

AÑO 2025. VOLUMEN 50 - NÚMERO 2

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)

50 VOLUMEN

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)

ISSN impreso 0375-1066 / ISSN electrónico 2737-6141
Año 2025. Volumen 50 - Número 2



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

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. Hospital especializado Julio Endara. Quito-Ecuador

Corrección de Estilo

Jhonatan Salazar Achig Lic. Universidad Central del Ecuador 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,
REBIUN y EuroPub.

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: mayo 2025

ISSN impreso 0375-1066 ISSN electrónico 2737-6141

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



La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito) está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento - No Comercial- No derivadas 4.0 Ecuador, desde el año 2013, 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

- La misión histórica de la Facultad de Ciencias Médicas
(Discurso conmemorativo por los 332 años de su fundación)** 7-11
The Historical Mission of the Faculty of Medical Sciences
(Commemorative Speech for the 332nd Anniversary of Its Founding)
Guerrero-Figueroa Marco

CARTAS AL EDITOR

- Triage y patologías psiquiátricas en Guardia** 12-14
Triage and psychiatric pathologies in the emergency department
Algieri Rubén Daniel, Mazzoglio y Nabar Martín, Ferrante María Soledad, Fernández Juan Pablo, Brofman Carolina , Algieri Agustín

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Autoestima sexual y comunicación diádica sexual sobre función sexual de adultos en etapa de prevejez y vejez del noreste de México** 15-24
Sexual self-esteem and dyadic sexual communication on sexual function in pre-aging and older adults in northeastern Mexico
Gongora-Alcocer Deyri, Torres-Obregón Reyna, Medina-Fernández Isaí Arturo, Carrillo Cervantes Ana Laura, Amaro-Hinojosa Marily Daniela, Medina-Fernández Josué Arturo

- Autoeficacia para usar condón, depresión y asertividad sexual en migrantes** 25-32
Self-efficacy to use condoms, depression and sexual assertiveness in migrants
Ruiz-Bugarín Cynthia Lizbeth, Onofre-Rodríguez Dora Julia, Aranda-Ibarra Jesús Ramón, Benavides-Torres Raquel

- Machismo sexual y sexo seguro en hombres residentes de Tijuana, México** 33-43
Sexual machismo and safe sex in men residents of Tijuana, Mexico
López-Sánchez Ulises, Ruiz-Bugarín Cynthia Lizbeth, Aranda-Ibarra Jesús Ramón, Hernández-Vergara Carmen Ivette, Cruz-González Anzony Arturo

- Alfabetización en salud sexual y reproductiva y conducta sexual en jóvenes** 44-54
Literacy in sexual and reproductive health and sexual behavior in young adult
Amaro-Hinojosa Marily Daniela, Orozco-Gómez Claudia, Jiménez-Vázquez Vicente, Torres-Obregón Reyna, Esparza-Dávila Sandra Paloma

REPORTE DE CASO

- Íleo biliar de presentación atípica: abordaje quirúrgico individualizado.** 55-60
Reporte de caso
Atypical presentation of biliary ileus: individualized surgical approach. Case report
Rivadeneira-Proaño Francisco, Sarzosa-Alban Melissa, Rivadeneira-Cabezas Emily, Rivadeneira-Proaño Kathy, Torres-Catillo Antonio

Tumor óseo, fibroma desmoplásico del sacro. Reporte de Caso Bone Tumor, desmoplastic fibroma of the sacrum. Case Report <i>Bombón- Caizaluisa Marco Fabricio, Armijos-Vélez Jorge, Marquez-Jervis Jose José, Vargas-Sosa Cesar Iván, Albuja-Delgado Kevin, Zambrano-Franco Erick</i>	61-69
Síndrome de POEMS. Un caso inusual con organomegalia, gammopathía monoclonal y endocrinopatía tiroidea. Reporte de caso POEMS syndrome. An unusual case with organomegaly, monoclonal gammopathy and thyroid endocrinopathy. Case Report <i>Hernández-Navas Jorge Andrés, Dulcey-Sarmiento Luis Andrés, Gómez-Ayala Jaime Alberto, Ochoa-Castellanos Valentina, Therán Juan, Quitian Jerson</i>	70-77
NORMAS PARA PUBLICACIÓN DE CONTRIBUCIONES EN LA REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (QUITO)	78-87

**La misión histórica de la Facultad de Ciencias Médicas
(Discurso conmemorativo por los 332 años de su fundación)**

**The Historical Mission of the Faculty of Medical Sciences
(Commemorative Speech for the 332nd Anniversary of Its Founding)**

Guerrero-Figueroa Marco

http://orcid.org/0000-0001-9236-4183
Universidad Central del Ecuador,
Facultad de Ciencias Médicas, Quito,
Ecuador
aguerrero@uce.edu.ec

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.8413>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 50, Número 2, Año 2025
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Contexto

Motivado por este valle fértil, rodeado de montañas majestuosas donde el sol escoje sus mejores rayos para deslumbar, Ramiro Romero y Cordero se inspiró para plasmar en la segunda estrofa de nuestro célebre himno una alegoría que representa la misión, globalidad y hospitalidad de nuestra alma mater que, con profunda emoción, respeto y gratitud hoy conmemoramos.

Son 332 años de fundación de nuestra Facultad de Ciencias Médicas, pionera de la Gran Casona, erigida allá en la Plaza de Santo Domingo, en la calle de las Churrerías, actual calle Guayaquil.

Hoy no celebramos simplemente el paso del tiempo: celebramos la permanencia de una misión histórica, la evolución de un sueño colectivo que, desde los tiempos coloniales hasta el presente, ha acompañado los grandes momentos de transformación de nuestro país.

La medicina, entendida no solo como ciencia, sino también como un acto social, ético y cultural, ha evolucionado de la mano de los cambios históricos de la humanidad.

Cada época, cada revolución política, cada viraje social, ha dejado una huella indeleble e imperecedera en la forma en que concebimos la salud, formamos a nuestros profesionales y respondemos a las necesidades de nuestra sociedad.

Cada momento ha encerrado batallas silenciosas, grandes sacrificios, avances científicos, vidas salvadas, múltiples generaciones formadas con pasión, entrega, disciplina, compromiso y por sobre todo mucho amor.

Hoy, les invito a recorrer juntos este apasionante trayecto que no es solo la historia de una noble institución, sino también la historia de la vida, de la dignidad y de la esperanza de nuestro pueblo.

Cómo citar este artículo: Guerrero-Figueroa M. La misión histórica de la Facultad de Ciencias Médicas (Discurso conmemorativo por los 332 años de su fundación). Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2): 7-11. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.8413>



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

Nuestra historia comienza por allá en el año de 1688, en el contexto de la Real Audiencia de Quito, cuando el Convictorio de San Fernando de la orden de predicadores de Quito fue elevado a la categoría de Universidad de Santo Tomás de Aquino. El Tomismo dominicano defendía la enseñanza aristotélica desarrollando una doctrina que delimitaba muy claramente los dominios de la razón y la fe.

Era un realismo moderado que chocaba con el pensamiento filosófico Jesuita. Tomistas y Suaristas discutían sobre normas de conducta, ideas políticas, dirección espiritual, a tal punto de que se hicieron acreedores del título de "Monstruo de 2 cabezas" por parte del Señor de la Condamine, según lo relata Virgilio Paredes Borja en su discurso por la sesión solemne de la Universidad Central en 1951 y que se encuentra publicado en el volumen 3 numeros 1 y 2 de 1952 de nuestra Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.

Era entonces miércoles 13 de abril de 1693, un día primaveral andino, el sol naciente iluminaba las montañas que rodean la ciudad, bañando las calles empedradas y las casas coloniales con una luz suave y dorada; es en esta fecha que por iniciativa y tesón de los padres Quesada y García, con el apoyo económico de Don Pedro de Aguayo, se inaugura la primera escuela de medicina en nuestro territorio.

En esta época colonial, profundamente marcada por la desigualdad, el acceso al conocimiento era privilegio de pocos. La medicina respondía a un modelo asistencial y caritativo, más centrado en la beneficencia que en la justicia social.

Fue Diego de Herrera el primer graduado de esta novel Facultad, siguiendo un plan de estudios de las Facultades de Medicina europeas y españolas: enseñando en PRIMAS: anatomía y fisiología; en VÍSPERAS: patología; en METODO: terapéutica.

Recreando un día de actividad académica en aquella época, que es digna de traerse a este ilustrado auditorio, transcribo el relato que Carlos

Mosquera Sánchez y Virgilio Paredes Borja plasmaron en su libro Historia de la Facultad de Ciencias Médicas “*... los alumnos esperaban al profesor en una sala de la Universidad de la actual Plaza Sucre. El maestro entraba con una gran dignidad, texto a la mano y subía con pausa a la cátedra. Yá en ella, colocaba el volúmen magistral sobre un facistol, extendía su mirada a los alumnos que habían permanecido respetuosamente de pie, con una venia indicaba que podían sentarse, corría lista, tomaba la lección de la clase anterior y la calificaba; señalaba el motivo de la clase, abría ceremoniosamente el texto en donde se veía un indicador, y comenzaba a dictar en latín a los alumnos que copiaban en sus cuadernos; de vez en cuando suspendía el dictado, hacía un comentario en español y a la hora exacta terminaba la clase. Los alumnos volvían a ponerse de pie, como cuando entró el profesor, señalaba el motivo de la proxima clase, indicaba el día de la sabatina, hacia una que otra observación, descendía de la cátedra, se volvía, ya en la puerta hacia una ligera venia y se retiraba.*”

Los profesionales formados en aquel tiempo: sacerdotes, médicos empíricos, boticarios, respondían a una sociedad de castas donde la salud era considerada como un privilegio o un mal interpretado don divino, más que un derecho.

En medio de todos se yergue Eugenio de la Santa Cruz y Espejo quien lo cuestiona todo: la inersia de sus colegas, la ineeficacia de los métodos terapéuticos usados sin discernimiento, el abandono de los pobres, víctimas silenciosas de epidemias y negligencia. Espejo introdujo la idea de que el conocimiento debía servir a la vida, no al poder ni al dogma. Para Espejo, la enfermedad no era una fatalidad natural: era una consecuencia política. La salud, por tanto, no era únicamente asunto de médicos: era una tarea colectiva que implicaba educación, justicia social, y responsabilidad ética ... ese ADN aún está presente en las células de nuestros graduados.

Es en ese contexto que nuestra institución plantó las primeras semillas de la educación médica formal en lo que más tarde sería la Facultad de Ciencias Médicas de la Gloriosa

Universidad Central del Ecuador. Una semilla que, regada con el tiempo, habría de florecer esplendorosamente con fuerza renovada.

129 años transcurrieron entre suspensiones e interrupciones, hasta que luego de la batalla de Pichincha en 1822, se cambia el nombre de la Universidad Real y Pontificia por el de Universidad Pública, modificándose la organización y la dirección, llegando a constituirse en Universidad Central Grancolombiana en 1827 por decreto de Simón Bolívar, y el 26 de octubre de ese mismo año se organiza la Facultad de Medicina de la Universidad Central Republicana.

La formación médica adquirió nuevos rumbos, ya no se trataba únicamente de aliviar el dolor, sino de construir una nación saludable, fuerte, capaz de sostener su libertad. Durante esta etapa, la medicina ecuatoriana adoptó los ideales de la Ilustración y el positivismo, incorporando el método científico y renovando los planes de estudio.

Surgieron hospitales públicos en Quito y Guayaquil, campañas rudimentarias de vacunación y los primeros intentos de estadística sanitaria.

La Facultad formó médicos-patriotas: profesionales que no solo practicaban la medicina, sino que eran parte activa de los debates sobre ciudadanía, modernización y derechos humanos. Cirujanos que lucharon en las guerras internas, médicos que enfrentaron epidemias de cólera y fiebre amarilla con valentía y sacrificio. La medicina se convirtió en un pilar de la naciente república, y nuestra Facultad fue su cuna.

A mediados del siglo XIX, la enseñanza médica en Ecuador padecía graves males: planes de estudio anclados en el empirismo colonial, falta de conexión con los avances científicos europeos y una estructura administrativa caótica. El Presidente García Moreno, quien había visto en Francia el modelo a seguir, entendió que solo una reforma radical, dirigida por profesionales formados en las mejores escuelas, podría sanear

la institución. Así, Gayraud y Domec médicos de sólida formación fueron convocados no solo como profesores, sino como arquitectos de un nuevo sistema. Formularon proyectos, redactaron un plan de estudios y enfatizaron en la necesidad de construir el Anfiteatro anatómico en donde “se enseñe con detalle el arte de curar” y así se levanta esta edificación, moderna para la época, en la calle que actualmente lleva el mismo nombre de su mentor.

Con la Revolución Liberal de 1895, liderada por Eloy Alfaro, se instauró un proyecto de modernización que también impactó profundamente la salud pública y la educación superior.

La medicina se apartó del empirismo: se incorporaron nuevos saberes científicos, avances en microbiología, farmacología, cirugía y salud pública.

En este nuevo siglo, nuestra Facultad impulsó:

- La instauración de especialidades médicas.
- La práctica clínico-quirúrgica en pregrado
- La investigación en enfermedades tropicales, tan crucial para un país diverso como el nuestro.

Durante las primeras décadas del siglo XX, el profesional de la salud se consolidó como un agente de modernidad y progreso social. Al mismo tiempo, surgieron nuevas tensiones éticas: el reto de mantener el humanismo médico frente a la tecnificación creciente.

Nuestra Facultad asumió estos desafíos, formando profesionales que combinaban competencia técnica con vocación social.

Y, en medio de crisis económicas, dictaduras y procesos democráticos, nunca dejó de formar profesionales de la salud comprometidos con el bienestar del pueblo.

Con la recuperación de la democracia en 1979, y especialmente en las últimas cuatro décadas, vivimos una transformación profunda en el concepto mismo de salud.

Me sentiría un deudor histórico si no menciono en este punto la influencia positiva que tuvo una institución como la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina AFEME en el desarrollo del pensamiento crítico médico para reformar planes y programas de estudio en nuestra Facultad, con quien caminó de la mano para la creación de programas de internado rotativo, postgrado e investigación científica, desde 1964. Efectivamente Miguel Marquez y Rodrigo Yépez impulsaron su creación bajo los ideales de Juan Cesar García: “... *el modo en que se forman los médicos está articulado a las características de la práctica médica, y ésta, a su vez está ligada al modo de producción económica*”.

La salud pasó de ser concebida como ausencia de enfermedad a ser entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, en la Conferencia sobre atención primaria de salud en 1978 en Alma Ata. En septiembre del 2003 el Estado Ecuatoriano aprueba la Ley del Sistema Nacional de Salud en donde se define claramente el modelo de atención integral de salud y nuestra Facultad se adaptó a estas nuevas normativas:

- Renovó sus programas de formación académica con enfoque integral, comunitario y humanista.
- Desarrolló programas de posgrado en múltiples especialidades.
- Fomentó la investigación científica con impacto social.
- Estableció redes de cooperación internacional.
- Incorporó el enfoque de derechos humanos, equidad de género y salud intercultural en la formación médica.

Durante la pandemia de COVID-19, nuestra Universidad y Facultad se convirtió una vez más en bastión de la esperanza y la resiliencia de nuestro pueblo.

Nuestros docentes, investigadores, estudiantes y egresados estuvieron en la primera línea, demostrando que la vocación por la vida sigue siendo la esencia de nuestra institución.

Hoy, en el siglo XXI, el profesional de la salud

que forma nuestra Facultad es un científico, un líder social, un defensor de derechos humanos, y un constructor de paz en una sociedad compleja, plural y en constante transformación.

Actualmente, cuando los desafíos sanitarios son globales: enfermedades emergentes, crisis ambientales, desigualdades estructurales, nuestra Facultad de Ciencias Médicas debe continuar siendo un faro ético, científico y humano para el Ecuador y para el mundo.

No basta con enseñar técnicas: debemos formar seres humanos comprometidos con la vida en todas sus dimensiones.

No basta con investigar datos: debemos investigar para transformar realidades.

No basta con curar enfermedades: debemos sanar también las heridas sociales, económicas y culturales que impiden a millones de personas vivir con dignidad.

Al conmemorar estos 332 años, rendimos homenaje a quienes nos precedieron: a los médicos anónimos que llevaron salud a los más reconditos lugares, a las enfermeras que curaron en las epidemias, a obstetricas y obstetras, a los laboratoristas, a los imagenólogos, a los investigadores, todos quienes soñaron con un país más saludable. Rendimos homenaje a ustedes, académicos, científicos, estudiantes, que día a día mantienen viva la llama de esta Facultad.

Y tambien rendimos homenaje al pueblo ecuatoriano, que es, y será siempre, la razón última de nuestro quehacer.

Que este aniversario sea no solo un momento de celebración, sino también un acto de reafirmación:

De nuestro compromiso con la vida.
De nuestra fidelidad al conocimiento.
De nuestra pasión por la justicia social.

¡Larga vida a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador!

Referencias

1. Cevallos G. Historia del Anfiteatro Anatómico de la Universidad Central. Rev Fac Cienc Méd(Quito) [Internet]. 1953;4(3-4):145-152. Disponible en: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/312
2. Estévez E, Villota I, Zapata M, Echeverría C. La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. Rev Fac Cienc Méd(Quito) [Internet]. 2018;43(1):145-63. Disponible en: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1464
3. Mosquera C, Paredes Borja V. Historia de la Facultad de Ciencias Médicas (1827-1977). 1ra ed. Quito: Editorial Universitaria UCE; 1977.
4. Paredes Borja V. Historia de la medicina en el Ecuador. 1ra ed. Quito: editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana; 1963.
5. Ramírez H. 325 años de aporte social y humanístico de la Facultad de Ciencias Médicas, un modelo de las artes liberales. Rev Fac Cienc Méd(Quito). [Internet] 2018;43(1):19-28. Disponible en https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1453
6. Yépez R. La formación de los médicos en el Ecuador en los últimos 50 años. 1960-2010. 1ra ed. Quito: editorial Producción Gráfica Bicromía; 2013.

