultados, se elaboró una matriz de datos creada en Word, lo que permitió la clasificación de acuerdo a las características de cada estudio, destacando el diseño metodológico, particularidades

de la población, país donde se realizó el estudio, resultados o principales conclusiones y en los casos de estudios con enfoque cuantitativo, se revisaron los métodos de análisis estadístico considerando estadística descriptiva e inferencial, si procedía. Para la eliminación de artículos repetidos se utilizó el administrador de referencias bibliográficas Mendeley.

La evaluación de la calidad metodológica de la literatura seleccionada se realizó con la lista de verificación MINCIR para estudios de investigación (considerando artículos de calidad adecuada ≥ 18 puntos), que incluye tres dominios del estudio (Diseño del estudio, población y metodología) y se utilizó la escala AMSTAR-2 para revisiones sistemáticas y de literatura, esta escala presenta una lista de comprobación de respuesta breve (sí, sí parcial y no) que evalúan siete dominios críticos y nueve no críticos. Se establecen 4 opciones de calificación o confianza: alta (ausencia de debilidades críticas y máximo de una debilidad no crítica), moderada (ausencia de debilidades críticas y 2 o más debilidades no críticas), baja (máximo de una debilidad crítica independientemente del número de debilidades críticas) y críticamente baja (2 o más debilidades críticas). Dos revisoras (RB y CL) de forma independiente revisaron la calidad metodológica de los estudios seleccionados, no encontrándose incongruencias en dichas evaluaciones. El protocolo de esta revisión sistemática fue registrado en PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) (CRD42024547036).

Este trabajo se basa en el análisis de información de datos secundarios, lo cual no involucro interacción directa con algún individuo o participante de los estudios, tampoco se utilizaron datos personales o identificables, por lo que no se requiere de alguna aprobación por un comité de ética. Aun así, se han seguido las pautas y normas éticas para garantizar la integridad y la confidencialidad de los datos.

Resultados

Se identificaron un total de 188 artículos en la primera revisión, por exclusión se descartaron 10 artículos por estar duplicados, se realizaron lectura de títulos y resúmenes de 178 trabajos, de

los cuales 160 fueron eliminados por los criterios de elegibilidad, quedando para su análisis 16 estudios una vez que se revisaron a texto completo. De los artículos que no cumplieron con los criterios de elegibilidad y que se eliminaron fueron: 97 que estaban enfocados a intervenciones, 48 abordaron el uso de anticonceptivos, pero no se relacionaban con el empoderamiento o alguna otra característica de poder y 17 estudios incluían mujeres adultas (figura 1).

En la tabla 1, se muestran los artículos incluidos para este análisis, en donde se incluyeron publicaciones entre los años 2014 a 2021, los trabajos predominan mayormente del año 2017 con 4 registros (23,52%). Los estudios cuantitativos predominaron con un 37,5% (n=6), seguidos de revisiones de literatura cada una con un 18,7% (n=3), las revisiones sistemáticas, los estudios cualitativos y los ensayos controlados aleatorizados con 12,5% cada uno (n=2) y finalmente mixtos con un 6,25% (n=1).

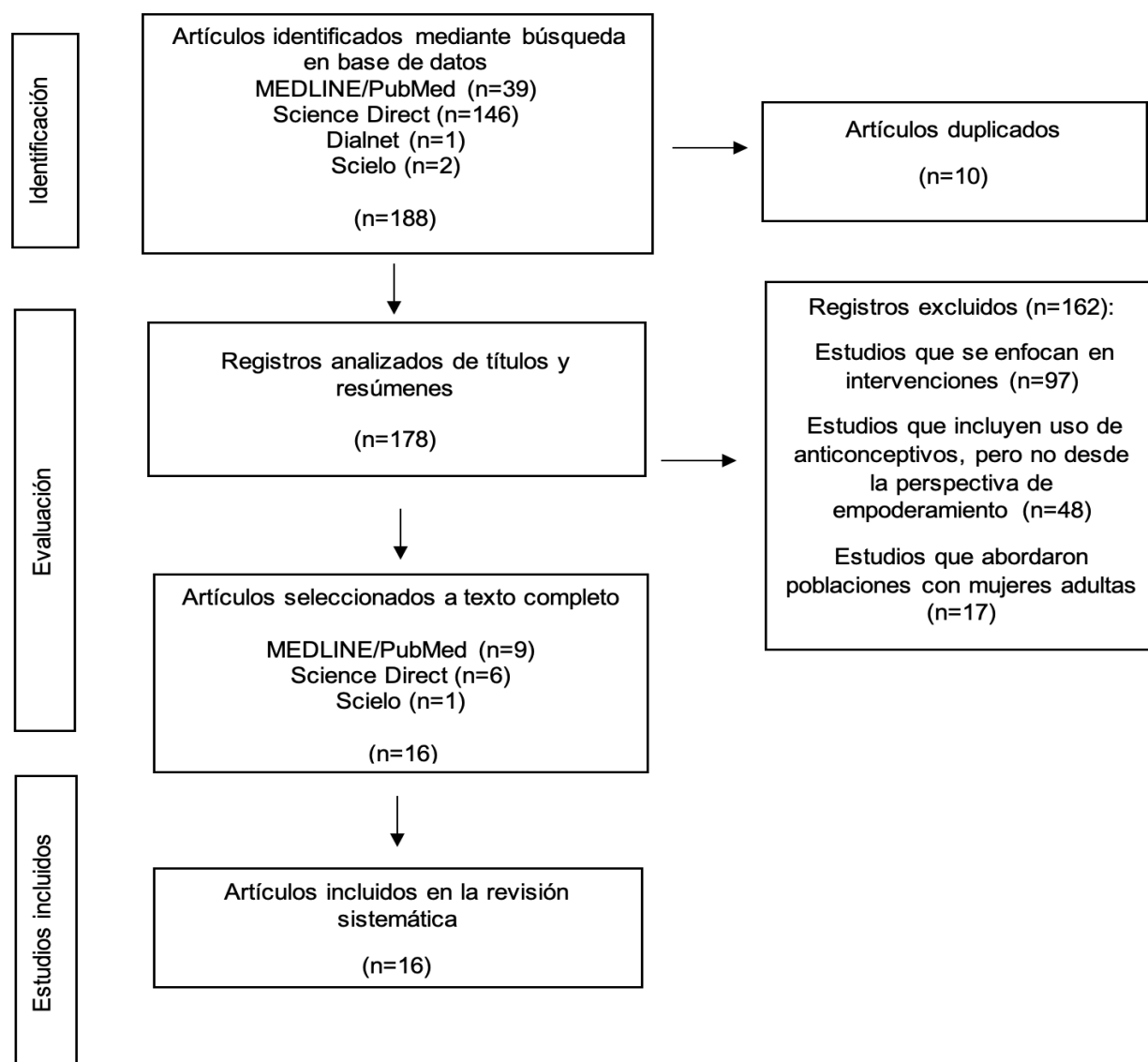


Figura 1 Diagrama de flujo PRISMA.

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión sistemática

Referencia	Estudio	Año	Diseño
15	Women's empowerment for abortion and family planning decision making among marginalized women in Nepal: a mixed method study	2021	MM
16	Asociaciones entre las medidas cuantitativas del empoderamiento de las mujeres y el acceso a la atención y el estado de salud de las madres y sus hijos: una revisión sistemática de la evidencia del mundo en desarrollo	2016	RS
17	Conceptualizar las vías que vinculan a las mujeres, empoderamiento y prematuridad en países en desarrollo	2017	RL
18	El papel del empoderamiento de género en la salud reproductiva Resultados en la Nigeria urbana	2014	CN
19	El empoderamiento de las mujeres como facilitador factor de uso de anticonceptivos en países subsaharianos África	2018	CN
20	Association between Measures of Women's Empowerment and Use of Modern Contraceptives: An Analysis of Nigeria's Demographic and Health Surveys	2017	CN
21	Indicators of young women's modern contraceptive use in Burkina Faso and Mali from Demographic and Health Survey data	2017	CN
22	Women's empowerment in Egypt: the reliability of a complex construct	2019	CN
23	Sustained effects on economic empowerment of interventions for adolescent girls: existing evidence and knowledge gaps.	2016	ECA
24	Empoderamiento femenino: La vía para la apropiación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos	2017	CN
25	Maternidad adolescente en contextos desfavorecidos: La necesidad de empoderar a las mujeres	2019	RL
26	The decision of becoming a mother: Why some girls in foster group homes become adolescent mothers and others don't?	2018	CL
27	The association of empowerment measures with maternal, child and family planning outcomes in Plateau State Nigeria by urban-rural residence	2021	CN
28	Spousal discordance on reports of contraceptive communication, contraceptive use, and ideal family size in rural India: a cross-sectional study	2018	ECA
29	Girls' Empowerment and Adolescent Pregnancy: A Systematic Review	2020	RS
30	The impact of the Adolescent Girls Empowerment Program (AGEP) on short and long term social, economic, education and fertility outcomes: a cluster randomized controlled trial in Zambia	2020	ECA

n=16 artículos; Diseño: MM=Métodos Mixtos, RS= Revisión Sistemática, RL= Revisión de Literatura, CN= Cuantitativa, CL= Cualitativa, ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado.

A continuación, se muestran los principales hallazgos reportados en cada uno de los artículos analizados. Estudio en donde participaron 316 mujeres de 15 a 49 años y encontraron que el uso actual de anticonceptivos modernos fue más grande entre grupos de empoderamiento por debajo del promedio ($p=0,041$, $OR=0,593$ $CI=0,36-0,98$)¹⁵.

En otro estudio analizaron 67 artículos, encontrando asociaciones estadísticamente entre el empoderamiento de las mujeres y los resultados de salud materno infantil, como la atención prenatal, la asistencia calificada en el parto, uso de anticonceptivos, mortalidad infantil, vacunación completa, estado nutricional y exposición a la violencia¹⁶.

De la misma manera en un estudio se realizó el análisis de 18 artículos y concluyeron que el empoderamiento de las mujeres puede reducir la prematuridad, al prevenir el matrimonio precoz y promover la planificación familiar, lo que retrasará la edad del primer embarazo y aumentará los intervalos entre embarazos; mejorar el estado nutricional de la mujer; reducir la violencia doméstica y otros factores de estrés para mejorar la salud psicológica¹⁷.

Realizaron de la misma manera un estudio incluyendo a 5133 mujeres de 15 a 49 años, reportando que es más probable que las mujeres más empoderadas utilicen anticoncepción, den a luz en un centro de salud y tengan un asistente capacitado en el parto¹⁸.

En otro estudio, participaron 474 622 mujeres de 15 a 49 años y dentro de sus resultados se reporta que varios componentes del empoderamiento de la mujer fueron asociados de manera positiva y significativa con el uso de anticonceptivos después de ajustar por factores demográficos y socioeconómicos. Hubo una variación significativa en las probabilidades de uso de anticonceptivos en los 32 países ($\sigma^2 = 1,12$, 95% CrI 0,67 a 1,87) y en los barrios ($\sigma^2 = 0,95$, 95% CrI 0,92 a 0,98)¹⁹.

Otro estudio en donde participaron 4 661 mujeres de 15 a 49 años, reportando en sus resultados que el uso de anticonceptivos modernos se asoció positivamente con la participación de las mujeres en las decisiones relacionadas con las gran-

des compras del hogar [2008: OR ajustado (ORa) = 1,15; IC del 95% = 1,01–1,31] y (2013; ORa = 1,60; 1,40–1,83), atención sanitaria [2008: (ORa = 1,20; 1,04–1,39) y (2013; ORa = 1,39; 1,22–1,59)], y visitando a familiares o parientes [2013; ORa = 1,58; 1,36–1,83]. La prevalencia del uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres que necesitan anticonceptivos aumentó marginalmente del 11,1% en 2003 al 12,8% en 2013²⁰.

Se han reportado que las normas sociales de mujeres entre los 15 y 24 años, en torno al tamaño ideal de la familia tanto para hombres como para mujeres, continúan impulsando las decisiones de las mujeres jóvenes en torno a la planificación familiar e impedir el uso de LAPM (long acting and permanent contraceptive method)²¹.

Así también se estudiaron a mujeres de 15 a 49 años y obteniendo hallazgos que apoyan la conceptualización del empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones y actitudes de los hogares hacia la violencia de género en Egipto²².

En otro trabajo, estudiaron a 176 adolescentes de 13 a 22 años, encontrando que, a pesar del deseo de retrasar la maternidad, muchas adolescentes no usan anticonceptivos modernos. Parte de la razón es la baja aceptación de los servicios de salud sexual y reproductiva, dado que estos servicios no están dirigidos específicamente a los adolescentes más allá de unos pocos programas de espacios / clubes de niñas²³.

De la misma manera otro estudio en donde incluyeron a 90 mujeres, concluyendo que el nivel de empoderamiento femenino se relaciona directamente con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos²⁴.

El análisis de literatura realizado en otro estudio, le permitió concluir que el empoderamiento de las jóvenes a través del aprendizaje de competencias socioemocionales como la autoestima, asertividad, comprensión de sí misma, autorregulación, empatía y regulación emocional de los/as demás, así como trabajar el proyecto de vida a partir de diferentes roles, les van a permitir el percibirse como personas autorrealizadas²⁵.

Un estudio realizado en España, en donde incluyeron a 36 mujeres de 15 a 19 años, dentro

de sus resultados, expresan que la maternidad adolescente a veces refleja la necesidad de llenar un vacío emocional, la falta de un proyecto de vida profesional, de expectativas poco realistas sobre la paternidad, el papel de su pareja, y la infravaloración de las condiciones necesarias para criar a sus hijos²⁶.

En otro estudio, realizado en 2 151 mujeres de 15 a 49 años, reportaron que tres de las cuatro medidas de empoderamiento (toma de decisiones en el hogar, toma de decisiones financieras y tener una prohibición) se asociaron significativamente con el resultado de la planificación familiar, mientras que tener una prohibición fue asociado negativamente con tener una partera capacitada durante el parto. En las zonas rurales, las mujeres involucradas en las decisiones eran significativamente menos propensas a utilizar un método moderno en comparación con un método tradicional²⁷.

Un estudio en el que analizaron a 867 parejas de hombres y mujeres, determinando que las asociaciones con el empoderamiento de la mujer y la comunicación y el uso de anticonceptivos sugieren una estrategia de empoderamiento de la mujer para mejorar la salud reproductiva. Los informes discordantes de mujeres sugieren que incluso cuando los programas interactúan con mujeres empoderadas, la inclusión de los maridos es esencial²⁸.

En una revisión sistemática en donde finalmente analizó 11 artículos y concluyó que existe un impacto favorable del empoderamiento de las niñas en los embarazos de adolescentes y los comportamientos riesgos sexuales. El empoderamiento de la educación llegó a través de la educación formal o los sistemas de salud. La escuela obligatoria ayudó a reducir los embarazos. El empoderamiento de la comunidad se consideró fundamental para el desarrollo de las niñas, desde las interacciones con los padres hasta las prácticas culturales. El empoderamiento económico fue efectivo en programas de transferencia²⁹.