Triaje y patologías psiquiátricas en Guardia

Triage and psychiatric pathologies in the emergency department

Algieri Rubén Daniel

<https://orcid.org/0009-0001-2325-5183>
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina
rdalgieri08@hotmail.com

Mazzoglio y Nabar Martín

<https://orcid.org/0009-0006-2725-4459>
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina
mazzoglioynabar@hotmail.com

Ferrante María Soledad

<https://orcid.org/0009-0000-8248-4616>
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina
soleferrante@hotmail.com

Fernández Juan Pablo

<https://orcid.org/0009-0003-4845-9056>
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina
jpfernandez.sp@gmail.com

Brofman Carolina

<https://orcid.org/0009-0001-9979-1548>
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina
ccbroyman@gmail.com

Algieri Agustín

<https://orcid.org/0009-0006-9506-012X>
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina
agustinalgieri@gmail.com

Correspondencia:

Rubén Daniel Algieri
rdalgieri08@hotmail.com

Recibido: 29 de enero 2025

Aprobado para revisión: 09 de abril 2025
Aceptado para publicación: 10 de mayo 2025

DOI:<https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7583>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 50, Número 2, Año 2025
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Estimada Editora

Desde de nuestro equipo, el cual integra el Programa de Entrenamiento Continuo en Trauma y Urgencias (PECTU), y el Servicio de Urgencias del Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear, consideramos necesario la instauración de un sistema de triaje específico de psiquiatría para el contexto de Guardia.

La atención de urgencias de salud mental se enfrenta a un desafío complejo debido a la heterogeneidad de casos y al constante aumento en la demanda. En el caso de la Argentina, la Ley de Salud Mental 26657/10 establece la presencia de equipos interdisciplinarios en las guardias hospitalarias para el abordaje de las patologías, lo que generó un cambio paradigmático rupturista, al pasar del concepto de "peligrosidad" al de "riesgo" en las evaluaciones, lo que implica una evaluación exhaustiva del paciente tomando en consideración factores tanto internos como externos; pasa de atribuir al paciente el "ser" (peligroso) a "estar" (en riesgo) por sus factores personales como de contexto. Esta nueva perspectiva exige la implementación de protocolos para la gestión del riesgo, reconociendo la imprevisibilidad de la conducta humana. A menudo, médicos no psiquiatras son quienes evalúan el riesgo, especialmente en situaciones prehospitalarias, por lo que necesitan de un instrumento eficiente y adaptado al contexto de recursos (humanos y materiales) y marcos legales de cada país¹.

En las últimas décadas y a nivel mundial se han desarrollado diversas escalas de triaje como la *Australian Triage Scale*^{2,3}, *Canadian Triage and Acuity Scale*⁴, *Manchester Emergency Triage System*⁵, *Emergency Severity Index* o el *Modelo Andorrano de Triage* adaptado en España como *Sistema Estructurado de Triage*⁶. Estas escalas varían en su enfoque y niveles de gravedad, enfocadas en el riesgo vital de tipo clínico-quirúrgico y pocas incluyen criterios aislados de salud mental. Destacamos la *Australian Mental Health Triage Scale*^{2,3} que es específica para pacientes

Cómo citar este artículo: Algieri RD, Mazzoglio y Nabar M, Ferrante MS, Fernández JP, Brofman C, Algieri A. TRIAJE Y PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN GUARDIA. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2):12-14. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7801>



de patología mental e incorpora el concepto de riesgo. Sin embargo, la mayoría de estas escalas presentan disparidades en tiempos de respuesta y carecen de adaptación a la legislación propia de nuestro país^{7,8}.

En el ámbito de las urgencias y emergencias en Salud Mental, la atención integral del paciente emerge como un pilar fundamental y exige una evaluación exhaustiva que trascienda lo meramente biológico. Se torna imperativo considerar las complejidades psicológicas y sociales que atraviesan al individuo, permitiendo así una toma de decisiones profesionales que salvaguarden sus derechos⁷.

La valoración del riesgo, enmarcada en la teoría homónima, se erige como un componente esencial del triaje. Esta teoría concibe el riesgo como una probabilidad sujeta a la interacción entre la condición riesgosa (conductas o situaciones que pueden desencadenar daños) y la vulnerabilidad del sujeto (características subjetivas y circunstancias, moduladas por su resiliencia)^{8,9}.

Nuestro equipo propone una diferenciación entre el ámbito prehospitalario y hospitalario dado las particularidades de cada escenario. La adaptabilidad del triaje a los recursos disponibles será un factor crítico para el abordaje de patologías psiquiátricas y no podrá ser rígido sino de tipo flexible cual guía de procedimientos.

Consideramos que el triaje debería tener cinco niveles de gravedad basados en la valoración del riesgo^{8,9}, que abarquen desde el riesgo cierto e inminente hasta la ausencia de riesgo evidente. En los niveles de riesgo cierto, pero no inminente, se contempla la presencia de sustancias tóxicas o antecedentes de las mismas; en los casos de signosintomatología compatible con consumo reciente que afecte la capacidad judicativa o se acompañe de alteraciones clínicas se deberá considerar como riesgo cierto e inminente y su derivación a hospitales generales⁹.

Los criterios del triaje deben incluir: tiempo de abordaje, nivel de riesgo, motivo de consulta, presentación clínica y la modalidad de abordaje. El motivo de consulta y la presentación clínica deberán detallar los principales cuadros clínicos, y la modalidad de abordaje debe describir las estrategias interdisciplinarias de gestión del riesgo. Será un requisito indispensable la existencia de coherencia entre niveles de gravedad y criterios del triaje.

Dado que la evaluación del triaje basado en el riesgo será la primera instancia del efector en salud con la persona con una patología psiquiátrica y que determinará muchas de las opciones terapéuticas posteriores, consideramos que deberían construirse 2 modelos de triaje, pero correlativos, asociados y concatenados: uno prehospitalario (vía pública o domicilios) y el otro para techo hospitalario. Esta posibilidad otorgará a las intervenciones mayor eficacia con impacto en el sistema sanitario.

Por ello, la alta prevalencia y crecimiento de las patologías psiquiátricas en servicios de emergencias no se acompañó de propuestas clasificadoras normatizadas. Las propuestas de triaje internacionales no se basan en la valoración del riesgo e ignoran los factores sociales y culturales implicados o los tipos de afrontamiento del sujeto, así como no se adaptan a la legislación de Argentina o considerando relativos la noción de salud mental y preservación de derechos humanos a la que muchos países adhirieron. Proponemos crear un triaje para patologías psiquiátricas que considere aspectos biológicos, psicológicos y sociales, diferenciando la atención prehospitalaria y hospitalaria, pero con acciones concatenadas. El mismo debe ser adaptable a los recursos de cada institución con el fin que cada efector pueda tener abordajes eficaces con calidad prestacional, basada en criterios científicos y cobertura legal a los profesionales.

Referencias

1. Andrés-Pueyo A, Redondo S. Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo* [Internet] 2007 [citado 14 Dic 2024];28(3):157-73. Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1500.pdf>
2. Hundertmark, J. Mental health triage in emergency medicine. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 1999 [citado 14 Dic 2024];33(5):768-9. doi:10.1080/0004867990473
3. Smart D, Pollard C, Walpole B. Triage de salud mental en medicina de urgencias. *Revista Australiana y Neozelandesa Psiquiatría* [Internet]. 1999 [citado 14 Dic 2024];33(1):57-66. doi: 10.1046/j.1440-1614.1999.00515.x
4. Beveridge, R. CAEP issues. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. Canadian Association of Emergency Physicians. *J Emerg Med* [Internet]. 1998 [citado 14 Dic 2024];16(3): 507-11. doi:10.1016/s0736-4679(98)00031-6
5. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill?. *J Accid Emerg Med* [Internet]. 1999 [citado 14 Dic 2024];16(3):179-81. doi:10.1136/emj.16.3.179
6. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecinas, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triatge: Bases conceptuais i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004[citado 14 Dic 2024].
7. FitzGerald G, Jelinek GA, Marck CH, Neff EP, Gerdtz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J* [Internet]. 2010 [citado 14 Dic 2024];27(2):86-92. doi:10.1136/emj.2009.077081
8. Teijeiro, R. Triage en la psiquiatría de urgencias. *Rev Electrónica de Psiquiatría* [Internet]. 2005 [citado 14 Dic 2024]. Disponible en: <http://psiqui.com/2-9071>
9. Silva, DH. Riesgosidad: Un nuevo paradigma desafío pericial. *Rev Act Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial* [Internet]. 2017 [citado 14 Dic 2024];6:145-160. Disponible en: <https://www.acfra.org.ar/wp-content/uploads/2021/01/la-riesgosidad-un-nuevo-paradigma-y-desafio-pericial.pdf>

Autoestima sexual y comunicación diádica sexual sobre función sexual de adultos en etapa de prevejez y vejez del noreste de México

Gongora-Alcocer Deyri

<https://orcid.org/0009-0005-6291-470X>
 Universidad Autónoma de Coahuila,
 Facultad de Enfermería "Dr. Santiago
 Valdés Galindo", Saltillo, Coahuila, México
 deyri_gongora@outlook.com

Torres-Obregón Reyna

<https://orcid.org/0000-0003-3546-6970>
 Universidad Autónoma de Coahuila,
 Facultad de Enfermería "Dr. Santiago
 Valdés Galindo", Saltillo, Coahuila, México
 reyna.torres@uadec.edu.mx

Medina-Fernández Isaí Arturo

<https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>
 Universidad Autónoma de Coahuila,
 Facultad de Enfermería "Dr. Santiago
 Valdés Galindo", Saltillo, Coahuila, México
 isaimedina@uadec.edu.mx

Carrillo-Cervantes Ana Laura

<https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>
 Universidad Autónoma de Coahuila,
 Facultad de Enfermería "Dr. Santiago
 Valdés Galindo", Saltillo, Coahuila, México
 anacarrillo@uadec.edu.mx

Amaro-Hinojosa Marily Daniela

<https://orcid.org/0000-0002-3250-492X>
 Universidad Autónoma de Chihuahua,
 Facultad de Enfermería y Nutriólogía,
 Chihuahua, México
 damaro@uach.mx

Medina-Fernández Josué Arturo

<https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>
 Universidad Autónoma del Estado de
 Quintana Roo. Chetumal, Quintana
 Roo, México
 josue.medina@uqroo.edu.mx

Correspondencia:

Reyna Torres-Obregón
 reyna.torres@uadec.edu.mx

Recibido: 26 de noviembre 2024

Aceptado para revisión: 17 de diciembre
 2024

Aceptado para publicación: 25 de
 marzo 2025

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7570>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
 Volumen 50, Número 2, Año 2025
 e-ISSN: 2737-6141
 Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: La función sexual durante el envejecimiento está condicionada por diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Algunos de los factores que pueden estar influyendo positiva o negativamente en la función sexual de los adultos es la autoestima sexual y la comunicación diádica sexual.

Objetivo: Analizar la influencia de la autoestima sexual y la comunicación diádica sexual sobre la función sexual de los adultos en etapas de prevejez y vejez.

Material y métodos: Estudio cuantitativo de tipo correlacional predictivo, en donde se evaluó a 247 adultos en etapas de prevejez y vejez de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México, que mencionaron mantener relaciones sexuales en los últimos 6 meses, utilizando el muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados: Se identificó una autoestima sexual alta en los adultos, una efectiva comunicación diádica sexual y buena función sexual. Se obtuvieron correlaciones positivas y significativas entre las variables de estudio. Así mismo, se encontró que la autoestima sexual y la comunicación diádica sexual influyen positiva y significativamente sobre la función sexual en los adultos en etapa de prevejez y vejez.

Discusión: La función sexual en los adultos en etapa de prevejez y vejez, depende en cierta medida de su autoestima sexual y de la comunicación diádica sexual que tengan con su pareja.

Conclusiones: La autoestima sexual y la comunicación diádica sexual poseen una importante influencia para el desarrollo adecuado de la función sexual de los adultos de mayor edad.

Palabras clave: adulto; anciano; sexualidad; comunicación; salud sexual.

Sexual self-esteem and dyadic sexual communication on sexual function in pre-aging and older adults in northeastern Mexico

Abstract

Introduction: Sexual function during aging is conditioned by various biological, psychological, social and cultural factors. Some of the factors that may be positively or negatively influencing the sexual function of adults are sexual self-esteem and sexual dyadic communication.

Objective: To analyze the influence of sexual self-esteem and dyadic sexual communication on sexual function in adults in pre-old age and old age.

Material and methods: A quantitative correlational-predictive study was carried out, in which 247 adults in pre-old age and old age from the city of Saltillo, Coahuila, Mexico, who mentioned having sexual relations in the last 6 months, were evaluated, using non-probabilistic convenience sampling.

Results: High sexual self-esteem in adults, effective dyadic sexual communication and good sexual function were identified. Positive and significant correlations were obtained between the study variables. Likewise, it was found that sexual self-esteem and dyadic sexual communication have a positive and significant influence on sexual function in adults in pre-old age and old age.

Discussion: Sexual function in adults in the stages of pre-aging and old age depends to a certain extent on their sexual self-esteem and the dyadic sexual communication they have with their partner.

Conclusions: Sexual self-esteem and dyadic sexual communication have an important influence on the adequate development of sexual function in older adults.

Keywords: adult; elderly; sexuality; communication; sexual health.

Cómo citar este artículo: Gongora-Alcocer D, Torres-Obregón R, Medina-Fernández I, Carrillo Cervantes A, Amaro-Hinojosa M, Medina-Fernández JA. Autoestima sexual y comunicación diádica sexual sobre función sexual de adultos en etapa de prevejez y vejez del noreste de México. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2):15-24. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7570>



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

Introducción

Los seres humanos son seres sociales por naturaleza, esto equivale a la necesidad de crear vínculos de amistad, familiares, laborales y de pareja para un adecuado desarrollo personal, debido a que los lazos sociales fuertes se relacionan con una vida prolongada. En cambio, la soledad y el aislamiento se relacionan con problemas de salud, depresión y mayor riesgo de muerte temprana^{1,2}.

Durante la edad adulta las relaciones sociales toman un papel primordial a la hora de contar con el apoyo práctico y emocional necesario para mantener el grado de realización personal³, así como las necesidades de amor y aceptación lo cual propicia un envejecimiento saludable⁴. En este sentido, en la etapa de prevejez es en donde las funciones corporales y capacidades de las personas empiezan a disminuir, por ende, pasan por diferentes cambios al pasar a ser adultos mayores, estas permutaciones los vuelven más vulnerables a riesgos que afectan de manera directa el estado de salud⁵, convirtiéndose en una fuente de malestar psicológico, emocional y en ocasiones físico, implicando cambios en la estabilidad, comunicación e integración social de la persona adulta mayor^{5,6}.

Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones esta etapa tiende a ignorarse y es fortalecida por barreras culturales que limitan su discusión, por lo que, el adulto que desee mantener una vida sexual activa recibe un acceso limitado a la información, lo cual puede producir diferentes obstáculos, siendo la persistencia del impulso sexual y la desinformación fuentes potenciales de conductas de riesgo en este grupo etario⁷. Los cambios más notorios se dan en la apariencia física, sin embargo, también inicia un deterioro en la capacidad funcional causando un cambio significativo en la calidad de vida del individuo, una de las esferas que pasa por una serie de cambios importantes y a gran escala en el adulto en etapa de prevejez y vejez es la sexualidad⁶.

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida,

abarcando al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual⁷. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales⁸. La función sexual durante el envejecimiento está condicionada por diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales⁹.

Algunos de los factores que pueden estar influyendo positiva o negativamente en la función sexual de adultos en etapa de prevejez y vejez es la autoestima sexual y la comunicación diádica sexual, la primera incluye aspectos del pasado y experiencias actuales relativas al contexto familiar, relaciones con amigos y la historia sexual, por lo que los factores interpersonales tienen gran relevancia sobre ella, cuando ésta es negativa excluye sentimientos de culpa, ansiedad y depresión sexual¹⁰.

Por su parte la comunicación diádica sexual hace referencia a temas sobre los comportamientos sexuales con la pareja, cuando ésta es negativa la pareja sufre grandes cambios en la intimidad, lo que se traduce en la poca confianza de poner externar los deseos que cada uno posee, así como el constante roce y choque al no poder satisfacer sus deseos sexuales con la dupla que tienen, esto produce un efecto dominó, afectando en gran escala la comunicación de la pareja, no solo en el aspecto íntimo, sino también en la vida diaria fracturando la relación y ocasionando frustración y tristeza en los adultos¹⁰.

En México existen pocos estudios que aborden aspectos sobre la autoestima sexual y comunicación diádica sexual en adultos en etapas de prevejez y vejez, por lo que es trascendental seguir estudiando dicha problemática, ya que los resultados podrán coadyuvar al conocimiento de la salud sexual, así como la creación de programas de salud sexual de este grupo vulnerable. Cabe destacar que el fenómeno de estudio fue declarado prioridad de investigación en salud pública en México¹¹. Por lo anterior, el objetivo

fue analizar la influencia de la autoestima sexual y la comunicación diádica sexual sobre la función sexual de los adultos en etapas de prevejez y vejez, del noreste de México.

Material y Métodos

El diseño del presente estudio es de scriptivo, correlacional predictivo, de tipo transversal, la recolección de datos se llevó a cabo en áreas públicas de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México, la población fueron hombres y mujeres en etapa de prevejez y vejez (45 años en adelante), la muestra fue de 247 personas adultas con nivel de confianza del 95% y un margen de error del 0,05, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos elaborada por la investigadora principal, de igual manera se utilizó la escala Pfeiffer, para descartar la existencia de deterioro cognitivo

en los posibles sujetos de estudio. Para medir la autoestima sexual se utilizó la sub escala de Autoestima Sexual de la Sexuality Scale¹², la cual consta de cinco ítems con formato de respuesta tipo Likert, donde se menciona que, a mayor puntaje, mayor es la autoestima sexual.