Otro estudio en donde participaron 4661 adolescentes de 15 a 19 años, reportando que intervención realizada tuvo impactos modestos y positivos en el conocimiento de la salud sexual y reproductiva, educación financiera, comportamiento de ahorro, autoeficacia y sexo transaccional, a los dos y cuatro años de seguimiento³⁰.

La evaluación de calidad metodológica de los artículos integrados en la presente revisión sistemática se realizó a través de la escala MINCIR para los artículos de investigación (tabla 2) y se utilizó la escala AMSTAR2 para evaluar las revisiones sistemáticas y revisiones de literatura (tabla 3). Cabe señalar, que ambas escalas demostraron que los artículos en su gran mayoría se realizaron con calidad metodológica aceptable.

Tabla 2. Evaluación de calidad metodológica de los artículos de investigación

Referencia	País	Población	Puntaje MINCIR
15	Nepal	316 mujeres de 15 -49 años	41*
18	Nigeria	5133 mujeres de 15 a 49 años	33*
19	África	474622 mujeres de 15 a 49 años	36*
20	Nigeria	4661 mujeres de 15 a 49 años	43*
21	África	Mujeres de 15 a 24 años	20*
22	Egipto	Mujeres de 15 a 49 años	32*
23	Malawi	176 mujeres de 13 a 22 años	20*
24	Perú	90 mujeres	25*
26	España	36 mujeres de 15 a 19 años	20*
27	Nigeria	2151 mujeres de 15 a 49 años	38*
28	India	867 parejas	37*
30	Zambia	4661 mujeres de 15 a 19 años	44*

*Calidad metodológica adecuada según escala MINCIR (adecuada \geq 18 puntos)

Tabla 3. Evaluación de calidad metodológica de las revisiones sistemáticas y de literatura

Referencia	País	Población	Puntaje AMSTAR2
16	USA	67 artículos	Moderado*
17	USA	18 artículos	Moderado*
25	España	No especificado	Bajo
29	Taiwán	11 artículos	Alto*

* Calidad metodológica adecuada según escala AMSTAR-2

Discusión

El objetivo del presente trabajo es analizar la literatura científica sobre el empoderamiento anticonceptivo en madres adolescentes y mujeres jóvenes, en donde se analizaron un total de 16 estudios en donde la mayoría concluye que el empoderamiento puede influir en el uso de métodos anticonceptivos^{15,17-20,24}

Cuando la mujer decide y hace uso de algún método anticonceptivo, consecuentemente tiene repercusiones en su vida, tales como prevenir un matrimonio precoz, planificar un embarazo, retrasar la edad del primer embarazo, decidir el periodo intergenésico, entre otros¹⁷.

El empoderamiento de la mujer desde antes del embarazo permite que ella decida aspectos fundamentales en el control prenatal, toma de decisiones en su embarazo y parto^{17,18,19} inclusive influye en el cuidado del recién nacido, por ejemplo, en la vacunación completa de su hijo, tipo de nutrición que le va a brindar y crianza en general Pratlley^{16,17}.

Debido a que el hombre puede participar, tanto en la relación de pareja, como en el uso de métodos anticonceptivos, algunos otros estudios recomiendan incluir a los hombres en las intervenciones propuestas²¹.

El empoderamiento en salud reproductiva indudablemente repercute en otros aspectos de la vida de las mujeres, tal es el caso de la violencia en el hogar y de pareja, ya que cuando la mujer se encuentra empoderada, ella es capaz de tomar sus propias decisiones^{16,17,21,22,28}.

La educación financiera se ha relacionado significativamente con el aumento en el empoderamiento de la mujer, se sugiere que es debido a la percepción de aumento de poder en la toma de decisiones, dentro de la pareja, de su hogar y de

su propia vida^{22, 27, 29}. Por lo tanto, se recomienda que se hable de empoderamiento a la mujer y que también se incluyan temas como la autoestima, empatía, control de emociones y establecimiento del proyecto de vida, para lograr así, un mayor resultado^{25,26}.

Respecto al proyecto de vida, se ha relacionado con el nivel educativo de la mujer, ya que al tener bien establecido el Proyecto de vida, las adolescentes buscan un método anticonceptivo para retrasar la maternidad²⁹.

Otro aspecto importante que se debe considerar para el uso de métodos anticonceptivos es la aceptación de los servicios de salud y la accesibilidad a ellos, además de que es importante que tengan programas dirigidos especialmente a la población adolescente²³.

Se considera que la edad reproductiva de la mujer es de 15 a 49 años y respecto al uso de métodos anticonceptivos, es el periodo de edad en donde ejercerían sus derechos sexuales y reproductivos; se deduce que este es el criterio considerado en la mayoría de los estudios para la elección de la edad de los participantes. Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, el empoderamiento también se reflejaría en otros aspectos de su vida, inclusive en los años posteriores.

La mayoría de los estudios demostró tener adecuada calidad metodológica, al ser evaluados a través de la escala MINCIR para estudios de investigación, y la escala AMSTAR2 para revisiones sistemáticas y de literatura.

Conclusiones

La revisión sistemática permite afirmar que el empoderamiento representa una influencia en la toma de decisiones en las mujeres jóvenes

y madres adolescentes, la evidencia demuestra que las mujeres jóvenes toman decisiones informadas, pero a veces son controladas por las ideaciones que han influido por su contexto cultural, de pareja o familiar. Entre más visitas realicen al control prenatal las mujeres jóvenes pueden ejercer el poder de decisión a la hora de usar un anticonceptivo después del parto. Es decir que la mujer joven o la madre adolescente al estar empoderada, puede reducir el riesgo de embarazo y reforzar el uso de anticonceptivos. Se requieren de estudios más sólidos con bajo riesgo de sesgo, estudios a más largos plazos y mediciones del impacto del uso de anticonceptivos en madres adolescentes y mujeres jóvenes. Es imperante el desarrollo de estrategias que favorezcan al empoderamiento en las mujeres jóvenes o madres adolescentes, sobre todo favorecer al ejercicio de su poder de sus derechos sexuales y reproductivos.

Contribución de autoría

Conceptualización: Clarisa Luna-Ferrales, Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez.

Referencias

1. Flores-Valencia M, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de salud pública*. 2017; 19(83):374-378.
2. Bash-Taqi R, Watson K, Akwara E, Adebayo E, Chandra-Mouli V. From commitment to implementation: lessons learnt from the first National Strategy for the Reduction of Teenage Pregnancy in Sierra Leone. *Sex Reprod Health Matters* [Internet]. 2020[cited 2024 Ago 28];28(1):1818376. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2020.1818376>
3. Silva JLP, Surita FG. Pregnancy in Adolescence-A Challenge Beyond Public Health Policies A gravidez na adolescência-um desafio além das políticas públicas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017; 39:41-3.
4. Sánchez-Medina R, Rosales-Piña CR. Modelo Ecológico aplicado al campo de la Salud sexual. *RDI-PyCS* [Internet]. 2017[cited 2024 Ago. 28];3(2):119-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.22402/j.rdi.pycs.unam.3.2.2017.80.119-135>
5. Ortiz R, Otolara R, Muriel A, Luna D. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(5):478-86
6. Céspedes C, Robles C. Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad. Naciones Unidas y Editorial CEPAL. 2016
7. Norton M, Chandra-Mouli V, Lane C. Interventions for preventing unintended, rapid repeat pregnancy among adolescents: A review of the evidence and lessons from high-quality evaluations. *Glob Health Sci Pract* [Internet]. 2017[cited 2024 Ago 28];5(4):547-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.9745/ghsp-d-17-00131>
8. James-Hawkins L, Peters C, Vander Ende K, Bardin L, Yount KM. Women's agency and its relationship to current contraceptive use in lower- and middle-income countries: A systematic review of the literature. *Glob Public Health* [Internet]. 2018[cited 2024 Ago 28];13(7):843-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2016.1239270>

Curación de datos: Clarisa Luna-Ferrales, Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez, Metodología: Clarisa Luna-Ferrales, Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez, Elsa Josefina Vargas-Rodríguez

Redacción-revisión y edición: Clarisa Luna-Ferrales, Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez, Elsa Josefina Vargas-Rodríguez y Clara Teresita Morales-Álvarez

Validación: Clarisa Luna-Ferrales, Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez, Elsa Josefina Vargas-Rodríguez y Clara Teresita Morales-Álvarez

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

En este trabajo se respetó la autoría de los artículos utilizados, citando al autor o autores correspondientes.

Financiamiento

La producción de este documento fue autofinanciada.

9. Edmeades J, Mejia C, Parsons J, Sebany M. A Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health (Background Paper). Washington D C; 2018.
10. Dhak B, Saggurti N, Ram F. Contraceptive use and its effect on Indian women's empowerment: evidence from the National Family Health Survey-4. *J Biosoc Sci* [Internet]. 2020[cited 2024 Ago 28];52(4):523–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932019000609>
11. Lassi ZS, Rahim KA, Stavropoulos AM, Ryan LM, Tyagi J, Adewale B, et al. Use of contraceptives, empowerment and agency of adolescent girls and young women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Sex Reprod Health* [Internet]. 2024[cited 2024 Ago 28];50(3):195–211. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjshr-2023-202151>
12. Burke HM, Ridgeway K, Murray K, Mickler A, Thomas R, Williams K. Reproductive empowerment and contraceptive self-care: a systematic review. *Sex Reprod Health Matters* [Internet]. 2022[cited 2024 Ago 28];29(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2022.2090057>
13. Madrid J, Hernández A, Gentile A, Cevallos L. Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. *ADOLESCERE Revista de Formación Continuada de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*. 2019; VII (1):39–47.
14. Yount KM, Vander Ende KE, Dodell S, Cheong YF. Measurement of women's agency in Egypt: A national validation study. *Soc Indic Res* [Internet]. 2016[cited 2024 Ago 28];128(3):1171–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-015-1074-7>
15. Kc H, Shrestha M, Pokharel N, Niraula SR, Pyakurel P, Parajuli SB. Women's empowerment for abortion and family planning decision making among marginalized women in Nepal: a mixed method study. *Reprod Health* [Internet]. 2021[cited 2024 Ago 28];18(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-021-01087-x>
16. Pratley P. Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016[cited 2024 Ago 28]; 169:119–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.001>
17. Afulani PA, Altman M, Musana J, Sudhinaraset M. Conceptualizing pathways linking women's empowerment and prematurity in developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017[cited 2024 Ago 28];17(S2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1502-6>
18. Corroon M, Speizer IS, Fotso J-C, Akiode A, Saad A, Calhoun L, et al. The role of gender empowerment on reproductive health outcomes in urban Nigeria. *Matern Child Health J* [Internet]. 2014 [cited 2024 Ago 28];18(1):307–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23576403/>
19. Yaya S, Uthman OA, Ekholuenetale M, Bishwajit G. Women empowerment as an enabling factor of contraceptive use in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis of cross-sectional surveys of 32 countries. *Reprod Health* [Internet]. 2018[cited 2024 Ago 28];15(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0658-5>
20. Asaolu IO, Okafor CT, Ehiri JC, Dreifuss HM, Ehiri JE. Association between measures of women's empowerment and use of modern contraceptives: An analysis of Nigeria's demographic and health surveys. *Front Public Health* [Internet]. 2016[cited 2024 Ago 28]; 4:293. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2016.00293>
21. O'Regan A, Thompson G. Indicators of young women's modern contraceptive use in Burkina Faso and Mali from Demographic and Health Survey data. *Contracept Reprod Med* [Internet]. 2017[cited 2024 Ago 28];2(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40834-017-0053-6>
22. Samari G. Women's empowerment in Egypt: the reliability of a complex construct. *Sex Reprod Health Matters* [Internet]. 2019[cited 2024 Ago 28];27(1):146–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2019.1586816>
23. Baird S, Ozler B. Sustained effects on economic empowerment of interventions for adolescent girls: Existing evidence and knowledge gaps. Center for global development [Internet]. 2016 [cited 2024 May 17]. Available from: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/sustained-effects-economic-empowerment.pdf>
24. Fernández Y, Calle A. Female empowerment: the way to the appropriation exercise of sexual and re-

- productive of women. *Revista de investigación científica* [Internet]. 2017 [cited 2024May17];14(2):107-114. Available from: <https://erp.untumbes.edu.pe/revistas/index.php/manglar/article/view/79>
25. Nair E, Zárate A. Maternidad adolescente en contextos desfavorecidos: La necesidad de empoderar a las mujeres. In *Políticas públicas para la equidad social: Volumen II*. [internet] 2019. 189-197. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7690421>
26. Nair E, Zárate A. The decision of becoming a mother: Why some girls in foster group homes become adolescent mothers and others don't? *Interacciones: Revista de Avances en Psicología* [internet] 2018; 4(2):71-79.
27. Singh K, Speizer IS, Ijdi R-E, Calhoun LM. The association of empowerment measures with maternal, child and family planning outcomes in Plateau State Nigeria by urban-rural residence. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021[cited 2024May17];21(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-03659-y>
28. Shakya HB, Dasgupta A, Ghule M, Battala M, Saggurti N, Donta B, et al. Spousal discordance on reports of contraceptive communication, contraceptive use, and ideal family size in rural India: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2018[cited 2024May17];18(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-018-0636-7>
29. Nkhoma DE, Lin C-P, Katengeza HL, Soko CJ, Estinfort W, Wang Y-C, et al. Girls' empowerment and adolescent pregnancy: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2024May17];17(5):1664. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1664>
30. Austrian K, Soler-Hampejsek E, Behrman JR, Digitale J, Jackson Hachonda N, Bweupe M, et al. The impact of the Adolescent Girls Empowerment Program (AGEP) on short and long term social, economic, education and fertility outcomes: a cluster randomized controlled trial in Zambia. *BMC Public Health* [Internet]. 2020[cited 2024May17];20(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08468-0>

Efectividad de entrevista motivacional en prevención de embarazos adolescentes subsecuentes. Una revisión de alcance

Pérez-Cavazos Dayanna Neitakrith
<https://orcid.org/0000-0002-5138-7482>
 Universidad Autónoma de Nuevo León,
 Facultad de Enfermería, Nuevo León,
 México.
 Universidade de São Paulo, Escola
 Enfermagem, Ribeirão Preto, Brasil.
dayanna.perezcv@uanl.edu.mx

Manjarres-Posada Natalia
<https://orcid.org/0000-0003-2143-0897>
 Universidad de Guadalajara, Centro
 Universitario de Ciencias, Instituto
 Regional de Investigación en Salud
 Pública, Guadalajara, México.
natalia.manjarres@academicos.udg.mx

Martínez-Figueroa Gabriela Iveth
<https://orcid.org/0000-0002-2423-3242>
 Universidad Autónoma de Nuevo León,
 Facultad de Enfermería, Nuevo León,
 México
gabriela.martinezf@uanl.edu.mx

Mayo-Abarca Jorge Alberto
<https://orcid.org/0000-0003-4248-523X>
 Universidad Autónoma de Nuevo León,
 Facultad de Enfermería, Nuevo León,
 México
jorge.mayoa@uanl.edu.mx

Salinas-Peña Ricardo Alejandro
<https://orcid.org/0009-0000-6243-2173>
 Secretaría de Salud, Nuevo León,
 México
dr.salinas.ssnl@gmail.com

Correspondencia:
 Pérez-Cavazos Dayanna Neitakrith
dayanna.perezcv@uanl.edu.mx

Recibido: 13 de mayo 2024
 Aceptado: 20 de junio 2024

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
 Volumen 49, Número 3, Año 2024
 e-ISSN: 2737-6141
 Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: La interrupción de los programas de educación sexual y la disminución en la disponibilidad de servicios anticonceptivos durante la crisis sanitaria global han generado desafíos importantes que pueden aumentar los embarazos en adolescentes. Aunque la entrevista motivacional ha sido efectiva en otras áreas de salud, su uso en la prevención de embarazos adolescentes sigue siendo limitado.