Para la comunicación diádica sexual, se utilizó la escala de Comunicación Diádica Sexual¹³, la cual consta de 13 ítems con formato de respuesta tipo Likert, en donde a mayor puntaje, mayor es la comunicación diádica sexual; y para la variable función sexual se utilizó el cuestionario de Funcionamiento Sexual en personas mayores¹⁴, el cual consta de 5 ítems con formato de respuesta tipo Likert, puntuaciones menores a dos puntos o iguales a cero, indican la presencia de problemáticas sexuales/baja función sexual. Obteniendo las tres buenas confiabilidades a través de las pruebas de confiabilidad como el coeficiente alfa de cronbach (Tabla 1).

Tabla 1. Datos de confiabilidad de los instrumentos

Escala/subescala	ítems	α
Subescala de Autoestima Sexual	5	0,89
Escala de Comunicación Diádica Sexual	13	0,92
Massachusetts General Hospital Cuestionario de Funcionamiento Sexual en Personas Mayores	5	0,93

α = Alpha de Cronbach, n = 247.

Después de la aprobación por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”, (FAENUS-CEI-ME-2023-18) de Saltillo, Coahuila, se realizó la recolección de datos en las áreas públicas más concurridas de la ciudad como los parques, plazas comerciales, supermercados, entre otros. Se tomó en consideración solo a las personas que mencionaron haber tenido al menos una relación sexual en los últimos 6 meses, que se encontraran en el rango de edad de 45 años en adelante, así como los que firmaron el consentimiento informado, durante todo el procedimiento se respetó la dignidad y los derechos de los participantes, otorgándoles un lugar seguro y privado para contestar.

Los datos obtenidos se analizaron a través del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 23. Se utilizó estadística descriptiva para variables categóricas (frecuencias, porcentajes) y medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas (media, mediana, mínimo, máximo y desviación estándar); se realizó un análisis de normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el cual determinó el uso de estadística no paramétrica debido a la distribución no normal de los datos, utilizando correlación de Spearman y modelo de regresión lineal múltiple.

Se cuenta con los dictámenes de registro de los Comités de Ética (FAENUS-CEI-ME-2023-18)

e Investigación (FAENUS-CI-ME-2023-27) de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México; de igual manera se apegó a las leyes y normas mexicanas, como lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud¹⁵, artículos 3, 13, 14, 16, 17, 20 y 22; la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos¹⁶, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores¹⁷ y la Ley General de Salud, artículos 158 y 159¹⁸.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 247 personas adultas en etapas de prevejez y vejez de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México, siendo estas en su mayoría hombres (50,24%), con edades que oscilan entre los 45 y 74 años, con una media de 58,15 (DE=6,61); la mayoría de la población se encuentra casado (a) (80,20%), con una escolaridad predominante universitaria (30,80%) y 130 participantes (52,60%) refirieron tener al menos una enfermedad en control médico (Tabla 2).

En la variable de autoestima sexual se obtuvo una media de 19,37 (DE=3), el cual se encuentra por arriba de la media, lo que, de acuerdo con la interpretación de la escala, indica que los participantes reportan tener una buena autoestima sexual; por su parte con la variable comunicación diádica sexual se obtuvo una media de 43,84 (DE=11,77), encontrándose por arriba de la media de la escala, lo cual de acuerdo a su interpretación, indica que los sujetos de estudio reportaron tener una buena comunicación en pareja relacionada al ámbito sexual. Finalmente, con la función sexual, se obtuvo una media de 3,16 (DE = 0,88), lo que de acuerdo con la interpretación de la escala en lo que respecta a los sujetos de investigación, esta refiere tener una buena función sexual, con una diferencia mínima entre ambos sexos, siendo que en los hombres se obtuvo una media de 3,22 (DE = 0,86) y en las mujeres fue de 3,10 (DE = 0,90) (Tabla 3).

Se realizó la correlación Rho de Spearman para determinar la correlación entre las variables, en dónde se encontró que existe una correlación significativa entre autoestima sexual y función sexual ($r_s=0,72$, $p<0,01$), y entre comunicación diádica sexual y función sexual ($r_s= 0,26$, $p=<0,02$) (Tabla 4).

De igual manera se realizó una regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente la función sexual y como variables independientes la comunicación diádica sexual y la autoestima sexual, la cual fue significativa, es decir la autoestima sexual y la comunicación sexual influyen positivamente sobre la función sexual de los adultos en etapa de prevejez y vejez. ($R^2=0,50$; $F [1,24] = 40,29$; $p= < 0,01$) (Tabla 5).

Discusión

El propósito del estudio fue probar la influencia de las variables autoestima sexual y comunicación diádica sexual, sobre la función sexual del adulto en etapas de prevejez y vejez. En el análisis sociodemográfico se obtuvo un mayor número de participantes hombres, lo cual difiere con lo encontrado en otro estudio realizado en México¹⁹, esto se atribuye a la metodología de la recolección de datos implementada, la cual se realizó en lugares públicos de la ciudad de Saltillo, debido a que estos se consideran sitios de reunión y encuentro para los adultos en etapas de prevejez y vejez (>45 años), en su mayoría siendo estos hombres²⁰, debido a que las mujeres tienen a encontrarse en casa o en otros sitios de reunión²¹.

En esta investigación se demostró que la autoestima sexual de la población de estudio es buena, esto debido a la aceptación, el cuidado y el sentirse bien con su cuerpo, lo que les permite sentirse dignos de ser amados, teniendo un gran impacto en la empatía y seguridad del individuo en sus relaciones íntimas, así como el mantenimiento de la actividad sexual y el tener una pareja establecida²², siendo similar a lo reportado por Can-Valle, et al., al igual que lo descrito por Paredes, et al.; pero siendo diferente a lo descrito por Ramírez-Elizondo, et al. y Guillén-

Molla, donde se menciona que la autoestima sexual se vio afectada negativamente, cuando el adulto en etapa de prevejez o vejez no mantiene una vida sexual activa^{7,22,23}.

En cuanto la comunicación diádica sexual, la mayoría de la población reportó tener una buena comunicación sexual con su pareja, esto pudiera deberse a que tienen intereses y deseos en común incrementando la motivación para crear una buena conversación de una manera adecuada, facilitando la apertura a un proceso comunicativo²⁴; esto se contrapone con otros estudios, como el realizado por Sotelo, donde se evidenció que no tenían una comunicación adecuada, y que la misma va disminuyendo conforme más años de relación se tenga; así como al realizado por Sánchez-Asqui y Zavala-Pucha, en el cual se menciona que en su población de estudio (adultos entre 40 y 64 años) existe insuficiente comunicación de tópicos relacionados a las relaciones sexuales^{25,26}.

Por su parte la función sexual de los sujetos de estudio fue buena, esto se debe a que tienen confianza en sí mismos como pareja sexual considerando ser una buena dupla y tener buenas habilidades sexuales, siendo similar a los resultados obtenidos por De Souza et-al., donde se menciona que la función sexual se relaciona con otras necesidades biopsicosociales, espirituales e individuales, que al satisfacerse puede contribuir a una mejor función sexual, esto se contrapone a los resultados encontrados por Hernández-Soberón, et al., Sierra, et al., Nowosielski y Sidorowicz, en dónde se reportaron

problemas sexuales debido a la disminución de la actividad sexual, así como diversas situaciones que afectan negativamente el desarrollo de esta, como, por ejemplo, el no contar con una pareja, presentar algún tipo de discapacidad física, la falta de deseo y/o la obtención de un orgasmo^{19,27,28}.

La sexualidad juega un papel importante en la identidad del individuo y en las relaciones interpersonales, es una parte central del ser humano, presente a lo largo de su vida, la cual se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones^{5,6}. Es por ello que recomendamos realizar estudios futuros que abarquen variables como experiencia sexual, assertividad sexual, satisfacción sexual y educación sexual debido a que estas podrían dar una respuesta más clara a la conducta sexual en los diferentes grupos etarios, de igual manera se recomienda realizar la capacitación de dos personas (hombre y mujer) con edades similares a la población de estudio para fomentar una mayor confianza en los participantes.

El presente estudio tuvo ciertas limitaciones, dado que la recolección de datos se realizó en lugares públicos pudo haber cierta influencia en las respuestas de los participantes debido a la deseabilidad social; otra limitación es que, debido a las características de la muestra, los resultados no podrán generalizarse, es por ello que se recomienda seguir estudiando dicho fenómeno en poblaciones con características distintas.

Tabla 2. Características generales de la población de estudio

Características	f	%				
Sexo						
Hombre	124	50,24				
Mujer	123	49,76				
Estado civil						
Soltero	7	2,60				
Casado	198	80,20				
Viudo	15	6,15				
Unión libre	15	6,13				
Divorciado	12	4,92				
Escolaridad						
Sin estudios	1	0,42				
Preescolar	1	0,41				
Primaria	7	2,67				
Secundaria	35	14,27				
Preparatoria	68	27,51				
Carrera técnica	58	23,51				
Universidad	76	30,80				
Posgrado	1	0,41				
¿Ha tenido al menos una pareja sexual en los últimos 6 meses?						
Sí	247	100				
¿Padece alguna enfermedad crónico-degenerativa?						
Sí	130	52,60				
No	117	47,40				
¿Lleva algún tipo de control médico?						
Sí	130	52,60				
No	117	47,40				
Edad	M	Me	Moda	DE	Vm	VM
	58,15	58	56	6,61	45	74

n=247, f=Frecuencia, %=Porcentaje, M=Media, Me=Mediana, f=Frecuencia, %=Porcentaje, DE=Desviación estándar, vm=Valor mínimo, VM=Valor máximo.

Tabla 3. Estadística descriptiva de las variables de estudio

Escala	M	Me	DE	Vm	VM
Autoestima sexual	19,37	19	3	13	25
Comunicación Diádica Sexual	43,84	39	11,77	18	65
Función Sexual	3,16	3	0,88	0,53	4
Hombres	3,22	3,60	0,86	1	4
Mujeres	3,10	3	0,90	0,50	4

n=247, M=Media, Me=Mediana, DE=Desviación estándar, vm=Valor mínimo, VM=Valor máximo

Tabla 4. Correlación Rho de Spearman entre las variables del estudio

	1	2	3
Autoestima sexual	1		
Comunicación diádica sexual	0,12 0,06	1	
Función sexual	0,72** 0,00	0,26** 0,00	1

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5. Autoestima sexual y comunicación diádica sexual sobre función sexual

Modelo	Coeficientes no estandarizados			Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Error estándar	Beta			
1	(Constante)	-5,10	2,80		-1,82	0,07
	Autoestima sexual	0,96	0,09	0,66	10,19	0,00
	Comunicación diádica sexual	0,05	0,024	0,14	2,21	0,02

Beta= Valor de beta, p= Significancia.

Conclusiones

En conclusión, la mayoría de la población que participó en el estudio fueron hombres, el estado civil que más predominó fue el de casado, la mayoría de los participantes cuenta con una pareja formal, de igual manera se reportó la escolaridad universitaria como predominante, con respecto a las variables se obtuvo que la autoestima sexual y la comunicación diádica

sexual poseen una influencia positiva para el desarrollo adecuado de la función sexual en los adultos en etapa de prevejez y vejez.

Aprobación y consentimiento informado

El estudio se apegó por lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en México y fue aprobado por los Comités de Ética (FAENUS-CEI-ME-2023-18)

e Investigación (FAENUS-CI-ME-2023-27) de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Contribución de autoría

Conceptualización: Reyna Torres Obregón, Deyri Gongora-Alcocer.

Curación de datos: Marily Daniela Amaro Hinojosa, Isaí Arturo Medina Fernández.

Análisis formal: Reyna Torres Obregón, Josue Arturo Medina Fernández.

Investigación: Reyna Torres Obregón, Deyri Gongora-Alcocer, Isaí Arturo Medina Fernández, Marily Daniela Amaro Hinojosa.

Metodología: Reyna Torres Obregón, Deyri Gongora-Alcocer, Ana Laura Carrillo Cervantes, Josue Arturo Medina Fernández.

Administración del proyecto: Reyna Torres

Obregón, Deyri Gongora-Alcocer.

Redacción – revisión y edición: Deyri Gongora-Alcocer, Reyna Torres Obregón, Isaí Arturo Medina Fernández, Ana Laura Carrillo Cervantes, Josue Arturo Medina Fernández, Marily Daniela Amaro Hinojosa.

Conflictos de intereses

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses

Agradecimientos

Se agradece al participante del presente estudio.

Financiamiento

El presente artículo fue financiado por los autores.

Referencias

1. National Institutes of Health (NIH). Construir lazos sociales, conexiones que fomentan el bienestar. NIH News in Health [Internet]. 2018 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/construir-lazos-sociales>
2. National Institutes of Health (NIH). ¿Las relaciones sociales afectan nuestra salud?, explorar la biología de las relaciones. NIH News in Health [Internet]. 2017 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/las-relaciones-sociales-afectan-nuestra-salud>
3. Fernández-Abascal EG y Jiménez Sánchez MP. Psicología de la emoción. Madrid: Ediciones Pirámide [Internet]; [citado 10 Oct 2024] Disponible en: <https://www.ceresa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf>
4. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). La importancia de la amistad para el bienestar integral en la vejez [Internet]. 2018 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-importancia-de-la-amistad-para-el-bienestar-integral-en-la-vejez>
5. Hernández-Carrasco M, De la Fuente-Ballesteros, SL, García Granja N, Hidalgo Benito A, García-Álvarez I, Cano Pazos M. Características de la esfera sexual en pacientes adultos mayores. Semergen [Internet]. 2018 [citado 10 Oct 2024];44(8): 525-32. DOI: 10.1016/j.semerg.2018.09.007
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). La sexualidad [Internet] 2006 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: https://www.amsafelacapital.org.ar/2016/amsafe_va_a_la_escuela/esi/02-definicion_sexualidad.pdf
7. Can Valle AR, Sarabia Alcocer B, Guerrero Ceh JG. Factores psicológicos y socioculturales en la vida sexual de los adultos mayores. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet]. 2015 [citado 10 Oct 2024];18(3):920-33. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FactoresPsicologicosYSocioculturalesEnLaVidaSexual-5506389%20(1).pdf
8. National Institute of Aging (NIH). La sexualidad en la edad avanzada [Internet]. 2017 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/sexualidad/sexualidad-edad-avanzada>

9. Torres-Obregon R, Onofre-Rodríguez DJ, Sierra JC, Granados R, Garza-Elizondo ME, Benavides-Torres RA. Factores interpersonales como predictores de la autoestima sexual en mujeres del noreste de México. *Rev Int Androl* [Internet]. 2019 [citado 10 Oct 2024];17(2):55-59. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1698031X18300438>
10. Suárez Lugo N. Comunicación en estrategias de mercadeo social del condón masculino para la prevención del VIH/sida en Cuba. *Rev Comun Salud* [Internet]. 2014 [citado 10 Oct 2024];4: 69-83. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ComunicacionEnEstrategia sDeMercadeoSocialDelCondon-4956182%20(1).pdf
11. Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva en población adolescente y adulta en México, 2022. *Salud Pública México* [Internet]. 2023 [citado 10 Oct 2024];65 Suppl 1:S84-S95. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/14795>
12. Soler F, Gómez Lugo M, Espada JP, Morales A, Sierra JC, Marchal Bertrand L, Vallejo Medina P. Adaptation and validation of the brief sexuality scale in Colombian and Spanish populations. *Int J Psychol Psychol Ther* [Internet]. 2016 [citado 10 Oct 2024];16(2):161-74. Disponible en: <https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/sexuality-scale.pdf>
13. Martínez-Huertas J, Jastrzebska O. Adaptación Española de la Escala de comunicación diádica sexual. *Psicol Conduct* [Internet]. 2019 [citado 10 Oct 2024];27(2):421-45. Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/10/08.Martinez-Huertas-27-2oa.pdf>
14. Hernández-Soberón JC, Torres-Obregón R, Carrillo-Cervantes AL, Medina-Fernández IA, Sierra JC, Onofre-Rodríguez DJ. Propiedades psicométricas del Massachusetts General Hospital-Cuestionario de funcionamiento sexual en personas mayores. *Rev Int Androl* [Internet]. 2022 [citado 10 Oct 2024];20(2):66-73. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1698031X2200005X>
15. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. México: Secretaría de Salud [Internet]; 2014 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
16. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. México: Secretaría de Salud [Internet]; 2013 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
17. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Diario Oficial de la Federación: Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México: INAPAM [Internet]; 2012 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>
18. Secretaría de Salud. Recomendaciones para la población (COVID-19). México: Secretaría de Salud [Internet]; 2020 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/covid19-recomendaciones-para-la-poblacionrshad>
19. Hernández-Soberón JC, Torres-Obregón R, Esparza-González SC, Carrillo-Cervantes AL, Navarro-Oliva EI, Sierra JC. Función sexual y actividad física en personas mayores del noreste de México. *HAAJ* [Internet]. 2021 [citado 10 Oct 2024];3(1):567-76. Recuperado de <https://ojs.haaaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=567&path%5B%5D=428>
20. Narváez Montoya OL. Personas mayores y espacios públicos. Aguascalientes, Ags: Universidad Autónoma de Aguascalientes [Internet]; 2017 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: https://editorial.uaa.mx/docs/ve_personas_mayores_espacios_publicos.pdf
21. Instituto Nacional de las Mujeres. Las mujeres adultas mayores en México: entre el estereotipo de ser abuelas y el reto de hacer visible el trabajo de cuidados [Internet]. 2018 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-mujeres-adultas-mayores-en-mexico-entre-el-estereotipo-de-ser-abuelas-y-el-reto-de-hacer-visible-el-trabajo-de->

cuidados

22. Paredes Morales EB, Ñacato Ñato RS, Salas Sandoval JA. Inteligencia sexual en relación con la autoestima en los adultos. *Retos de la Ciencia* [Internet]. 2020 [citado 10 Oct 2024];4(1):324-40. Disponible en: <https://retosdelacienciaec.com/Revistas/index.php/retos/article/view/324>
23. Ramírez-Elizondo N, Jimenez-Alcocer KA, Guillén-Molla MJ. Satisfacción sexual y autoestima en la persona adulta mayor. *Sanus* [Internet]. 2016 [citado 10 Oct 2024];2(1):35-43. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/65>
24. Zayas Agüero PM. La comunicación interpersonal. San Salvador: Universidad Tecnológica de El Salvador [Internet]; 2016 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: https://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55772
25. Sotelo Macías A. Relación entre el tiempo de unión de la pareja, intimidad sexual y estilos de resolución de conflicto. *Rev CNEIP* [Internet]. 2019 [citado 10 Oct 2024];9(1):45-56. Disponible en: <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/45/36>
26. Sánchez-Asqui SG, Zavala-Pucha JM. Comunicación en pareja y satisfacción marital. [Tesis de Grado]. Riobamba, Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2020 [citado 10 Oct 2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7279/1/TESIS%20S%C3%A1nchez%20Asqui%20Sandy%20Grace%20Y%20Zabala%20Pucha%20Jamilex-PSC..pdf>
27. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Lameiras Fernández M. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Aten Primaria* [Internet]. 2012 [citado 10 Oct 2024];44(7):423-9. Disponible DOI: 10.1016/j.aprim.2012.02.004
28. Nowosielski K, Sidorowicz M. Sexual behaviors and function during menopausal transition—does menopausal hormonal therapy play a role? *Menopause* [Internet]. 2020 [citado 10 Oct 2024];27(3):345-50. Disponible DOI: 10.1097/GME.0000000000001693. PMID: 33350670.

Autoeficacia para usar condón, depresión y assertividad sexual en migrantes

Ruiz-Bugarin Cynthia Lizbeth

<https://orcid.org/0000-0001-8542-5072>
 Universidad Autónoma de Baja California,
 Facultad de Ciencias de la Salud, Li-
 cenciatura en Enfermería, Tijuana, Baja
 California, México
 Lizbeth.ruiz@uabc.edu.mx

Onofre-Rodríguez Dora Julia

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

Aranda-Ibarra Jesús Ramón

<https://orcid.org/0000-0003-0457-6026>
 Universidad Autónoma de Baja California,
 Facultad de Ciencias de la Salud, Li-
 cenciatura en Enfermería, Tijuana, Baja
 California, México.
 Jaranda36@uabc.edu.mx

Torres-Benavides Raquel Alicia

<https://orcid.org/0000-0001-5113-4250>
 Universidad Autónoma de Nuevo León,
 Facultad de Enfermería, Licenciatura
 en Enfermería, Monterrey, Nuevo León,
 México.
 rabenavi@gmail.com

Correspondencia:

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

Recibido: 27 de noviembre 2024

Aprobado para revisión: 07 de febrero
 2025

Aceptado para publicación: 23 de
 abril 2025

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7583>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
 Volumen 50, Número 2, Año 2025
 e-ISSN: 2737-6141
 Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: La investigación ha identificado ciertos factores clave en la sexualidad humana que pueden prevenir problemas de salud, como la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. Entre estos factores protectores se encuentran la autoeficacia para usar condón y assertividad sexual. Sin embargo, también se reconoce la existencia de factores que fomentan conductas sexuales de riesgo y que impactan negativamente en el bienestar emocional y mental, influyendo a su vez en la salud general, como la depresión sexual.

Objetivo: Determinar la relación entre autoeficacia para usar condón, depresión sexual y assertividad sexual en migrantes.

Material y métodos: Se trata de un estudio correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 249 personas que migran, que fueron seleccionados entre la población de migrantes mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia, en diferentes centros de asistencia social para migrantes. Se utilizaron tres instrumentos para la medición de las variables. Se empleó el Software Statistical Package for the Social Sciences versión 20 para almacenar y analizar los datos. Para conocer las características de los participantes se empleó estadística descriptiva y r-Spearman para determinar la relación entre las variables.

Resultados: El 85,40% eran hombres, provenientes en su mayoría de México (84,70%). Se encontró relación entre la autoeficacia para el uso del condón con la depresión sexual y assertividad sexual, sin embargo, no se encontró relación entre la autoeficacia para usar condón con las dimensiones del assertividad sexual.

Discusión: Los resultados obtenidos difieren de algunos estudios sobre assertividad sexual debido a diversos factores considerando la población de estudio.

Conclusión: La autoeficacia para usar condón incrementa el assertividad sexual. La depresión sexual disminuye el assertividad sexual.

Palabras clave: autoeficacia; assertividad; migrantes

Self-efficacy to use condoms, depression and sexual assertiveness in migrants

Abstract

Introduction: Research has identified certain key factors in human sexuality that can prevent health problems, such as HIV infection. Among these protective factors are self-efficacy to use condoms and sexual assertiveness. However, the existence of factors that promote risky sexual behaviors and that negatively impact emotional and mental well-being, in turn influencing general health, such as sexual depression, are also recognized.

Objective: Determine the relationship between self-efficacy to use condoms, sexual depression and sexual assertiveness in migrants.

Material and methods: This is a correlational, cross-sectional study . The sample was made up of 249 people who migrate, who were selected from the population of migrants through non-probabilistic sampling, for convenience, in different social assistance centers for migrants. Three instruments were used to measure the variables. The Software Statistical Package for the Social Sciences version 20 was used to store and analyze the data. To know the characteristics of the participants, descriptive statistics and r-Spearman were used to determine the relationship between the variables.

Results: 85.40% were men, mostly from Mexico (84.70%). A relationship was found between self-efficacy for condom use with sexual depression and sexual assertiveness, however no relationship was found between self-efficacy for condom use with the dimensions of sexual assertiveness.

Discussion: The results obtained differ from some studies on sexual assertiveness due to various factors considering the study population.

Conclusion: Self-efficacy to use condom increases sexual assertiveness. Sexual depression decreases sexual assertiveness.

Key words: self-efficacy; assertiveness; migrants

Cómo citar este artículo: Ruiz-Bugarin CL, Onofre-Rodríguez DJ, Aranda-Ibarra JR, Torres-Benavides RA. Autoeficacia para usar condón, depresión y assertividad sexual en migrantes. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2):25-32. Disponible en: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7583>



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

Introducción

La prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), genera una crisis de salud pública, impactando significativamente la calidad de vida de los afectados y sobrecargando los sistemas sanitarios. De acuerdo a los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud en el 2023, se estima que a nivel mundial existían 39,9 millones de personas que viven con VIH¹. Las poblaciones migrantes son particularmente vulnerables a la infección por el VIH debido a las condiciones que se producen en el proceso migratorio, desde su lugar de origen, traslado y lugar de destino; los flujos migratorios pueden facilitar la transmisión del VIH al incrementar el número de contactos sexuales y al dificultar el acceso a la prevención y al tratamiento²; además, la combinación de factores de riesgo, como el consumo de drogas, las prácticas sexuales de riesgo y las condiciones de vida precarias, aumenta significativamente el riesgo de adquirir el VIH^{3,4}. Lo anterior propicia conductas sexuales de riesgo en esta población, limitando su capacidad para ejercer su sexualidad de manera segura y consciente, por ende ser sexualmente asertivos.

En este sentido, la revisión de la literatura identifica factores protectores que se consideran importantes en el ámbito de la sexualidad humana y que pueden evitar la adquisición de graves problemas de salud, como el VIH; estos factores pueden ser la autoeficacia para usar condón y la asertividad sexual^{5,6}, aunque también, reconoce otro elemento que propicia conductas sexuales de riesgo y afecta el estado emocional y mental, lo que a su vez incide en la salud y en comportamientos relacionados con ella, como la depresión sexual^{5,6}. La falta de asertividad sexual, común en quienes tienen dificultades para usar condones, puede impedir la adopción de conductas preventivas como el uso consistente de preservativos^{7,8}.

El proceso migratorio genera una gran presión en las personas, quienes se enfrentan a diversas dificultades que pueden llevar a síntomas depresivos, incluyendo aquellos relacionados con la sexualidad⁹. Con respecto al asertividad sexual, la literatura confirma que es un componente esencial de la sexualidad humana, pues se encuentra profundamente relacionada con múltiples factores de la respuesta sexual humana. Aunado a lo anterior, se considera un elemento clave en la prevención de conductas sexuales de riesgo, y un pilar en la prevención del VIH/SIDA⁶.

Con base en el modelo de conducta sexual asertiva en migrantes el cual pretende explicar cómo las personas que migran interaccionan con el entorno, haciendo hincapié en las características personales del individuo, conocimientos, creencias y aspectos situacionales que están relacionados con la conducta sexual asertiva¹⁰, el objetivo de este estudio es determinar la relación de la autoeficacia para usar condón, depresión sexual y asertividad en migrantes.

Material y métodos

El presente estudio tuvo un diseño correlacional, transversal. El estudio se realizó en los centros de asistencia social y albergues para migrantes en la ciudad de Tijuana, Baja California, desde octubre del 2020 a febrero del 2021, bajo estándares de seguridad propuestos por la Organización Mundial de la Salud. Los participantes respondieron a cuestionarios que evaluaban las variables de autoeficacia para usar condón, depresión y asertividad sexual.

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: 1) hombres y mujeres migrantes mayores de edad que se encontraban en casas y/o refugios de asistencia social para migrantes, en la ciudad de Tijuana, 2) con inicio de vida sexual, y 3) viajan sin pareja. Para garantizar la validez de los resultados, se decidió excluir a las personas que estaban bajo los efectos de alcohol o drogas, ya que

estas sustancias pueden alterar la percepción y el comportamiento. Se determinó el tamaño de la muestra utilizando el software nQuery Advisor®. Considerando un coeficiente de determinación de 0,09, significancia del 0,05 y una potencia estadística del 90%, se calculó una muestra de 249 participantes. La selección de los participantes se realizó con un muestreo por conveniencia, no probabilístico. Es importante mencionar que los instrumentos que se encontraron incompletos fueron eliminados, incluyendo los instrumentos que reportaban vivir con el VIH.

Instrumentos y materiales

Cuestionario sociodemográfico: se solicitaron los siguientes datos: sexo, edad, inicio de vida sexual activa, escolaridad, estado civil, nacionalidad, y preguntas filtros para saber si el participante contaba con los criterios de elegibilidad (con quien viaja, si tenía diagnóstico de VIH).

Escala de autoeficacia percibida para el uso del condón¹¹: está conformada por 14 ítems, cuyas opciones de respuestas son de tipo Likert van desde 1 = muy inseguro hasta 5 = muy seguro. Las puntuaciones totales se encuentran entre 14 y 70 puntos. Mayores puntajes indican mayores niveles de autoeficacia para usar condón. Se trata de una escala autoadministrada, literatura reciente reporta un $\alpha = 0,85$ ¹². Este estudio reporta una consistencia interna de 0,92.

Subescala de depresión sexual, extraída de la escala de sexualidad¹³, validada en español¹⁴. Contiene 5 reactivos, con opciones de respuestas de tipo Likert que van desde 1 = En total desacuerdo hasta 5 = Totalmente de acuerdo. Se requiere invertir las puntuaciones de los ítems 1 y 5. Las puntuaciones totales se encuentran entre 5 y 25 puntos. Mayores puntajes indican mayor depresión sexual. En este estudio tuvo una consistencia interna de $\alpha = 0,70$.

Escala de asertividad sexual, se empleó la versión validada en español¹⁵. Esta escala cuenta con 18 ítems, las opciones de

respuesta tipo Likert, que van desde nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2), casi siempre (3), siempre (4). Se reporta una consistencia interna de 0,86.

Procedimiento

El estudio contó con la aprobación del Comité de Investigación y Ética en investigación, y se llevó a cabo de acuerdo con la normativa vigente¹⁶, fue registrado con el número FAEN-D-1580. Se solicitó la autorización para la recolección de los datos, así como de un espacio asignado por las autoridades de los centros de asistencia social. Además, se extendió una invitación a los participantes para formar parte de un estudio sobre la sexualidad en la población migrante, garantizando en todo momento el anonimato de sus respuestas. Previo a su participación, los sujetos de estudio fueron evaluados para confirmar que reunieran los requisitos establecidos. Adicionalmente, se implementaron protocolos de bioseguridad, incluyendo la medición de temperatura corporal y la entrega de insumos de higiene, como gel antibacterial y cubrebocas. Una vez explicado el estudio y sus implicaciones, se obtuvo la firma del consentimiento informado de cada participante, asegurando la confidencialidad de sus respuestas. Los instrumentos de medición fueron entregados en sobres individuales, junto con los útiles necesarios. Como muestra de agradecimiento por su colaboración, se otorgó una remuneración económica y se ofreció la posibilidad de adquirir un kit de higiene personal.

Se empleó el Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20 para almacenar y analizar los datos. Los datos no presentaron una distribución normal, de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors. Con el objetivo de garantizar la calidad de los datos, y evitar sesgos en los resultados, se eliminaron los instrumentos que no contaban con todos los datos requeridos. Para conocer las características de los participantes se empleó estadística descriptiva y r-Spearman para determinar la relación entre las variables.

Resultados

Este estudio contó con la participación de 249 personas que se encontraron en centros de asistencia social para migrantes en la ciudad de Tijuana, Baja California, de los cuales el 85,50% eran hombres y 14,50% mujeres. En la tabla 1, se muestran los datos que describen el perfil sociodemográfico de los participantes, quienes tienen una media de edad fue de 42,87 años ($DE= 9,98$). En cuanto al inicio de vida sexual (IVSA), se encontró una media de 15,46 ($DE= 3,27$ años). El promedio de años de estudio fue de 8,72 ($DE= 2,90$), donde el nivel de escolaridad que predominó fue secundaria terminada con un 26,50%. El 58,20% de los participantes mencionaron ser solteros. Por otro lado, el 84,70% menciona ser de diferentes estados de México (Tabla 1).

La depresión sexual obtuvo una media de 8,45 ($DE= 2,91$), la cual se encuentra por debajo del punto medio (15), lo que significa que la mayoría de los participantes no presentan sentimientos de tristeza sobre su capacidad para relacionarse sexualmente con otro individuo. Se realizó una categorización con base en la media teórica, donde los participantes que obtuvieron puntuaciones menores a 15 se consideraron sin datos de depresión sexual, mientras que los que obtuvieron puntuaciones mayores a 15 se consideraron con datos de depresión sexual. Con lo anterior, se obtuvo que únicamente el 8% de los participantes presentaron depresión sexual.

En cuanto a la autoeficacia para usar condón, los resultados mostraron un promedio de 54,15 ($DE=13,70$), por encima del punto medio de la escala, lo cual sugiere que, los participantes del estudio se perciben capaces o confiados en sus habilidades para usar el condón. Se realizó una categorización con base en la media teórica, donde las puntuaciones mayores de 42 se consideraron con autoeficacia para usar condón. Se encontró que el 83,10% tuvieron mayores puntuaciones de autoeficacia para usar condón.

Con respecto al asertividad sexual, se obtuvo una media de 41,10 ($DE=7,80$), la cual se

encuentra por encima de la media teórica, lo que sugiere que los participantes tienen mayores puntuaciones de asertividad sexual (81,10%).

Para dar respuesta al objetivo planteado, se realizó un análisis de correlación con Spearman, en la tabla 2 se exponen los resultados de las correlaciones entre depresión sexual, autoeficacia para usar condón, y asertividad sexual, esta última se encuentra analizada con sus dimensiones asertividad se inició, rechazo y uso del condón. Se encontró que la depresión sexual tiene una correlación negativa y baja con autoeficacia para usar condón ($r = -0,17$, $p < 0,01$), de esta misma manera se encontró relación entre la depresión sexual con asertividad de inicio ($r= -0,29$, $p < 0,01$) y asertividad en el uso de condón ($r=-0,19$, $p < 0,01$). Por otro lado, se obtuvo una relación media con asertividad de rechazo ($r= -0,42$, $p < 0,01$) y asertividad sexual global ($r= -0,43$, $p < 0,01$).

En el caso de la autoeficacia para usar condón, se encontró relación positiva y baja con asertividad sexual ($r= 0,14$, $p < 0,05$) y con la dimensión de rechazo ($r= 0,19$, $p < 0,01$). Sin embargo, no se encontró relación con las dimensiones de inicio y de uso de condón.

Discusión

El presente estudio permitió determinar la relación entre la depresión sexual, autoeficacia para el uso del condón y asertividad sexual en migrantes, siguiendo las relaciones del modelo de conducta sexual asertiva en migrantes.

Al igual que en estudios realizados en poblaciones españolas y colombianas, los resultados obtenidos muestran una relación negativa entre la depresión sexual y la asertividad sexual, similares en la dirección y fuerza de la relación, incluidas las dimensiones de la escala de asertividad sexual^{14,17}. Los datos obtenidos con respecto a la autoeficacia para usar condón concuerdan con otros estudios donde se reportaron asociaciones positivas con asertividad sexual^{18,19}. En contraste con un estudio realizado únicamente en mujeres, la relación entre asertividad sexual y autoeficacia para usar condón fue mayor en ese estudio²⁰.

Tabla 1. Datos descriptivos de los participantes del estudio

Variable	\bar{x}	DE
Edad	42,87	9,98
Inicio de vida sexual activa	15,46	3,27
Años de estudio	8,72	2,90
Género	f	%
Hombres	213	85,50
Mujeres	36	14,50
Estado civil		
Soltero	145	58,20
Casado	38	15,30
Unión libre	36	14,50
Divorciado	19	7,60
Viudo	11	4,40

Tabla 2. Correlación entre las variables de estudio.

	1	2	3	4	5	6
1. Depresión sexual	1	-0,17**	-0,29**	-0,42**	-0,19**	-0,43**
2. AUC		1	0,07	0,14*	0,11	0,19**
3. Inicio ^a			1	0,27**	0,13*	0,68**
4. Rechazo ^a				1	0,21**	0,66**
5. Uso del condón ^a					1	0,63**
6. AS						1

n= 249 participantes, * p< 0,05, ** p< 0,01; a= dimensiones de la escala de asertividad sexual, AUC= Autoeficacia para usar condón, AS= asertividad sexual

Esto puede deberse a que en el presente estudio el porcentaje mayor de la muestra fueron hombres.

Con respecto a las características de la población, en estudios similares^{18,19} las poblaciones corresponden a jóvenes universitarios, por lo que la relación entre la autoeficacia para usar condón y la asertividad sexual es mayor en ellos; es probable que esto se deba a otros factores como la escolaridad, el acceso a servicios de salud, entre otros.