Objetivo: el propósito de esta revisión es explorar cómo la entrevista motivacional puede ser útil en la prevención de embarazos subsecuentes en adolescentes.

Material y métodos: Para ello, se realizó una revisión de alcance siguiendo los lineamientos PRISMA-ScR 2020, buscando estudios entre 2014 y 2024 en bases de datos como PubMed, Scopus, Dialnet, Redalyc, SciELO y Google Scholar. Se seleccionaron seis estudios relevantes, incluyendo ensayos controlados aleatorizados, estudios de cohorte y otros enfoques. La mayoría de los estudios se realizaron en Estados Unidos entre 2015 y 2020.

Resultados: Las intervenciones revisadas incluyen asesoría anticonceptiva, seguimiento telefónico con visitas domiciliarias, y un programa asistido por computadora, todas basadas en la entrevista motivacional.

Discusión: A pesar de las dificultades metodológicas, como la capacitación especializada y la logística, los resultados sugieren que esta técnica tiene un gran potencial para mejorar el uso de anticonceptivos entre adolescentes y reducir los embarazos no planeados.

Conclusión: Este análisis resalta la necesidad de seguir investigando el impacto de la entrevista motivacional en la salud reproductiva juvenil.

Palabras clave: entrevista motivacional; embarazo en adolescencia; revisión

Effectiveness of motivational interviewing in preventing subsequent adolescent pregnancies. A scoping review

Abstract

Introduction: The disruption of sexual education programs and the reduced availability of contraceptive services during the global health crisis have created significant challenges that may increase adolescent pregnancies. Although motivational interviewing has been effective in other areas of health, its use in preventing adolescent pregnancies remains limited.

Objective: The purpose of this review is to explore how motivational interviewing can be useful in preventing subsequent pregnancies among adolescents.

Materials and methods: A scoping review was conducted following the PRISMA-ScR 2020 guidelines, searching for studies from 2014 to 2024 in databases such as PubMed, Scopus, Dialnet, Redalyc, SciELO, and Google Scholar. Six relevant studies were selected, including randomized controlled trials, cohort studies, and other approaches. Most of the studies were conducted in the United States between 2015 and 2020.

Results: The interventions reviewed include contraceptive counseling, telephone follow-up with home visits, and a computer-assisted program, all based on motivational interviewing.

Discussion: Despite methodological challenges, such as specialized training and logistics, the results suggest that this technique has significant potential to improve contraceptive use among adolescents and reduce unintended pregnancies.

Conclusion: This analysis highlights the need for further research on the impact of motivational interviewing on youth reproductive health.

Keyword: motivational interviewing; pregnancy in adolescence; review.

Cómo citar este artículo: Pérez-Cavazos DN, Manjarres-Posada N, Martínez-Figueroa GI, Mayo-Abarca JA, Salinas-Peña RA. Efectividad de Entrevista Motivacional en Prevención de Embarazos Adolescentes Subsecuentes: Una Revisión de Alcance. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 sept [cited]; 49(3):88-99. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6754>

Introducción

La crisis global de salud vivida hace algunos años exacerbó desafíos dentro de la salud sexual y reproductiva, especialmente para las adolescentes. La reducción en la disponibilidad de servicios y el acceso limitado a los anticonceptivos han creado obstáculos significativos en la capacidad de las jóvenes para gestionar su fertilidad de manera autónoma^{1,2}.

Antes de la pandemia, se estimaba que aproximadamente 19,7 millones de mujeres carecían de acceso a métodos anticonceptivos modernos, y se preveía que otros 17 millones dejarían de usar anticonceptivos debido a dificultades económicas o falta de suministros en servicios públicos. Esta situación, sumada a la ya existente población de mujeres con necesidades anticonceptivas insatisfechas, conduciría a un retroceso de 27 años en términos de provisión de servicios relacionados con la anticoncepción³.

Paralelamente, la inaccesibilidad a servicios de salud sexual y métodos anticonceptivos podría desencadenar un preocupante incremento en las tasas de embarazo adolescente³. Informes del Fondo de Población de las Naciones Unidas⁴ indican que las restricciones para obtener anticonceptivos podrían incrementar significativamente el riesgo de embarazos e infecciones de transmisión sexual en las jóvenes adolescentes.

La interrupción de programas de educación sexual integral como consecuencia de la pandemia agrega una capa adicional de preocupación, ya que esto podría revertir años de avances en la reducción de la tasa de fecundidad adolescente⁴. Esta persistente problemática se evidencia en cifras alarmantes a nivel mundial: el 15% de los nacimientos son de madres adolescentes, con porcentajes de un nuevo embarazo entre el 37% y el 64% dentro de los 24 meses posteriores al parto. Además, aproximadamente el 75% de las adolescentes que dan a luz antes de los 14 años tendrán un segundo hijo, contribuyendo al 54% de todos los partos en adolescentes. En México, la prevalencia de embarazos subsecuentes alcanza el 18,5%, afectando a aproximadamente 35,2 millones de mujeres mayores de 15 años. Por lo tanto, fue fundamental abordar de manera integral los desafíos que enfrentan las adolescentes

en materia de salud sexual y reproductiva, garantizando el acceso equitativo a servicios y educación que promuevan su bienestar y autonomía^{1,4}.

Para enfrentar estos desafíos, es esencial promover el uso de anticonceptivos mediante una mejor asesoría, más información relevante y educación en el periodo posparto para las adolescentes⁵. Se requieren estrategias efectivas para garantizar que tengan acceso a métodos anticonceptivos, programas integrales de seguimiento, visitas domiciliarias, educación y planificación familiar⁶. Las visitas domiciliarias han demostrado ser eficaces para mejorar la salud reproductiva de las adolescentes⁷, al igual que las intervenciones de entrevista motivacional durante el periodo perinatal o posnatal⁸.

En este sentido, la evidencia respalda que las intervenciones con entrevista motivacional durante los periodos perinatal o posnatal tienen mayores posibilidades de generar resultados positivos⁸. Esta técnica, centrada en el paciente, se enfoca en inducir un cambio de conducta al abordar la ambivalencia del individuo. Reconoce que el cambio es un proceso gradual con múltiples etapas, donde la motivación personal desempeña un papel fundamental. Más que proporcionar consejos directos, su objetivo es guiar al participante en la reflexión sobre su ambivalencia y fomentar la motivación intrínseca para cambiar⁹. Los cuatro principios esenciales de la entrevista motivacional son: expresión de empatía, desarrollo de discrepancias, manejo de la resistencia y apoyo a la autoeficacia¹⁰, se busca empoderar al individuo para tomar decisiones informadas y positivas respecto a su salud reproductiva. Estas medidas son fundamentales para abordar los obstáculos que enfrentan las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva y para promover su bienestar y autonomía.

Las entrevistas motivacionales han surgido como una herramienta efectiva en la promoción de la salud y el cambio de conducta en una variedad de campos, desde la cesación del tabaquismo¹¹ hasta la adopción de estilos de vida más saludables¹². A pesar de su efectividad comprobada en diversos contextos de salud, su implementación en la prevención del embarazo ha sido considerablemente restringida y poco estudiada. Un metaanálisis reciente reveló un sólido respaldo científico para el uso de la Entrevista Motivacional en

el tratamiento de diversos problemas de salud en adolescentes. Sin embargo, ha sido escasamente investigada su eficacia específicamente en la prevención del embarazo en este grupo demográfico en particular¹³.

Por lo tanto, una revisión de alcance sería esencial para abordar diversas áreas relacionadas con la entrevista motivacional y su aplicación en la prevención del embarazo adolescente. Al revisar la literatura existente, se puede observar claramente una brecha en cuanto a la utilización de este enfoque en esta área específica, lo que resalta la necesidad de investigaciones adicionales para determinar el estado actual del conocimiento y las áreas que requieren más atención. En este sentido, el objetivo de esta revisión de alcance es explorar la efectividad de la entrevista motivacional como estrategia para la prevención de embarazos subsecuentes.

Material y métodos

Se desarrolló una revisión de alcance, la cual es una síntesis de conocimiento que identifica y resume la literatura existente sobre un tema, con el fin de mapear su alcance y naturaleza, y detectar posibles vacíos¹⁴. Para llevar a cabo la revisión se adoptó como marco metodológico la guía propuesta por Peter y colaboradores¹⁴, compuesta por 11 puntos fundamentales: 1) Título y preguntas de revisión, 2) Criterios de inclusión, 3) Participantes, 4) Concepto, 5) Contexto, 6) Tipos de fuentes de evidencia, 7) Estrategia de búsqueda, 8) Cribado y selección de pruebas, 9) Extracción de datos, 10) Análisis de datos, 11) Presentación de resultados. Además, se utilizó la última guía del Manual del JBL para la síntesis de evidencia¹⁵ como complemento metodológico para garantizar un proceso riguroso y completo de revisión. Finalmente, el protocolo podrá ser solicitado al autor principal para su envío.

Inicialmente, se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos de revisiones sistemáticas (Biblioteca Cochrane y en el International Prospective Register of Systematic Reviews PROSPERO) con el fin de identificar revisiones relacionadas con el tema estudio. Sin embargo, los resultados de esta búsqueda evidenciaron la necesidad de realizar una revisión de alcance sobre el uso de entrevistas motivacionales en la prevención de

embarazos, ya que no se encontraron revisiones previas relacionadas con este tema específico.

Se siguieron los lineamientos metodológicos establecidos en la Declaración PRISMA-ScR 202016 para llevar a cabo la búsqueda y selección de las publicaciones pertinentes. Se accedió a las fuentes de información a través de diversas bases de datos, incluyendo PubMed, Scopus, Dialnet, Redalyc, SciELO y Google Scholar. Estas bases de datos fueron elegidas debido a su concentración de publicaciones especializadas en el tema del embarazo adolescente en una variedad de contextos. La búsqueda se llevó a cabo durante el período comprendido entre el 29 de febrero y el 15 de abril de 2024.

El procedimiento de búsqueda involucró la pregunta de investigación ¿Cuál es la efectividad de la Entrevista Motivacional en la reducción de embarazos adolescentes, considerando su implementación en diferentes contextos y centrándose en cómo promueve la motivación para el uso consistente de anticonceptivos?, posteriormente se realizó una exploración digital de artículos originales, literatura gris y/o revisiones sistemáticas publicados en el periodo comprendido entre el 2014 y 2024. Se empleó la siguiente combinación para la fórmula de búsqueda: ("Motivational Interviewing" OR "Motivational interventions" OR "Entrevista motivacional") AND ("Subsequent Pregnancies" OR "Embarazos Subsecuentes") OR ("Adolescent Mothers" OR "Madres Adolescentes" OR "Mães Adolescentes") OR ("Adolescent Pregnancy Prevention" OR "Prevención de Embarazo en Adolescentes") OR ("Pregnancy in Adolescence" OR "Embarazo en Adolescencia" OR "Gravidez na Adolescencia"). Los criterios de inclusión son los siguientes: (a) Estudios originales, literatura gris y/o revisiones sistemáticas que evaluaron específicamente la efectividad de la intervención con Entrevista Motivacional en la reducción de embarazos en las mujeres y madres adolescentes, típicamente en el rango de edad de los 12 y 19 años y en diferentes entornos de atención médica, educativa y/o comunidad; (b) Escritos en español, inglés y portugués; (c) desarrollados con metodología cualitativa o cuantitativa; (d) publicados entre los años 2014 – 2024.

Los criterios de exclusión se definieron para garantizar la calidad y relevancia de los estudios

considerados en esta revisión. Se excluyeron publicaciones que no trataran específicamente el uso de anticonceptivos, así como estudios que no incluyeran adolescentes en su muestra. Además, se descartaron estudios de casos, protocolos, trabajos teóricos y aquellos centrados en intervenciones diferentes a la prevención de embarazos adolescentes.

El proceso de eliminación se llevó a cabo en varias etapas. Primero, se aplicaron los criterios a los títulos de las publicaciones para descartar duplicados y documentos que no cumplían con los

requisitos básicos de fecha o tipo de publicación. Luego, en el cribado, se revisaron nuevamente los títulos y resúmenes, excluyendo aquellos que no se ajustaban a los criterios predefinidos.

Finalmente, se evaluaron los artículos completos y se tomaron decisiones sobre su elegibilidad e inclusión en la revisión. En cada fase del proceso, se registraron detalladamente las razones de las exclusiones. La figura 1 ilustra visualmente este proceso, proporcionando una representación gráfica de la selección de los estudios incluidos en la revisión.

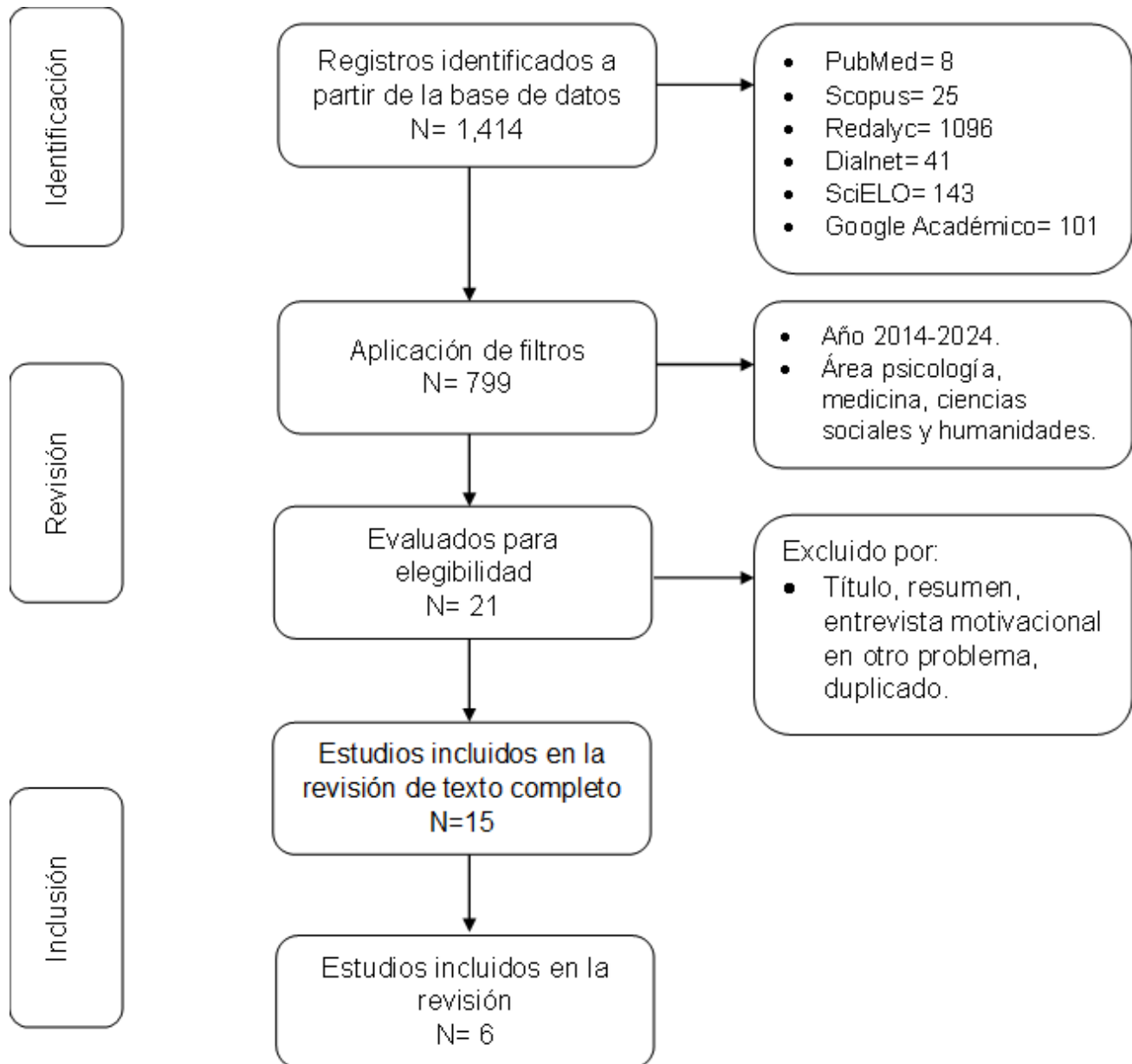


Figura 1. Diagrama de flujo que ilustra el proceso de la revisión de alcance de acuerdo con la declaración PRISMA.

Resultados

Se analizaron seis estudios pertinentes en la investigación (Tabla 1). Entre ellos, se identificaron dos Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) piloto, un diseño no experimental pre-post, un ECA real, un estudio de cohorte y finalmente un estudio de viabilidad. La mayoría de estos estudios se llevaron a cabo en los Estados Unidos, entre los años 2015 y 2017, a excepción de uno más actualizado en 2020. De manera general, los objetivos de estos estudios están centrados en evaluar la efectividad de diferentes intervenciones destinadas a promover el uso de anticonceptivos, especialmente entre las mujeres y madres adolescentes.

Durante el análisis, se identificaron varios tipos de intervenciones. En primer lugar, se encontraron tres intervenciones de asesoramiento^{13,16, 17} sobre anticoncepción, así como una intervención de consejo anticonceptivo¹⁸. Por otro lado, se descubrió una intervención telefónica¹⁹, la cual se complementó con visitas domiciliarias. Finalmente, se identificó una intervención asistida por computador²⁰. Todos estos tipos de intervencio-

nes se basaron en el enfoque de la entrevista motivacional.

Las intervenciones variaron considerablemente en duración. En particular se observó que algunas consistían en una única sesión con una media de tiempo de 29 minutos^{13,16-18}, mientras que otra intervención con dos sesiones de 30 a 60 minutos cada una, llevadas a cabo en modalidad cara a cara durante visitas domiciliarias²⁰. Por otro lado, se identificó una intervención con una duración prolongada de 18 meses¹³, caracterizada por una frecuencia de una hora por semana durante el primer año y una hora cada dos semanas en los siguientes meses.

Con el objetivo de responder a la pregunta planteada acerca de los efectos, limitaciones y desafíos metodológicos para la prevención de embarazos adolescentes identificados en este estudio, se ha elaborado la tabla 2, la cual proporciona una visión general de estos aspectos. Esta presentación estructurada permite una comprensión más clara y concisa de los hallazgos, facilitando así la interpretación y el análisis de los resultados obtenidos.

Tabla 1. Características generales de los estudios

Autor	Año	País	Tipo de diseño	Tipo de intervención	Dosis intervención
Whitaker et al. ¹⁶	2016	EUA	ECA Piloto de grupos paralelos 1:1	Sesión de asesoramiento sobre anticoncepción basada en EM	1 sesión de 29 minutos.
Stevens et al. ¹³	2017	EUA	Ensayo Controlado Aleatorizado	Intervención de 4 componentes 1) llamadas telefónicas basadas en EM y visitas domiciliarias/comunitarias, 2) acceso a una clínica anticonceptiva a tiempo parcial, 3) asistencia de transporte y 4) asistencia de trabajadoras sociales.	18 meses de 1 hora por semana durante el primer año, posteriormente 1 hora cada dos semanas.
Whitaker et al. ¹⁷	2015	EUA	Estudio de viabilidad	Intervención de asesoramiento sobre anticoncepción postaborto mediante EM	1 sesión de 29 minutos.
Nebot et al. ¹⁸	2015	España	Cuasi-experimental pre-post con entrevista basal y 3 meses después	Consejo basado en la EM y la teoría cognitivo-social	1 sesión de 45 minutos.
Tomlin et al. ¹⁹	2017	EUA	Estudio de cohorte	N/A	N/A
Manjarres-Posada. ²⁰	2020	México	ECA Piloto	Intervención Motivacional Asistida por Computador, modalidad cara cara en visita domiciliaria.	Dos sesiones de 30 a 60 minutos.

Tabla 2. Efectos, limitaciones y desafíos metodológicos

Autor/año	Efectos	Limitaciones	Desafíos metodológicos
Whitaker et al. ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> Las participantes en el grupo de intervención tuvieron significativamente más probabilidades de que se les colocara un dispositivo LARC inmediatamente o dentro de las cuatro semanas posteriores al aborto (65,5% frente a 32,3%, $p = 0,01$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la adopción de cualquier método anticonceptivo eficaz dentro del mismo período entre los grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> De los 56 pacientes elegibles que no participaron en el ensayo, 32 se negaron a participar y a 24 no se les contactó, debido a la falta de disponibilidad de un consejero ese día en la clínica y la preocupación de un médico por la interrupción del flujo clínico. La implementación del ensayo en una clínica académica limita su generalización. 	<ul style="list-style-type: none"> La limitación en la disponibilidad de consejeros y recursos para la capacitación y evaluación de la fidelidad de la EM. Riesgo de sesgo introducido por la participación del investigador principal en el diseño, asesoramiento y análisis de datos.
Stevens et al. ¹³	<ul style="list-style-type: none"> En el grupo de intervención, se observó una reducción absoluta del 18,1 % en los embarazos repetidos auto informados en comparación con el grupo de control (20,5 % frente a 38,6 %; $P < 0,001$). Se registró un aumento absoluto del 13,7% en el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada auto informado en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control (40,2% frente a 26,5%, $P = 0,002$). No se encontró evidencia de efectos adversos de la intervención en las conductas sexuales de riesgo, como tener relaciones sexuales sin condón o un mayor número de parejas. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de identificación de la(s) parte(s) de la intervención que condujeron a la reducción de las tasas de embarazo y la ausencia de un grupo de control de atención con placebo. 	<ul style="list-style-type: none"> La necesidad de identificar qué componentes de la intervención son esenciales Se señala que la intervención se limitó a adolescentes embarazadas y con hijos con cobertura de Medicaid de un estado del Medio Oeste, lo que puede afectar la generalización de los hallazgos. Necesidad de análisis de costos y la limitación en el uso de datos secundarios debido a recursos limitados del estudio. Desafíos en la formación rigurosa en entrevistas motivacionales para el personal y la evaluación de la fidelidad de la intervención por un experto externo.
Whitaker et al. ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> El 60% de las mujeres expresaron la intención de utilizar un método LARC. El 35% expresaron la intención de utilizar un método hormonal combinado 	<ul style="list-style-type: none"> A consecuencia de la EM, las preferencias de las participantes, incluso si era no utilizar anticonceptivos, fue valorada y respetada. La capacitación de consejeros debido a restricciones de costos. Logísticas financieras en la clínica, como desabastecimiento de métodos anticonceptivos disponibles. Preocupaciones del personal médico sobre posibles interrupciones en las actividades clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Posible sesgo de deseabilidad social hacia el uso de métodos LARC. Entrenamiento inicial en EM, incluyendo instrucción teórica, demostraciones grabadas en video y en vivo, y juego de roles. Exigencia del consentimiento de los padres para participantes menores. Establecimiento de una relación terapéutica cara a cara entre consejeros y participantes.

- Nebot et al.¹⁸
- Tras la intervención, se observó un aumento en los conocimientos y autoeficacia relacionada con la anticoncepción.
 - El uso de anticonceptivos efectivos aumentó en todos los grupos, con un incremento del uso de preservativo del 5,4% y una reducción del 7,7% en la ausencia de método en la muestra total.
 - El grupo inmigrante experimentó cambios significativos en el conjunto de variables analizadas, con mejoras especialmente destacadas en el aumento del uso de preservativo en la última relación sexual y en la disminución de la proporción que no utilizó ningún método.
 - La principal limitación del estudio radica en el diseño no experimental, que, al carecer de grupo de comparación, no permite descartar ciertas amenazas a la validez interna.
 - Falta de comparación con un grupo de control limita las conclusiones.
 - La modificación de creencias, de acuerdo con el modelo teórico, podría requerir varias sesiones de intervención, lo cual no fue explorado en este estudio de una sola sesión.
- Tomlin et al.¹⁹
- La tasa ajustada de utilización de LARC entre los participantes que recibieron atención prenatal centrada en adolescentes a las 13 semanas después del parto fue del 38% (IC del 95%: 29%-47%), en comparación con el 18% (IC del 95%: 11%-28%) para los participantes que recibieron atención estándar.
 - Las pacientes que recibieron atención prenatal centrada en adolescentes, la mayoría (27% frente a 12,7%) optó por utilizar un dispositivo intrauterino en lugar de un dispositivo anticonceptivo implantable.
 - LA EM permite determinar si otro embarazo se ajusta a su plan declarado, priorizando o no el uso de métodos de LARC.
 - Se recomienda la colocación de LARC dentro de un máximo de 13 semanas posparto.
 - En el entorno de la atención prenatal centrada en adolescentes, las intervenciones son llevadas a cabo por un único proveedor de enfermería certificado en obstetricia.
- Manjarres-Po-sada²⁰
- En el grupo que recibió la intervención CAMI-Spa, se observó un incremento significativo en la conducta anticonceptiva desde el pretest ($M = 3,50$, $DE = 3,58$) hasta el postest ($M = 5,54$, $DE = 4,11$).
 - La implementación del CAMI-Spa fue factible y aceptable
 - Pertenecer al grupo CAMI-Spa mostró una asociación positiva con la conducta anticonceptiva ($\beta = 1,78$, $p < .10$), al igual que tener la intención de utilizar un método anticonceptivo ($\beta = 0,62$, $p < 0,05$), contar con conocimientos en anticoncepción ($\beta = 0,29$, $p < 0,05$) y percibir ma-
 - Implementar el CAMI-Spa a través de visitas domiciliarias presentó el mayor desafío debido a dificultades de acceso, condiciones deficientes en los domicilios, distancia entre ellos, falta de privacidad, distracciones e inseguridad en el área.
 - La entrega del tratamiento control en entornos clínicos resultó en menos interrupciones durante las sesiones y mayor facilidad para adaptar el lugar, posiblemente debido al entorno controlado que reduce la influencia de factores
 - La alta tasa de abandono con respecto a la tasa de deserción estimada al inicio del estudio
 - El acceso limitado al uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs).
 - El requisito de obtener consentimiento de los tutores.
 - La realización de las actividades de forma remota.
 - Presencia de distractores u otras personas en el entorno de los participantes.
 - Se observó que las actividades cotidianas y la delegación del cuidado del bebé fueron los inconvenientes más comunes durante la entrega de las sesiones.

yores ventajas en el uso del condón con la pareja principal ($\beta = -0,29$, $p < 0,05$).

externos y permite un mayor control por parte del consejero.

- Se observó una pérdida de contacto telefónico con las participantes y cambios de domicilio que dificultaron su ubicación, lo que afectó la retención en el estudio.

- La duración prolongada de las sesiones del grupo CAMI-Spa y el aumento de la carga para las madres adolescentes participantes podrían haber contribuido a las bajas tasas de retención en el estudio.

LARC= Métodos anticonceptivos de acción prolongada y reversibles.

Discusión

Este estudio se enfocó en demostrar como la entrevista motivacional puede ayudar a las mujeres y madres adolescentes a usar anticonceptivos y evitar embarazos. Se evidenció que hay muy poca investigación sobre este tema en los últimos años. Los pocos estudios que se encontraron muestran una marcada concentración geográfica en los Estados Unidos, lo cual sugiere una focalización particular en este país en el ámbito de la investigación sobre salud reproductiva. No obstante, enfrentan desafíos metodológicos como la necesidad de una formación rigurosa en entrevista motivacional, la obtención de consentimientos y las complicaciones logísticas complican la evaluación de aplicación de estas intervenciones. A pesar de estos desafíos, la entrevista motivacional muestra un potencial significativo en este ámbito.

Los estudios examinados abordan una amplia gama de aspectos relacionados con la salud reproductiva, tales como la aceptabilidad y viabilidad de intervenciones, la comparación de distintos enfoques de consejería anticonceptiva, el impacto en la iniciación y mantenimiento de métodos anticonceptivos, así como la prevención de embarazos repetidos en poblaciones vulnerables. Estos objetivos reflejan un enfoque integral para abordar el uso de anticonceptivos y la salud reproductiva en poblaciones adolescentes.

Es relevante destacar que los estudios revisa-

dos implementaron una variedad de enfoques en sus intervenciones. Por ejemplo, una estrategia se centró en brindar apoyo y orientación a mujeres después de un aborto, utilizando técnicas de entrevista motivacional para promover decisiones informadas sobre anticoncepción¹³. Estas sesiones estaban diseñadas para ayudar a los participantes a explorar sus motivaciones y metas relacionadas con la anticoncepción, con el objetivo de fomentar cambios positivos en su comportamiento. Asimismo, algunas intervenciones aprovecharon la tecnología para ofrecer asesoramiento y apoyo sobre anticoncepción de manera interactiva y personalizada, adaptada al contexto de las madres adolescentes¹⁹. Este enfoque buscaba aumentar la accesibilidad y la conveniencia de la intervención, al tiempo que proporcionaba un apoyo continuo a los participantes.