Los hallazgos de esta investigación sirven como base para diseñar, poner en marcha y medir el impacto de programas de enfermería que promuevan la comunicación asertiva sobre sexualidad entre migrantes, con el objetivo de disminuir conductas sexuales riesgosas y enfermedades de transmisión sexual. Es crucial reconocer que los migrantes presentan una gran diversidad sociocultural, incluyendo diferencias generacionales y niveles educativos, por lo que, al diseñar programas de prevención, es necesario considerar estas

variables para garantizar que los mensajes sean claros, accesibles y relevantes para todos los participantes, especialmente para aquellos con menor nivel de escolaridad.

Este estudio presenta algunas limitaciones metodológicas, en las que se identificaron las siguientes: el tipo de muestreo no probabilístico, el cual se realizó debido a las restricciones impuestas por los centros de asistencia social para migrantes, esto debido a la situación de salud a nivel internacional. Por lo tanto, se considera que no es posible la generalización de los resultados. Además de lo anterior, se considera como limitación la diferencia por sexo, ya que predominó el sexo masculino, esto puede sesgar la interpretación de los resultados con respecto a la conducta sexual en mujeres migrantes. Una limitación adicional fue que los instrumentos fueron auto administrados bajo la observación del equipo de recolección, lo cual pudo influir en las respuestas de los participantes.

La escasez de información sobre este tema en la población seleccionada es una limitación que, a su vez, indica la necesidad de más investigación. Sugerimos expandir el estudio a poblaciones migrantes en las fronteras para realizar comparaciones entre distintos contextos y grupos.

Conclusión

En el presente estudio de investigación fue posible responder al objetivo planteado ya que los datos obtenidos permiten concluir que la población estudiada está conformada principalmente por individuos que iniciaron su vida sexual a una edad temprana y que actualmente se encuentran en una etapa adulta, siendo solteros y con un nivel educativo de secundaria. Estos individuos están siendo atendidos en centros de asistencia social para migrantes en la ciudad de Tijuana.

Se alcanzó a determinar la relación entre las variables planteadas, en el caso de la autoeficacia para usar condón, se encontró relación negativa con la depresión sexual;

esto sugiere que, a mayores puntajes de autoeficacia para usar condón, menores puntajes de depresión sexual en migrantes. En este mismo sentido, se determinó que existe una relación positiva con asertividad sexual, lo que sugiere que, a mayores puntuaciones de autoeficacia para usar condón, mayores puntuaciones con asertividad sexual en migrantes, sin embargo, es importante resaltar que, aunque la autoeficacia para usar condón involucra la negociación de uso, en este caso, no se encontró relación con la dimensión de asertividad en el uso del condón.

En el caso de la depresión sexual, se encontró relación con autoeficacia la cual fue mencionada anteriormente, y también se encontró relación negativa con asertividad sexual y todas sus dimensiones, lo que sugiere que, a menores puntajes de depresión sexual, mayores puntajes de asertividad sexual en migrantes.

La enfermería, como disciplina de la salud, tiene un papel clave en la investigación y desarrollo de intervenciones para prevenir comportamientos sexuales de riesgo en diferentes grupos poblacionales, incluyendo aquellos considerados vulnerables como los migrantes. Este estudio contribuye en dar a conocer la relación entre las variables autoeficacia para usar condón, depresión sexual y asertividad sexual, con base en estos estudios se puede proponer algunas intervenciones para mejorar el cuidado de la salud y promover conductas más seguras.

Aprobación y consentimiento informado

Este estudio se fundamentó en lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud vigente en México. Además, fue aprobado por los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-D-1580).

Contribución de autoría

Conceptualización: Cynthia Lizbeth Ruiz-Bugarín, Dora Julia Onofre-Rodríguez

Curación de datos: Raquel Alicia Benavidez-Torres, Jesús Ramón Aranda-Ibarra

Metodología: Raquel Alicia Benavidez-Torres, Cynthia Lizbeth Ruiz-Bugarin, Dora Julia Onofre-Rodríguez, Jesús Ramón Aranda-Ibarra

Validación: Cynthia Lizbeth Ruiz-Bugarin, Dora Julia Onofre-Rodríguez

Redacción – revisión y edición: Raquel Alicia Benavidez-Torres, Cynthia Lizbeth Ruiz-Bugarin, Dora Julia Onofre-Rodríguez, Jesús Ramón Aranda-Ibarra

Conflictos de intereses

Los autores de este manuscrito declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por sus autores.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). 10 Datos sobre el VIH/sida [Internet]. Geneva: WHO; 2024 Jul 22 [cited 2024 May 27]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids>
2. Leyva-Flores R, Aracena-Genao B, Serván-Mori E. Movilidad poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México. Rev Panam Salud Pública. [Internet] 2014 [cited 2024 May 27];36(3):143–9. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9903?locale-attribute=es>
3. Ruiz-Bugarin CL, López-Sánchez U, Aranda-Ibarra JR, Hernández-Vergara CI, Caro-Jocelyn J, Sánchez-Rojas MA, Cruz-González AA. Condom use and drug consumption in migrants: a systematic review. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2023 [cited 2024 sep 14];57(spe):e20230032. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0032en>
4. Yáñez-Álvarez I, Sánchez-Alemán MA, Conde-González CJ. Efecto de la migración y del comportamiento sexual en la incidencia del VIH-SIDA entre migrantes mexicanos. Enf Inf Microbiol. 2011;31(3):98-104.
5. Ruiz-Bugarin CL, Onofre-Rodríguez DJ, Servin A. Factores relacionados con asertividad sexual en adultos: una revisión sistemática. PortalesMedicos.com. [Internet] 2021 [cited 2024 Jun 23];16(7):303. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-relacionados-con-asertividad-sexual-en-adultos-una-revision-sistematica/>
6. Santos-Iglesias P, Sierra JC. El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. Int J Clin Health Psychol. 2010;10(3):553-77. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33714079010.pdf>
7. Lameiras-Fernández M, Núñez-Mangana AM, Rodríguez-Castro Y, Bretón-López J, Agudelo D. Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. Int J Clin Health Psychol. 2007;7(1):207-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770114>
8. Ballester R, Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, Giménez-García C. Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. Anales de Psicología [Internet]. 2013 [citado 22 sep 2024];29(1):76-82. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.1.124601>
9. Achotegui J. La depresión en los inmigrantes extracomunitarios: características del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Rev Clin Esp. 2003;203(3):1-9.
10. Ruiz-Bugarin CL, Onofre-Rodríguez DJ. Subestructuración teórica: Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes. Index Enferm [Internet]. 2021 [cited 24 Ago 2024];30(1-2):85-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100019

11. Thato S, Hanna KM, Rodcumdee B. Translation and validation of the condom self-efficacy scale with Thai adolescents and young adults. *J Nurs Scholarsh.* 2005;37(1):36-40. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00012.x. PMID: 15813585.
12. Sousa CSP, Castro RCMB, Pinheiro AKB, Moura ERF, Almeida PC, Aquino PS. Cross-cultural adaptation and validation of the Condom Self-Efficacy Scale: application to Brazilian adolescents and young adults. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;25:e2991. doi: 10.1590/1518-8345.1062.2991. PMID: 29319748; PMCID: PMC5768214.
13. Snell WE Jr, Panini DR. The sexuality scale: an instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *J Sex Res.* 1989;26(2):256-63. doi: 10.1080/00224498909551510.
14. Soler F, Gómez Lugo M, Espada JP, Morales A, Sierra JC, Marchal Bertrand L, et al. Adaptation and Validation of the Brief Sexuality Scale in Colombian and Spanish Populations. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2016;16(3):343-56.
15. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P. Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *An Psicol.* 2011;27(1):17-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16717018003.pdf>
16. Secretaría de Salud (México). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud: Diario Oficial de la Federación; [Internet] 1987 Ene 6 [última reforma 2014 Abr 2; citado 30 oct 2024]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
17. Vallejo-Medina P, Marchal-Bertrand L, Gómez-Lugo M, Espada JP, Sierra JC, Soler F, et al. Adaptation and Validation of the Brief Sexual Opinion Survey (SOS) in a Colombian Sample and Factorial Equivalence with the Spanish Version. *PLoS One.* 2016 Sep 14;11(9):e0162531. doi: 10.1371/journal.pone.0162531. PMID: 27627114; PMCID: PMC5023103.
18. Osorio Leyva A, Álvarez Aguirre A, Hernández Rodríguez VM, Sánchez Perales M, Muñoz Alonso L del R. Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *RIDE* [Internet]. 2017 [citado 11 Nov 2024];7(14):1-14. Disponible en: <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/264>
19. Uribe-Alvarado JI, Bahamón MJ, Reyes-Ruiz L, Trejos-Herrera A, Alarcón-Vásquez Y. Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica sexual protegida en jóvenes colombianos. *Act Colom Psicol.* 2017;20(1):203-11. doi: 10.14718/ACP.2017.20.1.10.
20. Curtin N, Ward LM, Merriwether A, Caruthers A. Femininity Ideology and Sexual Health in Young Women: A focus on Sexual Knowledge, Embodiment, and Agency. *Int J Sexual Health.* 2011;23(1):48-62. doi: 10.1080/19317611.2010.524694.

Machismo sexual y sexo seguro en hombres residentes de Tijuana, México

López-Sánchez Ulises

<https://orcid.org/0000-0003-1339-3141>
Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, Tijuana, México
ulises.lopez45@uabc.edu.mx

Ruiz-Bugarín Cynthia Lizbeth

<https://orcid.org/0000-0001-8542-5072>
Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, Tijuana, México
lizbeth.ruiz@uabc.edu.mx

Aranda-Ibarra Jesús Ramón

<https://orcid.org/0000-0003-0457-6026>
Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, Tijuana, México
jaranda36@uabc.edu.mx

Hernández-Vergara Carmen Ivette

<https://orcid.org/0000-0002-7628-1908>
Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, Tijuana, México
ivette.hernandez90@uabc.edu.mx

Cruz-González Anzony Arturo

<http://orcid.org/0000-0003-2742-8587>
Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, Tijuana, México
anzony.cruz@uabc.edu.mx

Correspondencia:

Ulises López Sánchez
ulises.lopez45@uabc.edu.mx

Recibido: 26 de noviembre 2024

Aprobado para revisión: 10 de diciembre 2024

Aceptado para publicación: 30 de abril 2025

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7557>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 50, Número 2, Año 2025
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: El machismo sexual es un término de interés en el contexto latinoamericano, se considera un factor de riesgo para la salud de los hombres y mujeres, al respecto, puede estar relacionado con la adopción prácticas sexuales de riesgo, impactando directa e indirectamente en la salud sexual y reproductiva.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el machismo sexual y el sexo seguro en hombres residentes de Tijuana, México.

Material y métodos: Estudio con diseño transversal, descriptivo y de correlación. La muestra estuvo constituida por 310 hombres residentes de Tijuana, México. Se llevó a cabo el muestreo mixto online. Se consideró como criterio de inclusión, tener 18 años o más y haber tenido relaciones sexuales en el último año. Para la recolección de datos, se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, la Escala de Machismo Sexual (EMS-12) y las subescalas uso del condón y sexo seguro. Se aplicó estadística descriptiva y analítica.

Resultados: Se encontró relación entre el machismo sexual y sexo seguro en los hombres residentes de Tijuana, México.

Discusión: El machismo sexual está correlacionado con el sexo seguro en este grupo de hombres, este hallazgo sugiere que a mayor machismo sexual menor es el sexo seguro. Este dato concuerda con lo reportado en diversos estudios reportados en la literatura. Conclusiones: Los hallazgos sugieren que mientras más sea el machismo sexual, menor será el sexo seguro.

Palabras clave: masculinidad; sexo seguro; conducta sexual; hombres.

Sexual machismo and safe sex in men residents of Tijuana, Mexico

Abstract

Introduction: Sexual machismo is a term of interest in the Latin American context. It is considered a risk factor for the health of men and women. In this regard, it may be related to the adoption of risky sexual practices, directly and indirectly impacting sexual and reproductive health.

Objective: to determine the relationship between sexual machismo and safe sex in men living in Tijuana, Mexico.

Material and methods: A study with a cross-sectional, descriptive and correlational design. The sample consisted of 310 men living in Tijuana, Mexico. Mixed online sampling was carried out. The inclusion criteria were being 18 years of age or older and having had sexual relations in the last year. For data collection, a sociodemographic data sheet, the Sexual Machismo Scale (EMS-12) and the condom use and safe sex subscales were applied. Descriptive and analytical statistics were applied.

Results: A relationship was found between sexual machismo and safe sex in men living in Tijuana, Mexico.

Discussion: Sexual machismo is correlated with safe sex in this group of men, this finding suggests that the greater the sexual machismo, the lower the safe sex. This data is consistent with that reported in various studies reported in the literature.

Conclusions: The findings suggest that the more sexual machismo there is, the less safe sex there will be.

Keywords: masculinity; safe sex; sexual behavior; men

Cómo citar este artículo: López-Sánchez U, Ruiz-Bugarín CL, Aranda-Ibarra JR, Hernández-Vergara CI, Cruz-González AA. Machismo sexual y sexo seguro en hombres residentes de Tijuana, México. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2): 33-43. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7557>



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

Introducción

El machismo es un problema de salud pública en Latinoamérica, es un concepto de importancia por ser considerado un factor sociocultural de riesgo hacia la salud de hombres y mujeres¹. Tiene diversas definiciones y consiste en una visión “androcéntrica” en donde se divide a hombres y mujeres según los roles que cumplen en diversos ámbitos de la vida pública y/o privada. Este concepto, tiene que ver con un conjunto de creencias, actitudes y conductas negativas (donde se incluye: agresión física, psicológica o emocional) que representan la superioridad del hombre sobre la mujer en áreas importantes para la sociedad, además, se ha observado que se lo percibe como un “regulador” del comportamiento de las mujeres^{2,3}.

Por otro lado, el machismo sexual es un constructo que surge del comportamiento machista, constituye la creencia de superioridad del hombre sobre la mujer en ámbitos de la salud sexual y reproductiva, fomentando conductas negativas como la violencia de género y conductas sexuales de riesgo para contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)^{4,5}. En este orden de ideas, el machismo sexual podría estar influyendo negativamente en la adopción de conductas sexuales seguras, como el uso del condón, sin embargo, se ha identificado poca o nula literatura sobre la relación que existe entre el machismo sexual y el sexo seguro, considerando este último como un factor protector de las ITS y el VIH⁶.

Algunos autores reportaron que las personas que siguen una actitud masculina tienen más posibilidad de tener un mayor número de parejas sexuales, un menor uso consistente del condón, una menor creencia de responsabilidad del hombre en relación con la prevención del embarazo; así mismo, identificaron que el machismo está asociado con el incremento de los embarazos no deseados y con una mayor posibilidad de transmisión de ITS y el VIH⁷⁻⁹.

Al respecto, el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública a nivel global, se estima que a finales de 2023 había 39,9 millones de personas viviendo con este virus. Así mismo, en ese año 630 000 personas murieron por causas relacionadas con el VIH, además, hubo aproximadamente 1,3 millones de nuevas infecciones³. En México el panorama epidemiológico del VIH muestra datos alarmantes, tan solo en el año 2023 se diagnosticaron 17 739 casos y para el segundo trimestre de 2024, se registraron 9 502 casos nuevos, de los cuales, el 84,4% (8 020 casos) son hombres¹⁰. Respecto a Baja California, el estado representa el 4,10% de los casos diagnosticados a nivel nacional, de los cuales, 12 401 son hombres y 3 243 mujeres¹⁰.

De acuerdo con el sistema de vigilancia epidemiológica del VIH en México, la población con mayor proporción del VIH son los hombres, con una prevalencia del 84,30%¹⁰. Es así que se ha identificado que existen diversos factores que propician o aumentan la probabilidad de infecciones por VIH, uno de los más importantes es el comportamiento sexual de riesgo¹¹. En este sentido, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) promueve esfuerzos combinados para la prevención del VIH, por un lado, el uso de la profilaxis previa a la exposición y, por otro lado, el sexo seguro, que incluye el uso del condón⁷. A pesar de los esfuerzos, existen factores que interfieren en la práctica sexual segura, dentro de los factores sociales y contextuales, el machismo sexual es un tema de interés, dado que este fenómeno podría estar inhibiendo la capacidad de practicar sexo seguro^{6,7}.

Dado que la prevalencia del VIH en hombres de México ha ido en aumento, resulta importante indagar sobre el comportamiento de esta población, específicamente la conducta sexual y como puede influir el contexto en donde se desenvuelven, por ello, el objetivo del presente estudio fue determinar la relación que existe entre el machismo sexual y el sexo seguro en hombres residentes de Tijuana, México.

Material y métodos

Diseño de estudio transversal, descriptivo y correlacional¹². La población de interés estuvo conformada por hombres residentes de Tijuana Baja California, México, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: vivir en la ciudad de Tijuana de Baja California, tener 18 años o más y haber tenido relaciones sexuales (sexo anal, oral o vaginal) en los últimos tres meses. Se eliminaron del análisis aquellos hombres que reportaron el trabajo sexual como ocupación, quienes seleccionaron “VIH positivo” como su estado serológico, además, de las encuestas incompletas. El tamaño de la muestra fue de 310 participantes, se estimó mediante el paquete estadístico n’Query Advisor en su versión en línea, se tomó en cuenta un nivel de significancia de 0,05, un Coeficiente de correlación de 0,10 y una potencia de prueba del 80%. El muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico a través del muestreo mixto online¹³.

Se utilizó una cédula de datos personales y de sexualidad en donde se obtuvo datos como la edad, estado civil, orientación sexual, número de parejas sexuales en los últimos 12 meses; así mismo, se incluyeron preguntas filtro para corroborar que se cumplieran con los criterios de inclusión y eliminación.

Para evaluar el machismo sexual se utilizó la Escala de Machismo Sexual⁸; la cual es un cuestionario de 12 preguntas con 5 opciones de respuestas, en una escala Likert, que van de “Totalmente en desacuerdo” (1) a “Totalmente de acuerdo” (5), la puntuación mínima alcanzada es de 12 y la máxima de 60, puntajes más altos indican mayor machismo sexual. Para medir el sexo seguro, se utilizó las subescalas uso del condón y sexo seguro del cuestionario de conducta sexual segura¹⁴. Estas subescalas forman en total 16 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert que van desde “Nunca” (1) a “Siempre” (4). El puntaje mínimo alcanzado es de 16 y el máximo de 64, a manera que, a mayor puntuación, mayor sexo seguro. Ambas escalas han sido aplicadas en México, presentando

confiabilidad Alpha de Cronbach que oscilan entre 0,70 y 0,91^{4,6,8,9,15}.

Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Investigación y Ética en Investigación del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Baja California, y registrado en la Universidad Autónoma de Baja California, se llevó a cabo la recolección de los datos entre los meses de diciembre de 2023 y julio de 2024. Tomando en cuenta el muestreo mixto online se procedió a realizar una encuesta en línea con apoyo de la plataforma QuestionPro®, la cual es una herramienta para crear cuestionarios y distribuirlos. Una vez lista la encuesta en línea, se creó un Flyer con una breve descripción del proyecto y la invitación a participar en el estudio, además, contenía un código QR con el enlace que redireccionaba al consentimiento informado y posteriormente al inicio de la encuesta. Se distribuyeron las invitaciones en sitios web de Internet, WhatsApp, grupos y páginas de Facebook e Instagram. La invitación consistió en la divulgación del Flyer haciendo hincapié en la confidencialidad, anonimato y que podían abandonar la encuesta en el momento que ellos decidieran. Además, se proporcionaron los datos de contacto del investigador principal para cualquier duda o pregunta al respecto. Cabe mencionar que, se obtuvo el consentimiento de los participantes del estudio, al hacer clic en el botón “iniciar encuesta” aceptaban participar en el estudio.

Posteriormente, se realizó la captura de los datos en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22, seguido del análisis estadístico establecido. Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva considerando el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Se determinó la confiabilidad interna de los instrumentos mediante el coeficiente de alfa de Cronbach¹⁵. Así mismo, se procesaron las variables continuas para determinar la distribución de los datos, haciendo uso de la prueba Kolmogorov Smirnov

con corrección de Lilliefors, y con base a los resultados se aplicó estadística paramétrica, a través del coeficiente de correlación r de Pearson^{16,17}.

El presente trabajo se apegó con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en México¹⁸.

Resultados

Se identificó que la edad de los participantes (n= 310) osciló entre los 18 y 72 años con un promedio de 24,40 años (DE= 7,60). Respecto a los datos sociodemográficos se observó que la mayoría estaban solteros con un 73,50%, el nivel máximo de estudios que predominó fue bachillerato con un 52,90% y la ocupación con mayor proporción fue la de empleado, con un 48,70% (Tabla 1).

En la tabla 2 se pueden identificar los datos relacionados con la sexualidad, donde se observa que la mayoría (88,10%) se identificó como heterosexual, el 89,70% tuvo su última relación sexual con una mujer, solo el 60,60% usó condón en la última relación sexual y un alto porcentaje (59,70%) nunca se ha realizado pruebas de detección del VIH. Así mismo, se identificó que el promedio de la edad de inicio de la vida sexual activa fue de 16 años (DE= 2,60) y el promedio del número de parejas sexuales en el último año fue de 2,20 (DE=2,60).

Descripción de las variables de interés

Considerando los índices de cero a cien, los promedios de las puntuaciones de las variables de interés fueron de 21,60 (DE= 16,20) para el machismo sexual y 67,90 (DE=13,70) para el sexo seguro.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Variables cualitativas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Estado civil		
Soltero	228	73,50
Casado	37	11,90
Divorciado	2	0,60
Unión libre	43	13,90
Nivel de estudios		
Sin estudios	1	0,30
Primaria	2	0,60
Secundaria	29	9,40
Bachillerato	164	52,90
Carrera técnica	47	15,20
Licenciatura	62	20,00
Especialidad/maestría	5	1,60
Ocupación		
Empleado	151	48,70
Desempleado	11	3,50
Estudiante	113	36,50
Otro	35	11,30

Machismo sexual

En la tabla 3 se puede observar que la mayoría de los hombres está “en desacuerdo” o “totalmente en desacuerdo”, con cada uno de los ítems (que una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja, que solamente sea el hombre el que tenga sexo antes del matrimonio, que solamente el hombre tenga hijos fuera del matrimonio, que solamente el hombre tenga experiencia sexual, que el hombre tenga su primera relación sexual con una persona que no es su pareja, entre otros). Así mismo, se observa que un porcentaje considerable seleccionó la opción de “sin opinión”, siendo el ítem número 4 “Que el hombre tenga su primera relación sexual con una persona que no es su pareja” la pregunta con mayor frecuencia en esta opción.

Sexo seguro

En la tabla 4 se puede visualizar que la mayoría de los participantes “siempre” evitan las relaciones sexuales cuando tienen llagas o irritación en el área genital, evitan tener contacto directo con la sangre de su pareja sexual y llevan un condón cuando saben que en un encuentro con alguien pueden tener relaciones sexuales. Así mismo, se observa que la mayoría “nunca” usa drogas antes o durante las relaciones sexuales, nunca tienen relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de su pareja, nunca tienen relaciones sexuales con una persona bisexual o gay y nunca tienen relaciones sexuales anales sin usar condón.

Tabla 2. Datos relacionados con la sexualidad de los participantes

Variables	Frecuencia	Porcentaje (%)			
Orientación sexual					
Homosexual/Gay	14	4,50			
Bisexual	21	6,80			
Heterosexual	273	88,10			
Otro (a)	2	,60			
¿Con quién tuviste la última (anterior) relación sexual?					
Con una mujer	278	89,70			
Con un hombre	28	9,00			
Otro (a)	4	1,30			
¿En tu última relación sexual, tú o tu pareja usaron condón?					
Sí	188	60,60			
No	122	39,40			
¿Con qué frecuencia te realizas la prueba de detección del VIH?					
Dos o más veces al año	16	5,20			
Una vez al año	70	22,60			
Cada dos años o más	39	12,60			
Nunca me la he realizado	185	59,70			
Variable	Media	Mediana	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad de inicio de vida sexual	16,90	17,00	2,60	1	25
Número de parejas sexuales en el último año	2,28	1,00	2,62	0	22

Tabla 3. Machismo sexual

Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Sin opinión		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1 Que solamente sea el hombre el que tenga sexo antes del matrimonio.	131	42,30	93	30,00	72	23,20	11	3,50	3	1,00
2 Que solamente el hombre tenga hijos fuera del matrimonio.	147	47,40	97	31,30	57	18,40	5	1,60	4	1,30
3 Que solamente el hombre tenga experiencia sexual.	153	49,40	95	30,60	52	16,80	5	1,60	5	1,60
4 Que el hombre tenga su primera relación sexual con una persona que no es su pareja.	100	32,30	73	23,50	111	35,80	22	7,10	4	1,30
5 Que solamente un hombre casado o con una pareja estable tenga relaciones sexuales con trabajadoras sexuales.	157	50,60	85	27,40	57	18,40	7	2,30	4	1,30
6 Una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja.	189	61,00	77	24,80	32	10,30	7	2,30	5	1,60
7 El hombre necesita tener varias parejas sexuales.	162	52,30	88	28,40	46	14,80	11	3,50	3	1,00
8 Sin importar la situación o el estado de ánimo, la mujer debe tener relaciones sexuales cuando su pareja quiera tenerlas.	157	50,60	92	29,70	40	12,90	14	4,50	7	2,30
9 Que un hombre tenga varias parejas sexuales al mismo tiempo.	146	47,10	85	27,40	64	20,60	11	3,50	4	1,30
10 Que la mujer sea quien se encargue de cuidarse en la relación sexual o para no tener hijos.	156	50,30	101	32,60	40	12,90	9	2,90	4	1,30
11 El hombre debe iniciar su vida sexual en la adolescencia.	76	24,50	65	21,00	122	39,40	40	12,90	7	2,30
12 El hombre debe hacer que su hijo varón inicie su vida sexual (tenga su primera relación sexual).	138	44,50	105	33,90	54	17,40	9	2,90	4	1,30

Tabla 4. Sexo seguro

Ítem	Nunca		Algunas veces		La mayor parte del tiempo		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1 Yo insisto con el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales.	33	10,60	97	31,30	79	25,50	101	32,60
2 Yo detengo el juego previo a la relación sexual (como tocar/besar/agasajar) a tiempo para ponerme un condón o para que mi pareja se lo ponga.	42	13,50	108	34,80	73	23,50	87	28,10
3 Sí sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo.	38	12,30	70	22,60	70	22,60	132	42,60
4 Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón.	120	38,70	138	44,50	31	10,00	21	6,80
5 Tengo sexo oral sin usar barrera de protección, como un condón o barrera de protección.	92	29,70	92	29,70	46	14,80	80	25,80
6 Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar sexo seguro.	47	15,20	98	31,60	65	21,00	100	32,30
7 Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, me niego a tener relaciones sexuales.	83	26,80	130	41,90	37	11,90	60	19,40
8 Tengo relaciones sexuales anales sin usar condón.	203	65,50	63	20,30	21	6,80	23	7,40
9 Uso drogas antes o durante las relaciones sexuales.	247	79,70	52	16,80	8	2,60	3	1,00
10 Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual.	123	39,70	101	32,60	40	12,90	46	14,80
11 Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de mi pareja.	215	69,40	76	24,50	12	3,90	7	2,30
12 Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital.	41	13,20	32	10,30	24	7,70	213	68,70
13 Practico sexo anal.	163	52,60	112	36,1	18	5,80	17	5,50
14 Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.	59	19,00	63	20,30	46	14,80	142	45,80
15 Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gay.	250	80,60	31	10,00	14	4,50	15	4,80
16 Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales.	151	48,70	141	45,50	15	4,80	3	10,00

Respecto al análisis confiabilidad de los instrumentos, el Coeficiente Alpha de Cronbach obtenido para la Escala de Machismo Sexual fue de 0,80 y de 0,91 para las subescalas de uso del condón y sexo seguro. Así mismo, con ayuda de la prueba de normalidad (Kolmogorov Smirnov) se identificó que los datos tenían distribución normal ($p > 0,05$), por lo que se utilizó el coeficiente de correlación r de Pearson para responder al objetivo general.

Respecto al objetivo general, se encontró correlación negativa y significativa ($r = -0,235$; $p < 0,01$) entre el machismo sexual y sexo seguro en los hombres residentes de Tijuana.

Discusión

Gran parte de los participantes eran jóvenes, esto puede explicarse por el tipo de muestreo utilizado (online)¹³ y a que, de acuerdo con el Instituto Federal de Telecomunicaciones de México, las personas entre 18 y 24 años tienen mayor posibilidad de usar Internet y conforme aumenta la edad, la probabilidad disminuye hasta llegar a los 55 años o más¹⁹. En el presente estudio, el promedio de parejas sexuales en el último año fue de dos parejas, esto coincide con lo reportado por Jiménez-Vázquez, et al., quienes señalan en promedio una pareja sexual en los últimos seis meses²⁰, esto se puede explicar por la similitud en la metodología empleada y a que ambas poblaciones tienen características similares, además de la zona geográfica que corresponde a estados de la frontera norte de México. Sin embargo, este hallazgo no concuerda con lo reportado por López-Sánchez, et al., donde el promedio fue de seis parejas sexuales en el último año⁶. Primero, la diferencia con este resultado podría explicarse por las disparidades en la edad de ambas muestras y segundo, por la conducta sexual, a diferencia de otros estudios^{6,20,21}, en el presente trabajo la mayoría de los participantes se identificó como heterosexual, lo que en teoría significa que la conducta sexual va en función de la orientación sexual, sin embargo, la conducta sexual puede ser independiente de la orientación. Estudios reportan que aquellos

hombres con conductas diferentes a la heterosexualidad reportan un mayor número de parejas sexuales, y por ende una mayor posibilidad de estar expuestos al VIH²².

Estudios recientes sobre el uso de condón en hombres, muestran que no son consistentes en el uso de este, autores reportan que solo el 63% de la muestra está utilizando el condón correctamente en todas las ocasiones^{22,23}. Estos datos son consistentes con lo encontrado en el presente estudio, dado que se observó que solo el 60,60% usó condón en la última relación sexual. Esto puede explicarse por los diversos factores que influyen en el uso de condón entre los hombres, por ejemplo, el conocimiento, el acceso a los condones, la edad, el tipo de pareja, el lugar de residencia y la intención de uso de condón^{24,25}.

Referente a las pruebas rápidas para la detección del VIH, se observó que, un alto porcentaje de hombres nunca se ha realizado pruebas de detección del VIH, este dato alarmante muestra la necesidad de intervenciones encaminadas a la prevención tomando en cuenta este componente. Al respecto, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomienda realizar la prueba del VIH por lo menos una vez como parte de la rutina de prevención. Así mismo, recomiendan que aquellas personas con mayor riesgo de contraer la infección por el VIH deben realizarse la prueba de detección por lo menos una vez al año, aumentando la frecuencia a cada 3 a 6 meses para población clave²⁶.

Finalmente, se observó que el machismo sexual está relacionado con el sexo seguro en este grupo de hombres, este hallazgo muestra que aquellos hombres que tienen mayores comportamientos machistas podrían estar llevando a cabo mayores conductas sexuales de riesgo. Este dato concuerda con lo reportado en la literatura^{6,25,28}, en donde autores reportan que el machismo tradicional está relacionado con la conducta sexual de riesgo, esto podría deberse a la similitud en los diseños, la zona geográfica y el contexto mexicano.

El presente estudio aporta en la generación de conocimiento sobre este tema de interés para la salud, y puede dar la pauta a los profesionales de enfermería y de otras disciplinas, para generar estrategias que apunten a la creación de intervenciones para mejorar la salud sexual y reproductiva, sobre todo, para erradicar la violencia de género. Es importante mencionar que el presente estudio presenta algunas limitaciones a considerar, dado que se trató de un estudio con diseño transversal, no se puede suponer causalidad. Se sugiere seguir indagando sobre esta relación, tomando en cuenta posibles variables mediadoras, que, en conjunto, pudieran dar la pauta para la creación de intervenciones conductuales que ayuden a aumentar la práctica sexual segura en esta población. Adicionalmente, es importante señalar que, con base en el muestreo utilizado, solo se consideraron aquellos hombres que tuvieron acceso a internet, lo que no permite extrapolar los resultados, y se sugiere aumentar el tamaño de la muestra, considerando aquellos hombres sin acceso a internet.

Conclusión

Se observó que existe correlación negativa y significativa entre el machismo sexual y el sexo seguro entre los hombres residentes del Baja California, México. Esto sugiere que, mientras más sea el machismo sexual, menor será el sexo seguro en esta población. En otras palabras, los hombres con puntuaciones más altas en la Escala de Machismo Sexual, auto-informaron mayores conductas sexuales de riesgo (menos sexo seguro). Es importante considerar tanto los resultados como las limitaciones del presente estudio para futuras investigaciones, así mismo, esto puede ser la base para profesionales de la salud en la implementación de intervenciones conductuales con el componente sociocultural (machismo) encaminadas a mejorar la salud

sexual y reproductiva tanto de hombres como de mujeres, todo esto considerando el contexto mexicano.

Aprobación y consentimiento informado

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética en Investigación del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Baja California (código CPEBC-INV-23) y se encuentra debidamente registrado en el Departamento de Apoyo a la Docencia y a la Investigación de la Universidad Autónoma de Baja California (clave 350/3676).

Contribución de autoría

Conceptualización: Ulises López Sánchez

Curación de datos: Anzony Arturo Cruz González

Análisis formal: Jesús Ramón Aranda Ibarra

Investigación: Ulises López Sánchez

Metodología: Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarín

Administración del proyecto: Ulises López Sánchez

Supervisión: Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarín

Validación: Carmen Ivette Hernández

Visualización: Ulises López Sánchez

Redacción – borrador original: Jesús Ramón Aranda Ibarra, Anzony Arturo Cruz González

Redacción – revisión y edición: Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarín, Carmen Ivette Hernández Vergara

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de interés en el presente trabajo.

Financiamiento

La presente investigación, fue financiada por los autores.