La implementación de programas dirigidos a fomentar el uso de anticonceptivos entre grupos específicos enfrenta desafíos metodológicos que pueden impactar en la validez y aplicabilidad de los resultados obtenidos. Por ejemplo, un estudio realizado por Whitaker¹⁶ examinó los efectos de un programa de asesoramiento sobre anticoncepción en mujeres adolescentes, encontrando que un alto porcentaje expresó su intención de usar métodos anticonceptivos de larga duración (LARC), aunque también se identificaron limitaciones relacionadas con la capacitación del personal y la disponibilidad de recursos en

las clínicas. Este hallazgo subraya la importancia de abordar adecuadamente estos aspectos para garantizar el éxito de las intervenciones.

Por otro lado, Nebot y colaboradores¹⁸ observaron mejoras en el conocimiento y el uso de anticonceptivos después de una intervención, pero la ausencia de un grupo de control limitó las conclusiones del estudio. Además, la duración y la intensidad de las intervenciones podrían influir en la modificación de creencias, aspecto no explorado en profundidad en esta investigación. Estas limitaciones resaltan la necesidad de estudios con diseños más robustos y una mayor atención a la planificación de las intervenciones.

En otro estudio, Tomlin y colaboradores¹⁹ encontraron que las mujeres que recibieron una intervención tuvieron una mayor probabilidad de usar dispositivos LARC después del aborto, aunque la implementación en una clínica académica presentó desafíos relacionados con la disponibilidad de personal y recursos. Esto destaca la importancia de considerar la accesibilidad y los recursos disponibles al implementar programas de salud reproductiva.

Además, Stevens et al.,¹³ observaron reducciones significativas en embarazos repetidos y un aumento en el uso de anticonceptivos en un grupo de madres adolescentes, pero la falta de identificación de los componentes clave de la intervención y la ausencia de un grupo de control representaron desafíos metodológicos importantes. Estos hallazgos resaltan la necesidad de investigaciones adicionales para comprender mejor la efectividad de las intervenciones y su impacto en diferentes contextos.

Finalmente, Manjarres-Posada²⁰ destacó los desafíos asociados con la implementación de un programa de asesoramiento a través de visitas domiciliarias, incluyendo dificultades logísticas y pérdida de contacto con los participantes. Estos obstáculos pueden afectar la retención en el estudio y la efectividad de la intervención, subrayando la importancia de abordar las barreras logísticas y adaptar las intervenciones al contexto específico de implementación.

Conclusión

Esta revisión de alcance destacó la importancia de entender cómo la entrevista motivacional puede

de influir positivamente en el uso de anticonceptivos y la prevención de embarazos entre poblaciones adolescentes y jóvenes. Se reveló un área de investigación que ha recibido una atención limitada en los últimos años. Los escasos estudios identificados en esta revisión reflejan la necesidad de explorar más a fondo este tema crucial para la salud, el bienestar y consejería de las jóvenes en edad reproductiva.

A pesar de estos desafíos, la investigación sobre la entrevista motivacional en la salud reproductiva de adolescentes ofrece valiosas perspectivas para mejorar la atención y promover comportamientos saludables relacionados con la anticoncepción. Al abordar adecuadamente los desafíos metodológicos y ampliar el alcance de la investigación para incluir una variedad de contextos geográficos y poblaciones, podemos avanzar hacia intervenciones más efectivas y centradas en el usuario que ayuden a reducir las tasas de embarazo no deseado entre los jóvenes.

Limitaciones

Este análisis revela varias limitaciones. La investigación reciente es escasa y se concentra mayormente en los Estados Unidos, enfocándose principalmente en mujeres jóvenes, con pocas excepciones. Además, los estudios revisados emplearon distintos enfoques metodológicos, lo que dificulta la comparación de resultados. También se encontraron desafíos en las capacitaciones del personal y la disponibilidad de recursos en clínicas, junto con la falta de grupos de control en algunas investigaciones. Además, las dificultades logísticas y la pérdida de contacto en programas de visitas domiciliarias impactaron la retención y efectividad de las intervenciones. Estas limitaciones resaltan la necesidad de estudios más sólidos y contextualizados en la prevención de embarazos en adolescentes.

Aprobación y consentimiento informado

El presente proyecto de investigación contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes de forma electrónica previamente al llenado de los instrumentos, en el mismo enlace de la encuesta.

Contribución de autoría

Conceptualización: Pérez-Cavazos, Dayanna Neitakrith; Manjarres-Posada, Natalia Isabel; Martínez-Figueroa, Gabriela Iveth; Mayo-Abarca, Jorge Alberto; Salinas-Peña, Ricardo Alejandro

Curación de datos: Pérez-Cavazos, Dayanna Neitakrith; Manjarres-Posada, Natalia Isabel; Martínez-Figueroa, Gabriela Iveth; Mayo-Abarca, Jorge Alberto; Salinas-Peña, Ricardo Alejandro

Metodología: Pérez-Cavazos, Dayanna Neitakrith; Manjarres-Posada, Natalia Isabel; Martínez-Figueroa, Gabriela Iveth; Mayo-Abarca, Jorge Alberto; Salinas-Peña, Ricardo Alejandro

Redacción-revisión y edición: Pérez-Cavazos, Dayanna Neitakrith; Manjarres-Posada, Natalia Isabel; Martínez-Figueroa, Gabriela Iveth; Mayo-Abarca, Jorge Alberto; Salinas-Peña, Ricardo Alejandro

Validación: Pérez-Cavazos, Dayanna Neitakrith; Manjarres-Posada, Natalia Isabel; Martínez-Figueroa, Gabriela Iveth; Mayo-Abarca, Jorge Alberto; Salinas-Peña, Ricardo Alejandro

roa, Gabriela Iveth; Mayo-Abarca, Jorge Alberto; Salinas-Peña, Ricardo Alejandro

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con la investigación realizada y el contenido presentado en este trabajo.

Agradecimiento

Las autoras agradecen el apoyo recibido por la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Financiamiento

Los autores expresan su gratitud por el respaldo financiero otorgado por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAH-CyT, beca 1034149).

Referencias

1. Consejo Nacional de Población. Salud sexual y reproductiva durante la pandemia por COVID 19 gob.mx [Internet]. 2020 [cited 2024 May]. Available from: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/salud-sexual-y-reproductiva-durante-la-pandemia-por-covid-19?idiom=es>
2. Muradás MC, Mejía G, Ramírez M. La COVID y sus efectos potenciales en la fecundidad en México. Otros Diálogos del Colegio de México [Internet]. 2021 [cited 2024 May]; (17). Available from: <https://otrosdialogos.colmex.mx/la-covid-y-sus-efectos-potenciales-en-la-fecundidad-en-mexico>
3. Martich E. El coronavirus y sus impactos en el embarazo adolescente en América Latina Agenda Pública [Internet]. 2020 [cited 2024 May]. Available from: <https://agendapublica.es/noticia/16853/coronavirus-sus-impactos-embarazo-adolescente-am-rica-latina>
4. Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente. Panamá: Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2019. [Internet]. 2019 [cited 2024 May]. Available from: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sistematizacion%20de%20evidencias%20sobre%20consecuencias%20economicas%20y%20sociales%20del%20embarazo%20adolescente%20%281%29_0.pdf
5. Frarey A, Gurney EP, Sober S, Whittaker PG, Schreiber CA. Postpartum contraceptive counseling for first-time adolescent mothers: a randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2019 [cited 2024 May]; 299(2):361–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-018-4969-0>
6. Buckingham P, Moulton JE, Subasinghe AK, Amos N, Mazza D. Acceptability of immediate postpartum and post-abortion long-acting reversible contraception provision to adolescents: A systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2021 [cited 2024 May]; 100(4):629–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.14129>
7. Maravilla JC, Betts KS, Abajobir AA, Couto e Cruz C, Alati R. The role of community health workers in preventing adolescent repeat pregnancies and births. J Adolesc Health [Internet]. 2016 [cited 2024 May]; 59(4):378–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.011>
8. Gregory EF, Maddox AI, Levine LD, Fiks AG, Lorch SA, Resnicow K. Motivational interviewing to promote interconception health: A scoping review of evidence from clinical trials. Patient Educ Couns [Internet]. 2022 [cited 2024 May]; 105(11):3204–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2022.07.009>

9. Rivera Mercado S, Francisca Villouta Cassinelli M, Ilabaca Grez A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Aten Primaria* [Internet]. 2008[cited 2024 May];40(5):257–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13120020>
10. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3rd ed. The Guilford Press; 2013. Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for Conducting a Scoping Review. *Journal of graduate medical education* [cited 2024 May];14(5): 565–567. Available from: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00621.1>
11. García-Gómez L, Hernández-Pérez A, Noé-Díaz V, Riesco-Miranda JA, Jiménez-Ruiz C. Smoking cessation treatments: Current psychological and pharmacological options. *Rev Invest Clin* [Internet]. 2019[cited 2024 May];71(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.24875/ric.18002629>
12. Selçuk-Tosun A, Zincir H. The effect of a transtheoretical model-based motivational interview on self-efficacy, metabolic control, and health behaviour in adults with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2019[cited 2024 May];25(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12742>
13. Stevens J, Lutz R, Osuagwu N, Rotz D, Goesling B. A randomized trial of motivational interviewing and facilitated contraceptive access to prevent rapid repeat pregnancy among adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017[cited 2024 May];217(4):423.e1-423.e9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.06.010>
14. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIEvid Synth* [Internet]. 2020[cited 2024 May];18(10):2119–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.11124/jbies-20-00167>
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021[cited 2024 May]; 71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>
16. Whitaker AK, Quinn MT, Munroe E, Martins SL, Mistretta SQ, Gilliam ML. A motivational interviewing-based counseling intervention to increase postabortion uptake of contraception: A pilot randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016[cited 2024 May];99(10):1663–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.05.011>
17. Whitaker AK, Quinn MT, Martins SL, Tomlinson AN, Woodhams EJ, Gilliam M. Motivational interviewing to improve postabortion contraceptive uptake by young women: development and feasibility of a counseling intervention. *Contraception* [Internet]. 2015[cited 2024 May];92(4):323–9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.06.015>
18. Nebot L, Díez E, Martín S, Estruga L, Villalbí JR, Pérez G, et al. Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2016[cited 2024 May];30(1):43–6. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.07.015>
19. Tomlin K, Bambulas T, Sutton M, Pazdernik V, Coonrod DV. Motivational interviewing to promote long-acting reversible contraception in postpartum teenagers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2017[cited 2024 May];30(3):383–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2016.11.001>
20. Manjarres N. *Intervención motivacional asistida por computador para el incremento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). 2020. Available from: <http://eprints.uanl.mx/20053/>

Diagnostico e intervención quirúrgica para nasoangiofibroma juvenil recidivante. Reporte de caso.

Serrano-Sáenz Juan Esteban
<https://orcid.org/0000-0002-5091-050X>
 Hospital Eugenio Espejo, Servicio de otorrinolaringología, Quito, Ecuador.
 serranosaezj8@gmail.com

Cisneros-Andrade Priscila Monserrate
<https://orcid.org/0009-0004-7674-3887>
 Hospital Eugenio Espejo, Servicio de otorrinolaringología, Quito, Ecuador.
 prissonse@hotmail.com

Correspondencia:
 Cisneros-Andrade Priscila Monserrate
 prissonse@hotmail.com

Recibido: 16 de abril 2024
 Aceptado: 24 de junio 2024

Resumen

Introducción: Los angiofibromas son tumores fibrosos benignos altamente expansivos originados en la región esfenopalatina, a nivel del canal palatovaginal, con doble aporte sanguíneo tanto de la maxilar interna y sus ramas, como esporádicamente de arterias de la carótida interna (arteria vidiana). El estudio de este reporte es valioso ya que explica la formación y manejo en su inicio y en la recidiva, aportando datos específicos para ser comparado con otros estudios y como método de consulta.

Objetivo: El objetivo fue describir un caso de recidiva de nasoangiofibroma juvenil determinando las características de este tumor, rasgos de recidiva, tratamiento apropiado y pronóstico de vida.

Presentación del caso: Se trata de un paciente de 16 años, quien presentó episodios de epistaxis a repetición aproximadamente de 2 años de evolución, acompañado de sensación de obstrucción nasal. Mediante angiotomografía, se evidencia una masa tumoral que se la cataloga como un Nasoangiofibroma Juvenil Radkoswki III-A, por lo que se decide realizar exéresis del mismo. Posteriormente se evidencia una recidiva que requiere un nuevo manejo clínico y quirúrgico, con evolución favorable.

Discusión: El nasoangiofibroma juvenil a pesar de ser un tumor benigno, es muy fibroso y vascularizado, y depende de su sitio de crecimiento e implantación para determinar la posibilidad o no de recidiva.

Conclusiones: El manejo de dichos tumores debería ser mediante microscopía, ya que, por su extensión, ubicación particular, la vascularización y su tejido fibroso presente en la recidiva, responden de mejor manera a esta técnica.

Palabras Clave: angiofibroma; obstrucción nasal; epistaxis; neoplasias nasales.

Diagnosis and surgical intervention for recurrent juvenile nasoangiofibroma. Case report

Abstract

Introduction: Angiofibromas are highly expansive benign fibrous tumors originating in the sphenopalatine region, at the level of the palatovaginal canal, with double blood supply from both the internal maxillary and its branches, and sporadically from internal carotid arteries (vidian artery). The study of this report is valuable because it explains the formation and management at its onset and recurrence, providing specific data to be compared with other studies and as a method of consultation.

Objective: The objective was to describe a case of juvenile nasoangiofibroma that recurred by determining the characteristics of this tumor, recurrence traits, appropriate treatment, and life prognosis.

Case presentation: This is a 16 years old male patient who presented with repeated episodes of epistaxis of approximately 2 years of evolution, accompanied by a sensation of nasal obstruction. Angiotomography revealed a tumor mass that was classified as a Radkoswki III-A Juvenile Nasoangiofibroma, so it was decided to perform excision of the mass. Subsequently a recurrence is evidenced that requires a new clinical and surgical management, with favorable evolution.

Discussion: Despite being a benign tumor, juvenile nasoangiofibroma is very fibrous and vascularized, and depends on the site of growth and implantation to determine the possibility or not of recurrence.

Conclusions: The management of these tumors should be exclusively by microscopy, since due to their extension, particular location, vascularization and fibrous tissue present in the recurrence, they respond better to this technique.

Key Words: angiofibroma; obstruction, nasal; bleeding, nasal; neoplasms, nasal

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
 Volumen 49, Número 3, Año 2024
 e-ISSN: 2737-6141
 Periodicidad trianual

Cómo citar este artículo: Serrano-Sáenz JE, Cisneros-Andrade PM. Intervención quirúrgica para nasoangiofibroma juvenil recidivante. Reporte de caso. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 sept [cited]; 49(3): 100-106. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6686>

Introducción

El nasofibrofibroma juvenil dentro de los tumores de cabeza y cuello, tiene una prevalencia de 0,05%, siendo más común entre los 7 a los 19 años de edad y excepcional en pacientes mayores a los 25 años. El angiofibroma juvenil es un tumor benigno, no encapsulado, formado por abundantes canales vasculares que carecen de capa muscular¹, y los vasos presentan una cubierta mioide incompleta, la cual se rompen con mayor facilidad, además se evidencia a nivel celular formas multinucleares las cuales consisten en la separación de dos células hijas con desunión física del citoplasma, lo que da un carácter morular a la masa por citocinesis², generando episodios de epistaxis de alta complejidad, alcanzando estados de shock hipovolémico que incluso puede llevar al fallecimiento del paciente; razón por la cual, dichos tumores son considerados altamente demandantes en el transquirúrgico².

Schick, et al., en base a estudios de microscopía electrónica e inmunohistología, plantearon que los angiofibromas podrían deberse a una regresión incompleta de la primera arteria branquial, que surge durante la embriogénesis, entre los días 22 y 24, y forma una conexión temporal entre la aorta ventral y dorsal. La mayoría desaparece hacia el día 27 y la parte restante forma la arteria maxilar interna³. Además, se enuncia que estos tumores tienen características de hamartoma, con tejido eréctil ligado a receptores androgénicos y nuevas evidencias exponen una mayor tasa de angiofibromas ligados al virus del Epstein Barr y el HPV⁴.

El objetivo de este reporte fue describir un caso de recidiva de nasofibrofibroma juvenil determinando las características de este tumor, rasgos de recidiva, tratamiento apropiado y pronóstico de vida.

Presentación del caso

Se trata de un paciente masculino de 16 años, sin antecedentes patológicos personales y familiares de importancia; el cual inicia con episodios de epistaxis profusas aproximadamente desde los 14 años de edad, asociados a obstrucción nasal derecha, presencia de rinorrea mucopurulenta y

edema maxilar ipsilateral, lo que desencadenó la aparición de exoftalmos en su ojo derecho.

Acudió por primera vez a la sala de emergencia del hospital, presentando un cuadro de epistaxis grave resistente a maniobras de digitopresión domésticas, pudiéndose visualizar al examen físico que en la fosa nasal derecha la presencia de una masa violácea a nivel de área II de Cottle, que desplazaba el tabique nasal hacia el lado izquierdo. Además, se evidenció descenso del paladar blando, las alteraciones en el examen ocular que se describen en la tabla 1 y epistaxis activa.

Considerando los antecedentes descritos, se decidió el ingreso del paciente al Servicio de Otorrinolaringología, en donde se realizó, entre otros exámenes, un estudio Angiotomográfico, el cual reportó el hallazgo de una masa tumoral de 16cm de diámetro, que invadía y erosionaba la región pterigoides derecha, proyectándose hacia el seno esfenoidal destruyendo su pared lateral, y engloba el seno cavernoso hacia la base de cráneo; invadiendo la fosa infratemporal e ingresando intraaxialmente a la fosa endocraneal media. Además, la masa se lateralizaba hacia el espacio pterigoideo lateral y masticatorio, ingresando a fosa nasal desde área II de Cottle y creciendo hacia el basiesfenoides y la nasofaringe. (Figura 1. A, B, C).

En base al resultado obtenido en este estudio de imagen, se catalogó como un Nasofibrofibroma juvenil Radkoswki III-A, por lo que se decidió programar su intervención quirúrgica, previo un manejo multidisciplinario con los servicios de medicina interna, psicología clínica, oftalmología y anestesiología, para autorizar el procedimiento quirúrgico. Dicho procedimiento se realizó en dos tiempos quirúrgicos. Primero se procedió a realizar la ligadura de la carótida externa a nivel cervical, como método para disminuir el sangrado transquirúrgico y 72 horas posteriores a la ligadura, se programó la exéresis quirúrgica del tumor.

Durante el procedimiento quirúrgico se realizó la extirpación tumoral, mediante abordaje Roger Denker de lado derecho más hemimaxilectomía ipsilateral, obteniendo una masa tumoral en varios fragmentos irregulares de tejido blando, de aspecto fibroso, con estructuras vasculares prominentes, que medían entre 5,3 y 8 cm y pesaban 63 g. (Figura. 2).

Tabla 1. Examen ocular

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
AGUDEZA VISUAL	20/100	20/20
PH-HOLE	20/60	20/20
REFLEJOS PUPILARES	Presente	Presente
PRESIÓN INTRAOCULAR	16	13

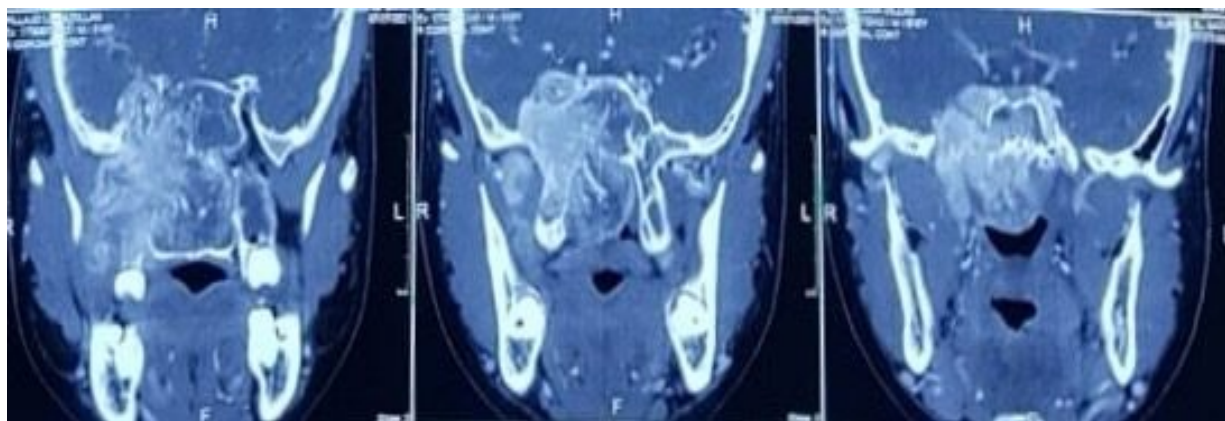


Fig. 1 A. Imagen de la lesión por angiotomografía en corte coronal. Invasión a seno cavernoso, fosa infratemporal y fosa pterigoidea

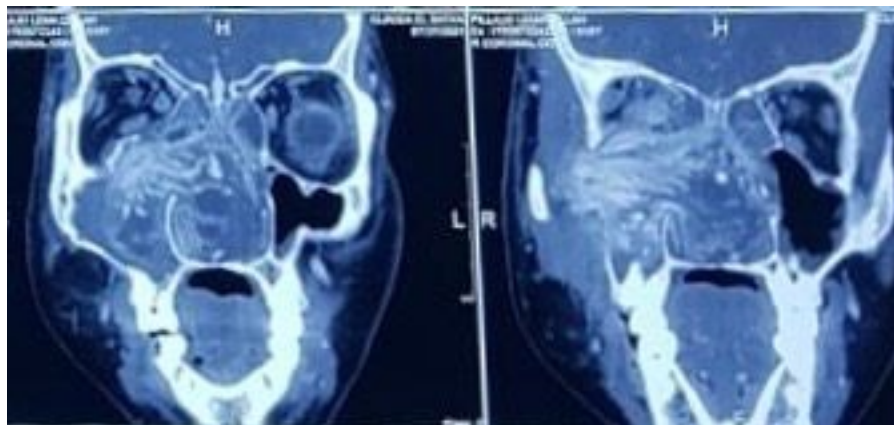


Fig. 1 B. Imagen de la lesión por angiotomografía en corte coronal. Masa que engloba espacio pterigoideo lateral, como orbitario, seno maxilar y fosa nasal derecha

Fig. 1 C. Imagen de la lesión por angiotomografía en corte axial. Masa colinda con carótida interna petrosa (gran extensión)



Fig. 2. Masa tumoral, extraída en intervención quirúrgica

Posterior a la resolución quirúrgica, presentó una mejoría clínica evidente, manteniéndose en controles por consulta externa del servicio de otorrinolaringología, que fueron normales. Aproximadamente, después de 6 meses de la primera intervención quirúrgica, presenta nuevos cuadros de epistaxis moderadas que aún podían ser controladas en casa, pero, por la recurrencia del sangrado nasal, se solicitó un nuevo estudio de imagen, Resonancia Magnética Contrastada de cráneo, en el que se visualizó una masa de 5 cm de diámetro en espacio pterigoideo y fisura infraorbitaria, que además, presentaba invasión a seno cavernoso, por lo que se catalogó como un Nasoangiofibroma Juvenil recidivante. (Figura.3 A, B, C).

En uno de los siguientes controles por consulta externa, el paciente presentó un episodio de epistaxis severa, con una pérdida sanguínea de aproximadamente 2500cc, lo que generó un cuadro de shock hipovolémico, por lo que requirió doble taponamiento nasal, tanto posterior (con sonda Foley número 14 con el bag insuflado con 30cc de solución salina), como anterior de fosa derecha (con tapón de gasa más gentamicina). Además, se consideró necesaria la hospitalización para una adecuada compensación hemodinámica, mediante transfusión de paquetes globulares, plasma fresco congelado e incluso hidrocoloides. A pesar de la presencia de los taponamientos nasales descritos, 48 horas después presentó un sangrado profuso por fosa nasal derecha y orofaringe por lo que se decidió el ingreso a quirófano de emergencia para una nueva intervención quirúrgica, en donde se llevó a cabo la exéresis del Nasoangiofibroma Juvenil Recidivante.

En esta ocasión, se procedió a realizar un paso adicional en el protocolo quirúrgico, en el cual el servicio de Cirugía General cosechó músculo recto anterior del abdomen con la finalidad usar este tejido para sellar la gran dehiscencia a nivel del espacio pterigoideo y fosa endocraneal media que se había formado por la presencia del tumor recidivante, ya que la fascia y músculo temporales de la cirugía anterior, resultaron insuficientes. Una vez sellada la dehiscencia, se procedió al retiro completo de la masa recidivante a nivel de fosa infratemporal y a nivel de seno cavernoso mediante microscopía, se reportó un sangrado de 800cc en el transquirúrgico. El paciente cursó con un posquirúrgico sin complicaciones.

Posterior a su última intervención quirúrgica, no existieron nuevos cuadros de epistaxis y se evidenció mejoría clínica del paciente. En el control radiológico postoperatorio, se observó una amplia cavidad unificada sin masa residual (Figura. 4 A). En los cortes coronales, sagitales y axiales, se aprecia una fosa común desde espacio pterigoideo lateral hacia basiesfenoides sin presencia de masa tumoral. (Figura.4 B, C).

Hasta el momento, se mantiene sin presentar aparentes recidivas tumorales, ya que, en cada cita médica por consulta externa, se realiza nasolarinoscopia de control, lo que confirma la evolución positiva del mismo.

El pronóstico de vida es bueno; sin embargo, en cuanto a la función, la presentación de cuadros como rinitis seca, es común y puede deberse a la ausencia de mucosa en los senos paranasales y a la ausencia de cornetes. Además, se podría llegar a evidenciar perforaciones septales posteriores, lo que desencadenaría en la formación de costras serohemáticas que a largo plazo pueden ser controladas parcialmente con la continua realización de lavados nasales con suero fisiológico e hidratación de la mucosa nasal; de esta manera se puede lograr que la calidad de ventilación en la vía aérea superior mejore.

Discusión

La importancia de presentar este caso es llamar la atención sobre la celeridad en el diagnóstico, tomando en cuenta que por la forma de inicio y presentación se evidencia un retraso en el mismo, lo que ocasiona que las referencias a Hospitales de tercer nivel, sean casos agresivos y gigantes, lo que dificulta su manejo.

El origen de implantación del angiofibroma sigue siendo un enigma, sin embargo, hay dos teorías bien aceptadas; la teoría del canal palatovaginal^{4,5}, es considerada la zona de mayor implantación de los nasofibroangiomas, relacionado directamente con el espacio pterigomaxilar y el segmento del Nervio Vidiano (zonas de tamaños milimétricos de separación)⁵. Por otro lado, Radkowski, et al., plantean que el angiofibroma surge de la cara superior del agujero esfenopalatino, en la unión del hueso palatino, el vómer y la raíz pterigoidea^{5,6}.

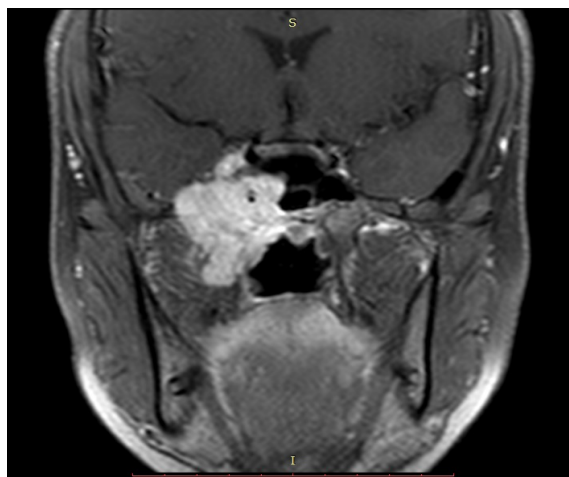


Fig. 3 A. Imagen de la lesión por resonancia magnética contrastada en corte coronal. Masa residual que abarca fosa pterigomaxilar, fosa infratemporal, pared lateral de seno esfenoidal, que limita carótida interna paraclival

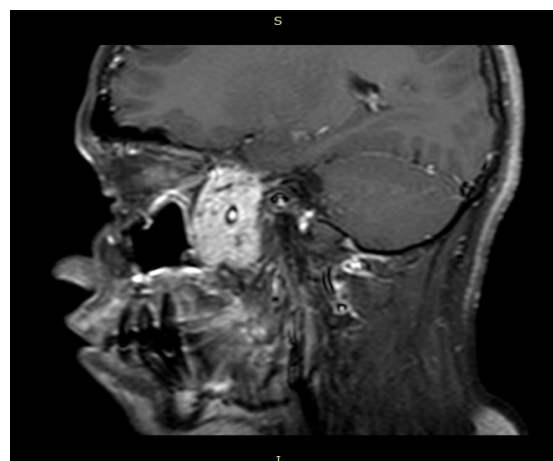


Fig. 3 B. Imagen de la lesión por resonancia magnética contrastada en corte sagital. Masa residual que abarca fosa pterigomaxilar, fosa infratemporal y se proyecta hacia seno esfenoidal

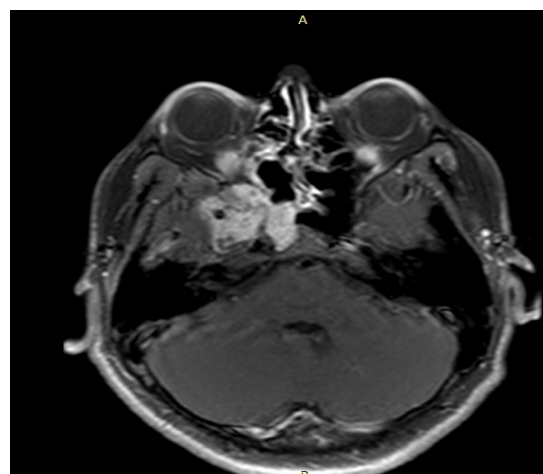


Fig. 3 C. Imagen de la lesión por resonancia magnética contrastada en corte axial. Masa que engloba espacio carotideo, invade fisura infraorbitaria y fosa infratemporal; localización lateral en seno esfenoidal, englobando a carótida interna clival

En India existe un análisis retrospectivo de 701 casos de nasofibroma juvenil presentes entre 1958 y 2013; a diferencia, el King George's Medical University, centro de investigación de la India, ha tratado en los últimos 24 años aproximadamente 400 casos⁷. Además, no existe una distribución homogénea de estudios a nivel mundial; en New York existen reportados 30 casos en 30 años. Egipto y Turquía con 42 casos cada uno; Italia, que aportó el mayor número, con 85 casos y Estados Unidos, comunica 58 casos⁷. En el Ecuador se tiene un reporte de 225 casos en 40 años⁸, presentando una alta prevalencia, razón por la cual es importante considerar estudiar factores ambientales como causante principal para el desarrollo de esta patología.