Referencias

1. Ponte-González AD, Guerrero-Morales A. L., López-Ortiz G. Violencia hacia la mujer y su impacto en la salud. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*. [Internet] 2023 [22 de julio 2024];10(3), 117-125. doi: 10.24875/RMF.22000099
2. Gobierno de México. Comisión nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. [Internet] 2016 [22 de julio 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-que-es-el-machismo?idiom=es>
3. Organización Mundial de la Salud. HIV and AIDS [internet]. 2024 [22 de julio 2024]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw3P-2BhAEEiwA3yPhwAGZaNq1X1fCUMMF-pmOHTgl19Z0pyu6_6FjUYppahReAlyOIB1bFhoCDagQAvD_BwE
4. Valadez DC. Propiedades psicométricas de la Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12) en una muestra del norte de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2020; 2(3), 424-429.
5. Merlano NA, Correa MFN. Análisis psicométrico de la escala de machismo sexual (EMS-12) en universitarios del Caribe colombiano. *Avances en Psicología*. 2023; 31(1), e2760-e2760.
6. López-Sánchez U, Onofre-Rodríguez DJ, Torres-Obregon R, Benavides-Torres RA, Garza-Elizondo ME. Hipermasculinidad y uso de condón en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres. *Health and Addictions*. [internet] 2021 [22 de julio 2024]; 21:63-75. doi:10.21134/haaj.v21i1.510
7. El sida en cifras. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH. Organización Mundial de la Salud. [internet] 2024 [22 de julio 2024]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es>
8. Rodríguez CLD., Rodríguez MAR., Ramírez MTG. Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12): diseño y análisis de propiedades psicométricas. *Summa psicológica, UST*. 2010; 7(2), 35-44.
9. Díaz-Rodríguez CL., González Ramírez MT. Comparación intergeneracional del machismo sexual y conductas de autoeficacia. *Acta de investigación psicológica*. 2012; 2(2), 638-649.
10. Secretaría de Salud. Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH. Informe histórico de VIH. 2do trimestre 2024. [internet] 2024 [22 de julio 2024]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/944060/VIH_DVEET_2DOTRIMESTRE2024.pdf
11. Sola-Lara JA., Caparros-González RA., Hueso-Montoro C., Pérez-Morente MÁ. Factores que determinan prácticas sexuales de riesgo en la adquisición de enfermedades de transmisión sexual en población de hombres que tienen sexo con hombres: revisión sistemática. *Revista española de salud pública*. 2021;95, e202106089.
12. Burns N., Grove SK. Población y muestras de investigación. *Investigación en Enfermería*, 5^a Edición, Elsevier Saunders. 2012; p. 296-333.
13. Baltar F, Gorup MT. Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*. [internet] 2012 [22 de julio 2024]; 8(1), 123-149. doi: <http://dx.doi.org/10.3926/ic.294>
14. Dilorio C, Parsons M, Lehr S, Adame D, Carlone J. Measurement of Safe Sex Behavior In Adolescents and Young Adults. *Nursing Research*. [internet] 1992 [22 de julio 2024]; 41(4), 203-209. doi:10.1097/00006199-199207000-00003
15. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3), 297-334.
16. Saldaña MR. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del trabajo*. 2016; 6(3), 114.
17. Dagnino J. Coeficiente de correlación lineal de Pearson. *Chil Anest*. 2014; 43(1), 150-153.
18. Secretaría de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. *Diario Oficial de la Federación*. [internet] 1987 [22 de julio 2024]. Disponible en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

19. Fabela BAG, Romo ED, Salas GG, Marcelo LIG, Getino SO. Nota técnica: Estimación de probabilidades de uso de las TIC y actividades por Internet en México 2022. [internet] [22 de julio 2024] Disponible en: <https://www.ift.org.mx/sites/default/files/contenidogeneral/estadisticas/notatecnicacalculadora2023.pdf>
20. Jiménez-Vázquez V, Orozco-Gómez C, Amaro-Hinojosa MD. Barreras percibidas para el uso del condón y conducta sexual protegida en jóvenes de Chihuahua, México. *Rev Fac Cien Med.* [internet] 2025; 50(1): 25-35. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i1.7572>
21. Jiménez-Vázquez V, Onofre-Rodríguez DJ, Benavides-Torres RA, Garza-Elizondo ME, Torres-Obregon R. Uso de material sexual en línea y sexo seguro en hombres que tienen sexo con hombres. *Revista internacional de andrología.* [internet] 2019 [22 de julio 2024]; 17(3), 88-93. doi: <https://doi.org/10.1016/j.androl.2018.05.004>
22. López-Sánchez U, Onofre-Rodríguez DJ. Factores socioculturales y conductas sexuales de riesgo del VIH en hombres adultos latinoamericanos: revisión sistemática. *Horizonte de Enfermería.* [internet] 2020 [22 de julio 2024]; 31(2):225-240. Disponible en: <https://revistacienciapolitica.uc.cl/index.php/RHE/article/view/14402>
23. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, [CDC]. Nota descriptiva: acerca de las infecciones de transmisión sexual y los hombres gais. [internet] 2024 [22 de julio 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/sti/es/about/acerca-de-las-infecciones-de-transmision-sexual-y-los-hombres-gais.html>
24. Plascencia-De la Torre JC, Martínez-Martínez KI, Correa-Romero FE, Sánchez-Medina R, Reynoso-González OU. Asertividad sexual y su relación con el uso del condón en hombres que tienen sexo con hombres. *Uaricha, Revista de Psicología.* [internet] 2024 [22 de julio 2024]; 22, 30-41. doi: <https://doi.org/10.35830/08aggx62>
25. Chamorro F, Stocel S, Rodríguez F, De León R. Factores asociados al uso de condón en hombres y mujeres con parejas no conyugales no convivientes en Panamá. *Revista Médica de Panamá-ISSN 2412-642X.* 2021. p. 2-13.
26. Vázquez VJ, Rodríguez DJO, Torres RAB, Gómez CO. Intención, negociación y conducta sexual segura en hombres que tienen sexo con hombres. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México.* 2024; 13(39), 300-320.
27. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Visión general de la infección por el VIH. Pruebas de detección del VIH [internet]. 2024 [mayo 2024]. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/pruebas-de-deteccion-del-vih#:~:text=Por%20lo%20general%2C%20las%20personas,cada%203%20a%206%20meses>.
28. Perrotte JK., Bibriescas N, Wainwright K, Garza RT, Baumann MR. A bidimensional examination of machismo in relation to risky sexual cognitions and behavior among Latino college men. *Journal of American college health.* [internet] 2020 [22 de julio 2024];68(2):115-118. <https://doi:10.1080/07448481.2018.1538152>.

Alfabetización en salud sexual y reproductiva y conducta sexual en jóvenes

Amaro-Hinojosa Marily Daniela

<https://orcid.org/0000-0002-3250-492X>
Universidad Autónoma de Chihuahua,
Facultad de Enfermería y Nutriología,
Chihuahua, México
damaro@uach.mx

Orozco-Gómez Claudia

<https://orcid.org/0000-0001-9432-6404>
Universidad Autónoma de Chihuahua,
Facultad de Enfermería y Nutriología,
Chihuahua, México
clorozco@uach.mx

Jiménez-Vázquez Vicente

<https://orcid.org/0000-0001-5661-494X>
Universidad Autónoma de Chihuahua,
Facultad de Enfermería y Nutriología,
Chihuahua, México
vvazquez@uach.mx

Torres-Obregón Reyna

<https://orcid.org/0000-0003-3546-6970>
Universidad Autónoma de Coahuila,
Facultad de Enfermería Unidad Saltillo,
Saltillo, México
reyna.torres@uadec.edu.mx

Esparza-Dávila Sandra Paloma

<https://orcid.org/0000-0002-3482-5057>
Universidad de Monterrey, Escuela de
Enfermería Christus Muguerza, Monte-
rey, México
sandra.esparza@udem.edu

Correspondencia:

Claudia Orozco Gómez
clorozco@uach.mx

Recibido: 26 de noviembre 2024

Aprobado para revisión: 14 de febrero
2025

Aceptado para publicación: 05 de
mayo de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7571>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 50, Número 2, Año 2025
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: La alfabetización en salud es clave para la prevención y promoción de conductas sexuales seguras que permitan disminuir el número de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual en los jóvenes, situaciones que se consideran problemas de salud pública.

Objetivo: Describir la conducta sexual y la alfabetización en salud sexual y reproductiva en jóvenes, comparar la alfabetización en salud sexual y reproductiva por sexo y conducta sexual.

Material y métodos: El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional y transversal, la muestra se conformó por 622 jóvenes de México que se seleccionaron a conveniencia. La recolección de información fue a través de la plataforma Google Forms.

Resultados: El 83,6% de los participantes había iniciado vida sexual. Las conductas sexuales que practican principalmente son interacciones sexuales sin penetración (fajes), ver pornografía y masturbación; 52,9% refirió que realizaba cambio de condón cuando iba a tener más de un tipo de relación sexual. La mediana de alfabetización sexual en salud sexual y reproductiva fue de 48. Las mujeres presentaron puntuaciones más altas de alfabetización que los hombres, así como quienes practicaban fajes y los que cambiaban condón al tener más de un tipo de relación sexual. No se encontró relación entre alfabetización en salud sexual y reproductiva con las conductas sexuales.

Conclusión: Los jóvenes muestran alfabetización sexual y reproductiva baja y realizan conductas sexuales no penetrativas. Aunque la alfabetización no se relaciona con la conducta sexual, existen otros factores que se relacionan como la edad y el inicio de vida sexual.

Palabras clave: alfabetización en salud; conducta sexual; adulto joven; adolescentes.

Literacy in sexual and reproductive health and sexual behavior in young adult

Abstract

Introduction: Health literacy is key to the prevention and promotion of safe sexual behaviors to allow a decrease in the number of unplanned pregnancies and sexually transmitted infections among young people, situations that are considered public health issues.

Objective: Describe the sexual behavior and sexual and reproductive health literacy among young people, compare sexual and reproductive health literacy by sex and sexual behavior, and examine the relationship between sexual and reproductive health literacy and the sexual behavior of young people.

Material and methods: The study design was descriptive, correlational and cross-sectional; the sample consisted of 622 young people from Mexico, selected at convenience. Data collection was performed through the Google Forms platform.

Results: 83.6% of the participants had initiated a sexual life. The main sexual behaviors practiced by these young people include petting, watching pornography and masturbation; 52.9% reported that they changed condoms when they were going to have more than one type of sexual intercourse. The median sexual literacy in sexual and reproductive health was 48. Women had higher literacy scores than men as well as those who practiced petting and those who changed condoms when having more than one type of sexual intercourse. No relationship was found between sexual and reproductive health literacy and sexual behaviors.

Conclusion: Young people show low sexual and reproductive literacy and engage in non-penetrative sexual behaviors. Although literacy is not related to sexual behavior, other factors are related such as age and sexual debut.

Key words: health literacy; sexual behavior; young adult; adolescent

Cómo citar este artículo: Amaro-Hinojosa MD, Orozco-Gómez C, Jiménez-Vázquez V, Torres-Obregón R, Esparza-Dávila SP. Alfabetización en salud sexual y reproductiva y conducta sexual en jóvenes. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2): 44-54. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7571>



Introducción

Los jóvenes tienen riesgo de experimentar un embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual (ITS) debido al inicio precoz en las relaciones sexuales, a la falta de uso del condón, a tener varias parejas sexuales y a practicar relaciones sexuales bajo efecto de sustancias¹. En este sentido, en el mundo a diario un millón de personas contraen una ITS como: clamidiosis, gonorrea, sífilis, tricomoniasis e infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)², tanto así que en el año 2023 semanalmente 4000 mujeres entre 15 a 24 años se infectaron con este virus³.

En México, al igual que a nivel mundial, la incidencia y prevalencia de ITS y el embarazo no planificado son una preocupación debido a que adolescentes y adultos jóvenes continúan infectándose con alguna ITS o se produce el embarazo a temprana edad y sin planearlo. En este sentido, se reportó en el año 2021 un incremento en el número de ITS, así como en el embarazo adolescente⁴, ocupando México el primer lugar a nivel mundial en embarazos⁵. En los países de ingresos bajos cada año se reportan aproximadamente 21 millones de embarazos de los cuales el 50% no estaban planeados⁶. Estas condiciones ocasionan que los adolescentes y jóvenes tengan obstáculos en su desarrollo personal, social y profesional, así como complicaciones en su estado de salud⁵.

Para disminuir las ITS y el embarazo no planificado se han establecido estrategias de educación en salud sexual y reproductiva para que se adopten prácticas sexuales seguras, se promueven pruebas de detección oportunas² y el uso de métodos anticonceptivos⁵. Sin embargo, es necesario continuar con los esfuerzos para fomentar conductas sexuales seguras dado que la literatura menciona que el 62,5% de los jóvenes ha usado métodos anticonceptivos en la última relación sexual y el 57,1% lo hizo de manera consistente⁷, mientras que el 63,5% utilizaron preservativo en su primera relación sexual, el 41,6% en su última relación sexual y el 37,2 % de los

jóvenes han mantenido relaciones sexuales con 5 o más personas⁸. En este contexto, la alfabetización en salud sexual y reproductiva se presenta como una herramienta clave para empoderar a los jóvenes, permitiéndoles tomar decisiones informadas y reducir los riesgos asociados con la conducta sexual.

Existen factores protectores para que los adolescentes y jóvenes disminuyan las conductas sexuales de riesgo, entre estos se encuentran la autodeterminación y la comunicación con los padres, lo cual influye en que retrasen el inicio de vida sexual, disminuir conductas sexuales de riesgo y el uso de métodos anticonceptivos⁹. Además, la alfabetización en salud es clave para la prevención y promoción de conductas saludables entre los jóvenes, ya que esta se define como el grado de capacidad de las personas para obtener, procesar y comprender la información y los servicios sanitarios básicos necesarios para tomar decisiones sanitarias adecuadas¹⁰. Mientras que la alfabetización en salud sexual se refiere al conocimiento, creencias, actitudes, motivaciones y habilidades para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información sobre la salud sexual en contextos sociales, sexuales, en línea y de atención médica, para negociar y tomar decisiones sobre la salud sexual, promoción de la salud, relaciones y bienestar¹¹. La alfabetización en salud sexual y reproductiva (ASSR) capacita a las personas para vivir mejor su sexualidad, ya que implica comportamientos individuales, relaciones y protección de la salud física y mental, por lo que la alfabetización en salud posee un potencial único para establecer comportamientos saludables que pueden permanecer durante todo el curso de la vida¹⁰.

Se ha documentado que los jóvenes tienen conocimiento limitado sobre la salud sexual¹² así como la ASSR¹³. El que esta última sea limitada se asocia a que los jóvenes muestran poco interés para adquirir información relacionada con la atención en salud¹³. No obstante, el que los jóvenes tengan conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva y asistan a

clases de salud reproductiva en su escuela son factores que influye en que tengan mayor ASSR¹⁴. Otra manera que permite a los jóvenes llevar a cabo la ASSR y conocer sobre su salud sexual y reproductiva es que consulten en el Internet, lo cual les permitirá adquirir información que pueden compartir con amigos o hablar con los proveedores de salud sobre anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y su tratamiento¹⁵. Es importante mencionar que literatura refiere que para llevar a cabo la ASSR los servicios al brindar información y atención sobre la salud sexual debe ser acorde a la edad, sexo, necesidades y el contexto de la persona¹⁶.

Actualmente no se han encontrado estudios realizados en México que aborden las variables de interés del estudio por lo que se plantean los siguientes objetivos: describir la conducta sexual y la alfabetización en salud sexual y reproductiva en jóvenes, comparando la alfabetización salud sexual y reproductiva por sexo y conducta sexual.

Material y métodos

El estudio fue de corte transversal descriptivo, comparativo y correlacional¹⁷ debido a que se compararó por sexo la alfabetización en salud sexual y reproductiva y se relacionaron estas variables. La población fueron jóvenes mexicanos con edades comprendidas entre 18 a 28 años de los cuales la muestra final constó de 622 jóvenes, en la que se consideró el 95% del nivel de confianza y un margen de error del 5%. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y el reclutamiento se llevó a cabo en línea a través de la plataforma Google Formularios, durante el mes de julio 2020. Se incluyeron hombres y mujeres que aceptaron participar en el estudio y se eliminaron a 5 participantes que dejaron los instrumentos con respuestas incompletas y que reportaran no vivir en el país de México.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: 1) Cédula de datos personales en la que se recaudó información como el estado de procedencia, género, edad, estado

civil, escolaridad y ocupación, así como información sobre inicio de vida sexual (IVS), tipo de pareja sexual, uso de método anticonceptivos, entre otras. 2) Cuestionario de Conductas Sexuales de los jóvenes adaptado para fines de este estudio, mismo que se basó en la Escala de Conductas Sexuales de Riesgo, validado en idioma español en jóvenes adolescentes¹⁸, el cuestionario estuvo conformado por 10 ítems puntuados con una escala tipo dicotómica de sí o no. Algunos ejemplos de reactivos son: “¿Has practicado sexting?, ¿He tenido relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien?, ¿Utilizas algún método anticonceptivo para protegerte de un embarazo y/o ITS?

3) La subescala de Prevención de Enfermedades del Instrumento Alfabetización en Salud Sexual y Reproductiva¹⁹, la cual incluye 15 preguntas que evalúa como el joven accede, entiende, procesa y aplica la información relacionada a la prevención de enfermedades y salud sexual y reproductiva, el instrumento cuenta con una escala tipo Likert que va de 1 muy difícil a 4 muy fácil y se interpreta a mayor puntuación, mayor es la ASSR, para este estudio se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,89, lo significa que el instrumento cuenta con una confiabilidad aceptable²⁰.

El estudio antes de llevarse a cabo fue registrado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la UACH, con folio SIP-Cl/2020/04. Es importante señalar que, cada participante tuvo información del estudio como objetivo, protección del anonimato del participante, así como la confidencialidad de los datos y los posibles riesgos de participar en la investigación, finalmente se colocó el contacto del investigador, por si presentaba alguna duda o pregunta, si el participante estaba de acuerdo, seleccionaba la opción “acepto”, acto seguido accedía a la cédula de datos sociodemográficos y a los cuestionarios sobre conductas sexuales y alfabetización sexual y reproductiva, al finalizar, se agradecía de su participación, el joven tenía que elegir

la opción de “enviar” el cuestionario para que sus datos estuvieran disponibles para los investigadores.

Cabe mencionar que, no se solicitó ningún dato de identificación personal, ni información que evitaran garantizar su anonimato, lo anterior con la finalidad de respetar las normas dispuestas en la Ley General de Salud en materia de Investigación en Seres Humanos²¹.

El enlace de la plataforma Google Formularios en donde se encontraba capturado el consentimiento informado y los instrumentos se difundió a través de redes sociales, el enlace estuvo disponible hasta obtener el número de muestra calculado.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25. Se empleó estadística descriptiva, como medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, mientras que para las cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Se identificó que los datos no presentaron una distribución normal, por lo que para responder el objetivo del estudio relacionado con comparar la alfabetización en salud sexual y reproductiva por sexo se utilizó el estadístico de U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Spearman para la relación entre variables.

Resultados

El 75,1% de los participantes eran mujeres y 24,9% hombres. La media de edad fue de 22,7

(DE=2,8). El 54,5 % de los jóvenes estudiaba y el 90,7% se percibía en nivel socioeconómico medio. La orientación sexual que prevaleció fue heterosexual con un 86,8%, seguido de bisexual con un 7,6%. El 61,3% tenía pareja y 83 % eran solteros, seguido del 8,7% que eran casados. El 14,6% mencionó tener hijos.

En la tabla 1 se muestran las conductas sexuales no penetrativas y/o uso de medios sexuales en línea en el total de los participantes. La mayoría de los jóvenes refirieron haber practicado interacciones sexuales sin penetración o fajes, seguido de ver pornografía y en menor proporción practicar sexo en línea.

El 83,6% (520) de los participantes mencionó haber tenido relaciones sexuales (anales, vaginales y/u orales) alguna vez en la vida. La media de edad de inicio de vida sexual (IVS) fue de 17,7 (DE=2,4). El promedio de parejas sexuales en toda su vida fue de 4,9 (DE=6,4). La media de parejas sexuales con las que los jóvenes tuvieron relaciones sexuales con poco tiempo de conocerlas fue de 2,1 (DE=3,5). El tipo de pareja con las que habían tenido relaciones sexuales fue estable con un 64,4%, el 5,0 % ocasionales y el 30,6% ambas.