La prevalencia de tumores residuales va desde el 16,8%, hasta el 24,6%¹, e incluso se han observado recidivas del 34%, dicho porcentaje depende de varios factores como: estadiaje de la masa, sangrado intraoperatorio y edad del paciente al momento de la intervención quirúrgica⁹. La localización más frecuente incluso en recidivas, sigue siendo el foramen pterigopalatino⁹.

El desarrollo de los nasofibromas, debería ser analizado desde el crecimiento longitudinal de la masa hasta el crecimiento transversal, este último compromete estructuras vasculares de la fosa infratemporal¹⁰. La importancia de estudiar a este tipo de tumores guiados por escalas¹¹, permite determinar características de los mismos, además de delimitar la localización exacta en conjunto con los exámenes de imagen, generando un diagnóstico acertado y enfocándose en el tratamiento específico, tomando en cuenta la alta posibilidad de recidiva que los mismos conllevan^{11,12}.

La técnica endoscópica aparentemente tiene una tasa de recidiva menor en comparación a la técnica abierta^{13,14}, ya que en los estudios se evidencian un mayor número de cirugías abiertas que incluso duplican los casos tratados con endoscopia nasal^{13,15}. A su vez, los tumores en estadio IIB y IIIB, tienen una tasa de recidiva del 26% mediante cirugía endoscópica y del 32% mediante técnica abierta¹.

Conclusiones

Mientras la masa tumoral sea de mayor volumen y comprometa zonas como la fosa endo-

craneal media, el seno cavernoso y la pared lateral del esfenoides, tienen una mayor tasa de recidiva.

La realización de una angiotomografía como examen de ayuda diagnóstica y la ligadura de carótida externa como primer paso en la intervención quirúrgica para reducir los sangrados profusos durante el transquirúrgico de la exéresis tumoral propiamente dicha, son pasos con igual importancia, ya que permiten un abordaje óptimo de la patología.

El manejo de dichos tumores se realizó mediante microscopía, ya que, por su extensión, ubicación particular, la vascularización y tejido fibroso presente en la recidiva, responden de mejor manera a esta técnica.

Aprobación y consentimiento informado

Se aplicó consentimiento informado y declaración de confidencialidad.

Contribución de autoría

Conceptualización: Juan Esteban Serrano, Monserrate Cisneros.

Recursos: Monserrate Cisneros.

Curación de datos: Monserrate Cisneros.

Redacción- borrador original: Juan Esteban Serrano, Monserrate Cisneros.

Redacción- revisión y edición: Juan Esteban Serrano, Monserrate Cisneros.

Validación: Juan Esteban Serrano, Monserrate Cisneros.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Al personal Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo y en especial al Dr. Esteban Serrano Almeida, Dra. Consuelo Pérez y Dr. Hernán Zurita

Financiamiento

Fondos propios.

Referencias

1. Reyes C, Bentley H, Gelves JA, Solares CA, Byrd JK. Recurrence Rate after Endoscopic vs. Open Approaches for Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma: A Meta-analysis. *Journal of Neurological Surgery Part B: Skull Base*[Internet]. 2018 [cited 2024 Sep 6]; 80(06): 577-585. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676562>.
2. Llorente JL, López F. The endoscopic endonasal approach for the treatment of juvenile angiofibromas. *Acta Otorrinolaringol Engl Ed* [Internet]. 2019[cited 2024 Sep 6];70(3):136–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otoeng.2018.01.004>.
3. Alshaiikh NA, Eleftheriadou A. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma staging: An overview. *Ear Nose Throat J* [Internet]. 2015[cited 2024 Sep 6];94(6):E12–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/014556131509400615>.
4. Mishra A, Pandey A, Mishra SC. Variable expression of molecular markers in juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *J Laryngol Otol* [Internet]. 2017[cited 2024 Sep 6];131(9):752–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s0022215117001372>.
5. Kairo AK, Kumar R, Sharma SC. Can palatovaginal canal be the site of origin of juvenile nasopharyngeal angiofibroma? *Med Hypotheses* [Internet]. 2020[cited 2024 Sep 6];144(110300):110300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110300>.
6. Midilli R, Karci B, Akyildiz S. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: Analysis of 42 cases and important aspects of endoscopic approach. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2009[cited 2024 Sep 6];73(3):401–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2008.11.005>.
7. Mishra A, Mishra SC. Changing trends in the incidence of juvenile nasopharyngeal angiofibroma: seven decades of experience at King George’s Medical University, Lucknow, India. *J Laryngol Otol* [Internet]. 2016[cited 2024 Sep 6];130(4):363–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215116000268>.
8. Serrano F, Serrano M, Serrano E, Zurita H, Chávez L. Ventajas de la Técnica Combinada de Rouge-Denker en el Manejo Quirúrgico del Angiofibroma Juvenil: Incidencia y Prevalencia. *Rev.Ac. Ec. ORL*. 2006;5(1):23-27.
9. Liu Z, Hua W, Zhang H, Wang J, Song X, Hu L, et al. The risk factors for residual juvenile nasopharyngeal angiofibroma and the usual residual sites. *Am J Otolaryngol* [Internet]. 2019[cited 2024 Sep 6];40(3):343–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.11.010>.
10. Jaiswal AS, Kumar R, Thakar A, Kumar R, Verma H, Bhalla AS, et al. Plasma ablation-assisted endoscopic excision versus traditional technique of endoscopic excision of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2020[cited 2024 Sep 6];139(110410):110410. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110410>.
11. Snyderman C, Harshita P, Carrau R, Gardner P. A New Endoscopic Staging System for Angiofibromas. *Arch otolaryngol head neck*. University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania; and Department of Otolaryngology–Head and Neck Surgery[Internet]. 2019[cited 2024 Sep 6];136(6):588-594. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676305>.
12. Boghani Z, Husain Q, Kanumuri VV, Khan MN, Sangvhi S, Liu JK, et al. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: a systematic review and comparison of endoscopic, endoscopic-assisted, and open resection in 1047 cases: Systematic review of JNA. *Laryngoscope* [Internet]. 2013[cited 2024 Sep 6];123(4):859–69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/lary.23843>.
13. Khoueir N, Nicolas N, Rohayem Z, Haddad A, Abou Hamad W. Exclusive endoscopic resection of juvenile nasopharyngeal angiofibroma: A systematic review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2014[cited 2024 Sep 6];150(3):350–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0194599813516605>.
14. Pool C, Gates CJ, Patel VA, Carr MM. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: National practice patterns and resource utilization via HCUP KID. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2021[cited 2024 Sep 6];149(110871):110871. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.110871>.
15. Pamuk AE, Özer S, Süslü AE, Akgöz A, Önerci M. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: a single centre’s 11-year experience. *J Laryngol Otol* [Internet]. 2018[cited 2024 Sep 6];132(11):978–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s0022215118001779>

Normas para publicación de contribuciones en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito), se publicó de manera semestral hasta el año 2023 (Vol. 48), a partir de enero 2024 su publicación es de forma trianual en los meses de enero, mayo y septiembre. La revista consta de diferentes tipos de documentos clasificados en las siguientes secciones: editoriales, artículos originales (productos de investigaciones primarias y secundarias), reporte de casos, revisiones de la literatura y otros (artículos de reflexión o análisis filosóficos, éticos o sociales relacionados con la salud, estadísticas epidemiológicas con análisis y discusión), en el caso de las revisiones teóricas o bibliográficas sólo se publicarán bajo aprobación o solicitud del Comité Editorial.

Así mismo en ocasiones especiales se publicarán artículos relacionados con educación médica, opinión médica, crónicas universitarias e historia de la medicina, que serán consideradas cuando el comité editorial determine su publicación.

La priorización de los artículos científicos para su publicación, está dada por la **relevancia científica, calidad metodológica, originalidad, impacto potencial, accesibilidad y aplicabilidad local.**

Los artículos publicados en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito) se encuentran indexados en:

- Latindex Catálogo 2.0
- Biblioteca Virtual de Salud del Ecuador (BVS-Ecu)
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)
- Dialnet
- AmeliCA

1. Envío de manuscritos

Los manuscritos deben remitirse por la página web de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito): https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/login en la cual se deberá registrar con un usuario y contraseña.

Luego de la recepción del manuscrito, el autor de correspondencia recibirá de manera automática la constancia del envío del manuscrito y su registro, para el respectivo seguimiento.

El proceso de evaluación involucra tres etapas: una revisión primaria realizada por el editor/a; la segunda revisión realizada por el/los editores de sección; la tercera evaluación por los revisores pares doble ciego, en estas etapas el manuscrito podrá ser calificado de acuerdo con los criterios de aceptación como:

Sujeto a cambios lo que implica que, para su aceptación definitiva, el autor o los autores deberán realizar modificaciones conforme a sugerencias y/o recomendaciones realizadas por los editores/revisores. **Aceptado**, el manuscrito calificado con esta calificación se considera válido para su publicación, y podrá iniciar el proceso de maquetación e impresión digital. Cada manuscrito aceptado será tratado directamente por el personal de la revista (editores y diagramadores), los cuales podrán introducir modificaciones de estilo y de formato, así como modificar y/o acortar los textos cuando se considere pertinente, respetando los aspectos principales y más relevantes del documento original.

No aceptado, el manuscrito con esta calificación, puede reiniciar el proceso de aprobación en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito), siempre y cuando se corrijan las deficiencias observadas. La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito) y su Comité Editorial (Director, Editor Ejecutivo y miembros del Comité) se reserva el derecho de NO aceptar los artículos que se juzguen inapropiados, durante cualquiera de las etapas del proceso de revisión, a partir de las observaciones y recomendaciones emitidas por el consejo editorial.

No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo en otras revistas de divulgación científica.

2. Criterios de aceptación para cada tipo de manuscrito susceptibles de ser publicado

2.1 Estructura general del texto

Los manuscritos que se presenten deberán encontrarse redactados íntegramente en castellano, inglés o portugués, a una sola columna, con un tamaño de página A4, a doble espacio y márgenes de 2 cm a cada lado, en el formato de archivo Microsoft Word (.doc o .docx). Todos los manuscritos deberán contar con los acápites enumerados en la sección final.

Todas las páginas deberán estar numeradas consecutivamente en el ángulo inferior derecho. De igual manera las líneas de cada página deberán estar numeradas consecutivamente usando la herramienta automática del editor de texto.

El tipo y tamaño de fuente deberá ser Arial de 12 puntos.
El título deberá estar centrado, en negrita y en tipo oración.

Los subtítulos de primer nivel correspondientes a cada sección deberán ser escritos en negrita, alineados a la izquierda y el texto deberá iniciar en un nuevo párrafo.

Los subtítulos de segundo nivel serán escritos en negrita, en cursiva, alineados a la izquierda y el texto deberá iniciar en un nuevo párrafo.

Los números decimales serán idealmente de un solo decimal y serán separados por una coma, en el caso de manuscritos redactados en español y portugués o por un punto en artículos en inglés. Para la escritura de números compuestos de varias cifras, se agruparán en miles, dejando un espacio en blanco entre cada grupo (ejemplo: 100 000).

La diagramación del manuscrito es de responsabilidad directa del equipo editorial, por lo cual las páginas no deberán contener características propias de un proceso de diagramación.

Las abreviaturas se introducirán en el cuerpo del manuscrito después de redactar por primera vez el término completo. Se debe evitar el uso de notas al pie de página o al final del artículo.

2.2. Editoriales

Salvo excepciones, su redacción se hará por encargo del Comité Editorial sobre un tema de actualidad. Habitualmente tendrá una extensión de 800-1 500 palabras, se sugiere de 5 a 10 referencias bibliográficas.

2.3. Artículos Originales

Son considerados artículos originales los diseños observacionales (cohortes, caso-control y transversales), experimentales (ensayos clínicos) y revisiones sistemáticas, los que deberán seguir las normas internacionales:

STROBE para los estudios observacionales.

PRISMA para las revisiones sistemáticas (puede utilizarse también para revisiones de la literatura o bibliográficas). Las revisiones sistemáticas deben ser registradas en la base de datos PROSPERO (International Prospective Registry of Systematic Reviews) idealmente antes del inicio de los procedimientos para aplicar los criterios de elegibilidad. El número de registro debe aparecer al final del resumen del artículo y en el apartado de material y métodos.

CONSORT para los ensayos clínicos. En el Ecuador, obligatoriamente debe tener la aprobación de la Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) y debe estar registrado en el formulario de inscripción de ensayos clínicos del ARCSA. El proceso puede consultarse en la Web de la Dirección de Inteligencia de la Salud.

STARD y REMARK para los estudios de precisión diagnóstica y pronóstica.

Además, los artículos originales deben contar con un resumen en español e inglés redactado en formato estructurado, diferenciando los segmentos: introducción, objetivo, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones. Su extensión será de un máximo de 250 palabras. Luego del resumen el autor debe incluir entre 3 a 5 palabras clave las que deben constar dentro de los términos MeSH-DeCS.

El cuerpo del manuscrito deberá tener como apartados: introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones, la extensión máxima del cuerpo del manuscrito será de 6 000 palabras y se aceptan hasta 6 tablas y 4 figuras, salvo que se encuentre justificado un mayor número.

Los resultados de la investigación científica deberán ser presentados según la guía Red Equator

2.4. Artículos de Revisión de la literatura

Es indispensable incluir el resumen en formato estructurado, en español o portugués e inglés, su extensión será de un máximo de 250 palabras. Luego del resumen el autor deberá incluir entre 3 y 5 palabras clave, las que deben constar dentro de los términos MeSH-DeCS en cada uno de los idiomas

La extensión máxima del texto será de 5 000 palabras sin considerar resumen y referencias. Se aceptarán hasta 4 tablas y 4 figuras, salvo que se justifique un mayor número de las mismas. El cuerpo del artículo podrá contener títulos y subtítulos según sea pertinente, para facilitar la lectura.

2.5. Reportes de caso

Se dará especial prioridad a aquellos casos en los que la forma de presentación y/o la resolución del caso sea poco frecuente o novedosa. La estructura del manuscrito se realiza según las normas CARE. La extensión máxima será 3 500 palabras. Se aceptarán hasta 4 tablas y 2 figuras.

El cuerpo del manuscrito deberá tener como apartados: introducción, presentación del caso y discusión. Es indispensable incluir el resumen en español e inglés redactado en formato estructurado, diferenciando los segmentos: introducción, objetivo, presentación del caso, discusión. Su extensión será de un máximo de 250 palabras. Luego del resumen el autor debe incluir entre 3 a 5 palabras clave las que deben constar dentro de los términos MeSH-DeCS.

2.6. Artículo de opinión médica.

La extensión del texto será de máximo 1 500 palabras, incluyendo las referencias bibliográficas; se aceptan hasta 2 tablas y 1 figura.

El cuerpo del manuscrito deberá tener como apartados: introducción, conflicto o problema y conclusión. Es indispensable incluir el resumen en español e inglés redactado en formato narrativo, con una extensión de un máximo de 100 palabras. Luego del resumen el autor debe incluir entre 3 a 5 palabras clave las que deben constar dentro de los términos MeSH-DeCS.

2.7. Cartas al Editor

La carta al editor es un tipo de publicación científica que busca la interacción entre autor y lector. Su estructura y redacción es sencilla y breve pero debe tener un enfoque claro. Se clasifican como cartas de comentario y cartas de observación. Las cartas de observación presentan una obra original, similares a un artículo original pero más concisas. Las cartas de tipo comentario son las más comunes y tienen como objetivo expresar la opinión, comentario, crítica, ideas o hipótesis de un tema específico que ha sido tratado en un artículo ya publicado por la Revista. Además puede aportar información y datos relevantes al tema, hacer preguntas o plantear puntos de vista alternativos. También permiten comunicar rápidamente hechos clínicos novedosos así como pueden abordar temas locales, nacionales y de actualidad internacional de interés en el ámbito de la salud.

Siendo necesario mencionar que todas las cartas serán revisadas por el Comité Editorial y, en caso de ser aceptadas, se publicarán. El contenido estará en un máximo de 1 000 palabras, incluyendo referencias, puede contener una tabla y una figura. Debe adjuntar la carta de presentación en un documento individual.

3. Preparación del manuscrito

El envío debe contener los siguientes requisitos indispensables:

1. Carta de presentación.
2. Consentimiento informado o carta de aprobación de un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) según corresponda.
3. El manuscrito debe contar con los diferentes apartados en el formato indicado
4. El manuscrito debe contener los acápites correspondientes a la sección final.

3.1. Carta de presentación

Envíe su carta de presentación en un documento tipo Word diferente al manuscrito.

La carta de presentación contiene el tipo de artículo que envía, los datos completos de los autores, las fuentes de financiamiento y conflictos de interés, además la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas se adhiere a la taxonomía CRediT (Contributor Roles Taxonomy) por lo que se debe declarar la contribución de autoría en el apartado correspondiente, el formato requerido lo encontrará aquí.

Al final de la carta es necesario que se incluya la firma de todos los autores.

3.2 Aprobación y Consentimiento informado

Es indispensable adjuntar la carta de aceptación del CEISH o el consentimiento informado obtenido, según sea el caso, en formato PDF, con fechas y firmas legibles.

Además se incluirá la declaración de obtención de aprobación o consentimiento en la sección material y métodos y en el apartado correspondiente de la sección final.

3.3. Título

- El título deberá ser específico, comprensible y descriptivo para los lectores.

- Debe contener 12 a 15 palabras máximo.
- Se recomienda buscar un título que sea atractivo.
- Debe colocarse en español o portugués e inglés, o en inglés y español, de acuerdo al idioma original del artículo.

3.4. Resumen

Este apartado debe tener una extensión máxima de 250 palabras o 100 en el caso de artículos de opinión médica, el formato será estructurado o narrativo según corresponda al tipo de artículo. Debe ser redactado de manera clara con la información más relevante del manuscrito. No debe incluir abreviaturas, tablas, figuras, referencias o nombres comerciales.

Después del resumen debe incluir 3 a 5 palabras clave que deben estar dentro de los términos MeSH-DeCS.

Todos los manuscritos deben incluir el resumen y palabras clave en español e inglés.

3.5. Introducción

Debe ofrecer el contexto adecuado para familiarizar al lector, permitiendo comprender cuál es el problema que se aborda, así como exponiendo la justificación del estudio realizado. Ha de apoyarse en referencias bibliográficas bien seleccionadas.

Finalmente, la introducción debe nombrar, directamente o de forma implícita, el objetivo principal del estudio, y la hipótesis de investigación si es el caso.

3.6. Material y Métodos

En el párrafo inicial de esta sección se incluirá el tipo y diseño de estudio realizado, fecha de inicio y lugar y/o centros participantes.

Se debe detallar los materiales, sujetos y métodos utilizados, tales como población de estudio, conformación de grupos de estudio, criterios de selección (inclusión, exclusión, eliminación), consentimiento informado para participación de los sujetos, método de muestreo utilizado, número de sujetos y asunciones utilizadas en el cálculo, asignación de la intervención (para estudios experimentales), desarrollo del estudio y procedimientos para captura de la información, variables principales de evaluación, mediciones y desenlaces, estrategia de análisis (enfoques, estimadores, pruebas estadísticas, medidas de asociación, de impacto, etc.) y si el estudio realizado lo requiere, deberá mencionarse el manejo de muestras, equipos, pruebas de laboratorio y control de calidad. Cuando deba referirse a fármacos o productos químicos, será necesario identificar el nombre genérico, dosificación y vía de administración.

Además incluirá de manera explícita la aprobación obtenida de un Comité de Ética y/o los documentos que autorizaron su ejecución.

Este apartado debe poseer detalles suficientes para que el lector comprenda la metodología utilizada y juzgue la posible validez de los resultados, así como para que otros investigadores puedan reproducir el mismo trabajo.

3.7. Resultados

Este apartado está destinado para relatar hallazgos y distintos resultados de los análisis, mas no interpretarlos. Se redactará siguiendo una exposición ordenada de los hallazgos, en estilo narrativo con

apoyo de tablas y/o figuras relevantes (para condensar la información y no duplicarla). Es importante presentar los datos básicos, flujograma del estudio y/o comparaciones basales de los grupos de estudio. Debe procurarse la presentación de intervalos de confianza para los estimadores principales, los niveles de significancia estadística, la información sobre respuestas y abandonos (en estudios experimentales) y acontecimientos adversos (en estudios experimentales). Todo esto de acuerdo al objetivo planteado. No deben mencionarse variables nuevas en esta sección.

3.8. Discusión

Este apartado está destinado a la interpretación de los autores de los resultados principales y no para repetir hallazgos. Entre otros puntos, también contendrá información sobre la comparación de los hallazgos del estudio con reportes previos, interpretación de hallazgos negativos, discusión de posibles limitaciones y sesgos potenciales, puntos a favor y/o en contra del estudio, discusión de implicaciones para la práctica clínica, aspectos potenciales para futuras investigaciones, identificación de nuevas ideas y vacíos en el conocimiento, detalle de cualquier resultado inesperado.

Esta sección no debe contener nuevos resultados o datos que no hayan sido incluidos previamente, especulaciones injustificadas o datos tangenciales.

3.9. Conclusiones

Se redactarán de manera clara y concisa en referencia a los hallazgos.

4. Sección final.

Todos los manuscritos deben incluir los siguientes apartados después de las conclusiones:

4.1 Aprobación y consentimiento informado

Siguiendo el Reglamento que rige a los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos publicado en el Registro Oficial del Ecuador, Acuerdo N° 00005-2022 en agosto/2022:

- Los estudios observacionales y de intervención, deberán presentar carta de aprobación por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH), en el caso de contar con carta de exención emitida por el Presidente del CEISH, deberá ser adjunta.
- Los casos clínicos deben incluir el Consentimiento Informado.

Para la autorización de ensayos clínicos refiérase a la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria-ARCSA.

4.2 Contribución de autoría

Los autores deben declarar su participación en el manuscrito incluyendo sus nombres después de cada rol según corresponda a su artículo. Este apartado lo enviarán dentro de la carta de presentación y será incluido en el artículo durante el proceso editorial para mantener la anonimización durante el proceso de revisión.

4.3 Conflicto de intereses

Para prevenir la ambigüedad, los autores deben declarar explícitamente si existen o no conflictos de intereses, proporcionando detalles adicionales si es necesario en una carta.

Debido a que los conflictos de interés pueden ser frecuentes y casi inevitables muchas veces, esta

declaración es orientadora para los editores, pero no es un condicionante de la aceptación o no aceptación de un manuscrito.

4.4 Agradecimientos

Cuando se considere necesario, se mencionará a personas, centros o entidades que colaboraron en la realización y ejecución del estudio y/o preparación del manuscrito, pero que su grado de participación no implica una autoría.

4.5 Financiamiento

Los autores deben declarar las instituciones, programas, becas o subvenciones, que de forma directa o indirecta apoyan financieramente al estudio o trabajo realizado. En ausencia de estas fuentes, deberán declarar si el trabajo se realizó con fondos propios de los autores.

5. Referencias

- El estilo Vancouver debe ser usado para referenciación.
- Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con el estilo usado en el Index Medicus de la National Library of Medicine
- Se presentarán, según el orden de aparición en el texto, empleando una numeración consecutiva.
- En el texto, la numeración de las distintas referencias debe presentarse en formato negrita y superíndice.
- No se acepta el empleo de referencias tales como “observaciones no publicadas” y “comunicación personal”, ni citas del tipo “op cit” o “ibid”. Se prohíbe las referencias a pie de página.
- Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre la página inicial y final de la cita.
- Un detalle ampliado sobre la forma de citación de los distintos tipos de referencias, puede ser consultada en la siguiente dirección electrónica: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

5.1. Estilo de referencia

El formato de las referencias bibliográficas debe seguir las normas adoptadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). Se observará el ordenamiento de los elementos bibliográficos y el uso de los signos de puntuación prescritos por el estilo Vancouver. A continuación, se ofrecen ejemplos de algunos de los principales casos:

5.1.1 Artículo publicado en revistas con paginación consecutiva en los distintos ejemplares del volumen:

Apellido Inicial del Nombre, Apellido Inicial del Nombre. Título. Nombre de la revista. Año; volumen: página inicial-página final.

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid organ transplantation in HIV infected patients. N Engl J Med. 2002; 347:284-87

5.1.2 Artículo publicado en revistas sin paginación consecutiva en los distintos ejemplares del volumen

Apellido Inicial del Nombre, Apellido Inicial del Nombre. Título. Nombre de la revista. año; volumen (número):página inicial-página final.

Ríos Yuil JM, Ríos Castro M. El virus del papiloma humano y su relación con el cáncer cutáneo no melanoma. Rev Med Cient. 2010; 23(2):33-44

5.1.3 Artículos con más de seis autores

Similar a la cita anterior, con mención de los seis primeros autores, seguido de los términos “et al.”
Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002; 935:40-46

5.1.4 Organización como autora

Nombre de la organización. Título. Nombre de la revista. año; volumen (número):página inicial-página final.

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002; 40:679-86

5.1.5 Libro y capítulos de libro

Autor(es) del libro: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St Louis: Mosby; 2002.2.

Autor (es) de un capítulo en determinado libro: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. En: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002: 93-113

5.1.6 Tesis

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [thesis]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002. 2. CD-ROM: Anderson SC, Paulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2002

5.1.7 Artículo de revista publicada en Internet

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm> 4. Web site: Cancer-Pain.org [homepage on internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; C2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/6>.

5.1.8 Bases de datos completas/sistemas de recuperación/conjuntos de datos en Internet

Jablonski S. Síndromes de anomalías congénitas múltiples/retardo mental (MCA/MR) en línea [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.), Sección de encabezamientos de temas médicos; abril de 2001 [actualizado el 20 de noviembre de 2001; citado el 31 de enero de 2007]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/archive//20061212/mesh/jablonski/syndrome_db.htm

6. Tablas

Las tablas condensan información, para lo cual se organizan datos en columnas y filas, facilitando su descripción y lectura, el formato que deben seguir es:

1. Deben presentarse inmediatamente después del párrafo donde son citadas
2. Deben estar entre dos líneas horizontales, una superior y otra inferior, no se admiten líneas verticales y horizontales que separan celdas
3. Cada tabla se identifica con un título autoexplicativo que indique qué información ofrece, de aproximadamente 10 palabras en la parte superior y numeración consecutiva
4. Si se incluyen abreviaturas, su significado debe detallarse al pie de tabla.
5. Figuras y fotografías

Se considera como tal a cualquier material de ilustración como fotografías, gráficos de datos y esquemas.

1. Deben presentarse inmediatamente después del párrafo donde se las cita
2. Cada una irá en un archivo aparte en formato JPG con una resolución de 300 dpi.
3. En cuanto a los gráficos estos deberían ser enviados con su tabla original en formato Excel.
4. Cada figura/fotografía deberá tener un título de aproximadamente 10 palabras, ubicado en la parte inferior de la figura y numeración consecutiva
5. Sólo cuando sea necesario, al título podrá seguirle una explicación breve del contenido y/o el detalle de abreviaturas o marcas utilizadas.
6. En el caso de fotografías de pacientes deberán estar correctamente anonimizadas y, deberán presentarse con una declaración de los autores indicando que se obtuvo el consentimiento del paciente para la publicación de la misma.
7. Si en un manuscrito se utilizan ilustraciones o tablas procedentes de otra publicación, los autores deberán poseer la correspondiente autorización y adjuntarla al manuscrito enviado.

Sugerimos seguir:

- Guías de Equator - Network: <http://www.equator-network.org>
- Recomendaciones del ICMJE <https://www.icmje.org/recommendations/>

Fecha de actualización: Septiembre 2024

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)

ISSN impreso 2588-0691 / ISSN electrónico 2737-6141
Año 2024. Volumen 49 - Número 3