El 40,6% de los jóvenes mencionó que nunca utilizaba otro método anticonceptivo además del condón, seguido del 23,7% que mencionó que algunas veces lo hizo. Por otra parte, en la tabla 2 se observan las conductas sexuales de los jóvenes que habían iniciado vida sexual, donde la mayoría de estos refirió utilizar

Tabla 1. Conductas sexuales no penetrativas y uso de medios sexuales en línea

Variable	Si		No	
	f	%	f	%
Petting (fajes o interacciones sexuales sin penetración)	527	84,7	95	15,3
Masturbación	446	71,7	176	28,3
Ver pornografía	454	73,0	168	27,0
Sexting	349	56,1	273	43,9
Practicar sexo en línea	233	37,5	389	62,5

un método de protección para embarazo o ITS; poco más de tres cuartas partes de los participantes hablaban con sus posibles parejas sexuales sobre sus antecedentes sexuales y poco más de la mitad cambiaba de condón cuando tenía más de un tipo de relación sexual.

En la tabla 3 se pueden observar las frecuencias y porcentajes correspondientes a las preguntas de la subescala de Prevención de Enfermedades del Instrumento Alfabetización en Salud Sexual y Reproductiva, de las cuales en su mayoría los participantes percibieron que era muy fácil comprender el mensaje de las campañas que advierten sobre el riesgo de malos hábitos, comprender por qué es necesario protegerse ante las relaciones sexuales de riesgo, por qué es necesario hacerse chequeos médicos, saber qué medidas de protección ante las ITS deberían utilizar, tomar la decisión de utilizar anticonceptivos incluidos el condón y tomar decisiones sobre cómo prevenir enfermedades en base a la información que aparece en los medios de comunicación. Mientras que en el resto de las preguntas la mayoría lo consideró fácil.

Al interpretar el instrumento se encontró que la media de alfabetización en salud sexual para la prevención de enfermedades fue de 48. En Tabla 4 se pueden observar las medianas

para las subescalas de acceder, entender, procesar y aplicar.

En la tabla 5 se observa la comparación ASSR por sexo, en donde las mujeres presentaron medianas más altas de ASSR que los hombres, diferencia que fue significativa.

Además, al comparar la ASSR con la conducta sexual se encontró una diferencia significativa ($U = 20473 p < 0,005$) en las medianas de ASSR entre los jóvenes que realizaban el acto sexual no penetrativo (petting/ fajes) ($Mdn = 49$) en comparación con los que no ($Mdn = 46$) de igual manera se observó que las puntuaciones de medianas de ASSR en quienes realizaban la conducta de cambiar el condón cuando iban a tener más de un tipo de relación sexual eran mayores ($Mdn = 50$) comparado con los que no lo realizaban ($Mdn = 48$) ($U = 30169 p = 0,039$), las demás conductas no mostraron diferencias significativas con la ASSR.

Por último, con respecto al objetivo de relacionar la ASSR con la conducta sexual de los jóvenes que habían iniciado vida sexual, no se encontró correlación con el puntaje general de ASSR ($r_s = -0,018, p < 0,684$) ni en las subescalas de acceder ($r_s = -0,027, p < 0,541$), entender ($r_s = -0,026, p < 0,555$), procesar ($r_s = -0,015, p < 0,740$) y aplicar ($r_s = -0,056, p < 0,203$) con la conducta sexual.

Tabla 2. Prevalencia conductas sexuales de los jóvenes

Conducta	si		no	
	f	%	f	%
He tenido relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.	156	30,0	364	70,0
Hablo con mis posibles parejas sexuales sobre sus antecedentes sexuales.	413	79,4	107	20,6
Cambio de condón cuando voy a tener más de un tipo de relación sexual.	275	52,9	245	47,1
Alguna vez has mantenido relaciones sexuales sin protección, por que estabas bajo la influencia del alcohol y/o drogas.	152	29,2	368	70,8
Utilizas algún método anticonceptivo para protegerte de un embarazo y/o ITS.	468	90,0	52	10,0

Tabla 3. Estadística descriptiva de la alfabetización en salud sexual y reproductiva y conducta sexual en jóvenes

Pregunta	Muy fácil		Fácil		Difícil		Muy y difícil		No lo sé	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Para mí encontrar información sobre cómo enfrentar situaciones de riesgo para la salud, como el cambio frecuente de parejas, sedentarismo, el tabaquismo, el consumo del alcohol y otras drogas.	279	44,9	306	49,2	23	3,7	3	0,5	11	1,8
Para mí encontrar información sobre cómo enfrentar problemas como el estrés o la depresión	169	27,2	339	54,5	86	13,8	13	2,1	15	2,4
Para mí encontrar información sobre los chequeos médicos que debiera hacerse	189	30,4	336	54,0	70	11,3	13	2,1	14	2,3
Para mí encontrar información sobre cómo prevenir o abordar problemas de salud, como las ITS/VIH/sida, embarazos no deseados, alcohol, drogas y otros.	248	39,9	330	53,1	33	5,3	3	0,5	8	1,3
Para mí comprender el mensaje de las campañas que advierten sobre el riesgo de malos hábitos, como fumar, tomar alcohol en exceso, no uso del condón, embarazo no deseado o la inactividad física.	327	52,6	274	44,1	17	2,7	1	0,2	3	0,5
Para mí comprender por qué es necesario protegerse ante las relaciones sexuales de riesgo.	400	64,3	214	34,4	5	0,8	2	0,3	1	0,2
Para mí comprender por qué es necesario hacerse chequeos médicos.	339	54,5	260	41,8	19	3,1	3	0,5	1	0,2
Para mí evaluar si el mensaje de las campañas que advierten sobre el peligro de las relaciones sexuales desprotegidas, así como de malos hábitos, como fumar, tomar alcohol en exceso o la falta de actividad física, es confiable.	228	36,7	349	56,1	28	4,5	2	0,3	15	2,4
Para mí determinar en qué situaciones es necesario ir al médico a hacerse un chequeo	204	32,8	326	52,4	71	11,4	11	1,8	10	1,6
Para mí saber qué medidas de protección ante las ITS debiera utilizar.	299	47,7	286	46,0	29	4,7	4	0,6	6	1,0
Para mí saber qué chequeos debería hacerse.	211	33,9	309	49,7	74	11,9	8	1,3	20	3,2
Para mí evaluar si es confiable la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación.	157	25,2	358	57,6	79	12,7	9	1,4	19	3,1
Para mí tomar la decisión de utilizar anticonceptivos incluidos el condón.	354	56,9	237	38,1	20	3,2	6	1,0	5	0,8

Para mí tomar decisiones sobre cómo prevenir enfermedades a partir de los consejos de familiares y amigos.	192	30,9	291	46,8	91	14,6	17	2,7	31	5,0
Para mí tomar decisiones sobre cómo prevenir enfermedades en base a la información que aparece en los medios de comunicación.	184	29,6	337	54,2	69	11,1	8	1,3	24	3,9

Tabla 4. Alfabetización en salud sexual y reproductiva en jóvenes

	Mdn	M	DE	Val. Min.	Val. Máx.	RIQ
Alfabetización en salud sexual y reproductiva	48,0	48,7	7,3	4	60	44-55
Subescalas						
Acceder	12	12,7	2,5	0	16	12-15
Entender	11	10,6	1,4	4	12	9-12
Procesar	15	15,8	3,1	0	20	15-18
Aplicar	9	9,4	1,9	0	12	9-11

Tabla 5. Comparación por sexo y alfabetización en salud sexual y reproductiva

Variable	Mujer		Hombre		U	p
	M	Mdn	M	Mdn		
ASSR	49,6	49,5	46,7	46,5	20350	0,001

n = 520, ASSR = alfabetización en salud sexual y reproductiva, U = estadístico U de Mann Whitney, p = valor de significancia estadística.

Discusión

Con relación al objetivo que buscaba describir la conducta sexual y la alfabetización en salud sexual y reproductiva en jóvenes, fue posible observar que los jóvenes realizan actos sexuales no penetrativos y hacen uso de medios sexuales en línea, entre estos lo que realizaban con mayor frecuencia eran interacciones sexuales sin penetración/faje, ver pornografía y la masturbación, las que son conductas comunes durante la adolescencia y la juventud, por ser etapas de exploración y autodescubrimiento sexual, incluso en la adolescencia media suelen producirse los primeros contactos físicos, que pueden ser sin penetración y en la adolescencia tardía tienden a iniciar las relaciones sexuales que incluyen el coito, tal como lo reportan los jóvenes participantes de este estudio²².

En este sentido, el IVS de la población estudiada fue a los 17,7 años, lo que coincide con lo reportado por otros autores²³, es importante señalar que en este estudio prevaleció el sexo femenino, población que suelen retrasar el IVS en comparación con los hombres, lo que coincide con un estudio previo que reportó que más de la mitad de las mujeres de 30 a 39 años tuvo su primera relación sexual a los 17,5 años²⁴. Cabe señalar que existen factores como la educación sexual, las normas culturales, y la influencia de pares o medios de comunicación que influyen en adelantar o retrasar este momento.

La ASSR puede empoderar a los jóvenes a acceder, entender, procesar y aplicar la información de salud sexual y reproductiva²⁵, sin embargo, la mayoría de los participantes de este estudio presentaron puntuaciones

bajas, lo que puede indicar limitada ASSR, este dato difiere de lo reportado en un estudio realizado en jóvenes iraníes²⁶, en donde la mayoría de participantes presentaba ASSR suficiente, lo cual puede deberse a que los jóvenes iraníes estudiaban en universidades en carreras relacionadas a la salud, factor que no necesariamente estuvo presente en la población de este estudio. Sin embargo, los resultados coinciden con lo reportado en estudios realizados en Asia¹⁴ y Chile¹³, en los que la mayoría de los jóvenes presentaron ASSR limitada, en el estudio elaborado por Gutierrez-Nuñez et al.¹³ las características de los participantes fueron similares a la población de este estudio y establecen que es necesario reconocer que el nivel de ASSR puede influir en como los jóvenes toman decisiones informadas con respecto a su salud sexual y reproductiva¹³.

Con relación al objetivo de comparar la alfabetización salud sexual y reproductiva en jóvenes por sexo y conducta sexual, fue posible identificar que las mujeres presentaron mayor ASSR, lo que difiere a lo encontrado en un estudio realizado en Etiopía²⁷, esto podría deberse a que en los últimos años el sistema de salud en el país apostó por incrementar el empoderamiento en niñas y mujeres con relación a la salud sexual y reproductiva, enfatizando la necesidad de asegurar el acceso universal a la salud y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos²⁸. Sin embargo, dicho resultado, nos indica que es necesario reforzar y replantear en cómo educar y alfabetizar con relación a la salud sexual y reproductiva independientemente del sexo y focalizar acciones hacia las necesidades de la población.

Se pudo observar que los jóvenes que realizaban fajes presentaban mayores puntuaciones de ASSR, esto podría indicar que los jóvenes tienen información sobre los riesgos de tener una relación sexual penetrativa, por lo que se podría pensar que esta práctica la llevan a cabo como forma de prevenir un embarazo no deseado o una ITS. También se observó que aquellos que realizaban la conducta de cambiar el condón,

cuando iban a tener más de un tipo de relación sexual tenían mayor ASSR, en este orden de ideas un estudio encontró que un nivel suficiente de ASSR protege a los jóvenes de las conductas sexuales de riesgo²⁹ ya que se considera que éstos tienen la capacidad de persuadir a otras personas para que comprendan pautas prácticas para promover la salud sexual y prevenir conductas sexuales riesgosas, así como aplicar la información a sus conductas de manera correcta y regular, lo que les da menos oportunidades de involucrarse en conductas sexuales riesgosas que las personas con un nivel más bajo de alfabetización en salud sexual.

Respecto al objetivo de conocer la relación de la alfabetización en salud sexual y reproductiva con la conducta sexual de los jóvenes, no se encontró una relación entre la ASSR y las conductas sexuales de los jóvenes, en este sentido, la literatura refiere que la educación en salud sexual y reproductiva puede ayudar a retrasar el inicio de relaciones sexuales entre los jóvenes si se brinda antes de que se vuelvan sexualmente activos²⁵.

Dentro de las limitaciones de este estudio es necesario destacar que el tamaño de la muestra podría no representar a la totalidad de la población de jóvenes del país. Así como que este estudio fue realizado en jóvenes que tenían acceso a internet, lo que puede significar que estos resultados no representan a los jóvenes que presentan dificultades para la conectividad, falta de acceso de electricidad o barreras culturales y lingüísticas que les impidieran el acceso a este servicio.

Asimismo, el cuestionario que fue utilizado para medir la variable de ASSR fue la primera vez que se utilizó en la población mexicana y de este solo se consideró una de las sub-escalas (prevención de enfermedades), por lo que se recomienda en próximas investigaciones utilizar en su totalidad y realizar validación del mismo en este contexto. Además, se recomienda el uso o diseño de escalas validadas para medir las conductas sexuales penetrativas o no penetrativas.

Finalmente, el abordar las conductas sexuales en jóvenes implica considerar la salud física, pero también el bienestar emocional y social. La clave está en la combinación de educación, acceso a servicios y apoyo de la comunidad, será fundamental normalizar conversaciones abiertas y libres de juicio para que los jóvenes puedan tomar decisiones informadas y responsables. La ASSR es una variable que parece prometedora para el campo de la sexualidad humana y conductas sexuales, este es uno de los primeros estudios realizados en población mexicana, por lo que se recomienda seguir estudiando los factores que pueden estar asociados a ésta, la literatura señala que pueden ser de tipo ambientales, culturales, sociales y económicos, entre los que se encuentran el nivel educativo de la persona y sus padres, ingreso económico, apoyo social percibido, violencia intima de pareja³⁰, mismos que podrían tener impacto en la conducta sexual de los jóvenes o incluso en otras poblaciones, los cuales no se abordaron en esta investigación y se deberían de considerar en futuros estudios.

Conclusiones

En este estudio se encontró que los jóvenes tienen baja alfabetización en salud sexual y reproductiva; sin embargo, las mujeres presentaron mayor ASSR que los hombres. Dentro de las conductas sexuales de mayor prevalencia entre los jóvenes fueron conductas sexuales no penetrativas principalmente fajes o petting, aquellos jóvenes que llevan a cabo este tipo de conducta y que cambiaban el condón al tener diferentes tipos de relación sexual presentan mayor ASSR, finalmente la ASSR no se relacionó con las conductas sexuales de los jóvenes.

Referencias

1. Paredes López MC, Paredes Morales EB, Fonseca-Bautista S, Paredes Morales R, Paredes Revelo S. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes de Latinoamérica. Rev. Ecuatoriana Psicolo [Internet]. 2023 [citado 16 Feb 2024];6(15):121–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33996/repsi.v6i15.94>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de transmisión sexual

Aprobación y consentimiento informado

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la UACH. Asimismo, los participantes para poder contestar los cuestionarios dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Contribución de autoría

Conceptualización: Marily Daniela Amaro Hinojosa, Claudia Orozco Gómez.

Curación de datos: Marily Daniela Amaro Hinojosa, Claudia Orozco Gómez, Vicente Jiménez Vázquez.

Análisis formal: Marily Daniela Amaro Hinojosa, Reyna Torres Obregón.

Investigación: Marily Daniela Amaro Hinojosa, Claudia Orozco Gómez, Vicente Jiménez Vázquez, Reyna Torres Obregón, Sandra Paloma Esparza Dávila.

Metodología: Marily Daniela Amaro Hinojosa, Claudia Orozco Gómez, Vicente Jiménez Vázquez, Reyna Torres Obregón.

Administración del proyecto: Marily Daniela Amaro Hinojosa.

Redacción, revisión y edición: Marily Daniela Amaro Hinojosa, Claudia Orozco Gómez, Vicente Jiménez-Vázquez, Reyna Torres Obregón, Sandra Paloma Esparza Dávila.

Conflicto de intereses

No existe algún tipo de conflicto de intereses que declarar por parte de los autores.

Financiamiento

Esta investigación se realizó con fondos propios de los autores.

- [Internet]. Ginebra:OMS; 2024 [cited 2024 Mar 01]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAloavBhBOEiwAbtAJOx3keUUKJvoLRh4p5EoFr_DJnexYuqCkM9Y0qnCmf0E7hD51j8pqHxoCiTwQAvD_BwE](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAloavBhBOEiwAbtAJOx3keUUKJvoLRh4p5EoFr_DJnexYuqCkM9Y0qnCmf0E7hD51j8pqHxoCiTwQAvD_BwE)
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Hoja informativa 2024. Estadísticas mundiales sobre el VIH [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2024. [cited 2024 Nov 20]. Available from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
 4. Huerta, L. ¿Por qué hay un repunte de las enfermedades de transmisión sexual? UNAM Global [Internet]. 2022 [cited 2023 Dic 11]. Available from: https://unamglobal.unam.mx/global_revista/por-que-hay-un-repunte-de-las-enfermedades-de-transmision-sexual/
 5. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes ENAPEA [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México. 2017 [cited 2024 Nov 23]. Available from: <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea-106289>
 6. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N, et al. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. Nueva York: Guttmacher Institute; 2020.
 7. Hubert C, de la Vara-Salazar E, Villalobos A, Suárez-López L, Muradás-Troitiño MC, Mejía-Paillés G, Barrientos-Gutiérrez T. Prevención del embarazo en adolescentes. Salud Pública Mex [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 23];66:488-499. Available from: <https://doi.org/10.21149/15838>
 8. González-Barrios DA, Leguizamón-Vargas JS, Rojas-Cifuentes G, Soares-Filho PSD. Descuento sexual y conductas sexuales arriesgadas en una muestra de adultos jóvenes de Colombia. Av. Psicol. Latinoam. [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 24];41(3):1-17. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/11879>
 9. Leung H, Lin L. Adolescent Sexual Risk Behavior in Hong Kong: Prevalence, Protective Factors, and Sex Education Programs. J Adolesc Health [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 23];64(6S):S52-S58. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.12.007>.
 10. Ratzan SC, Parker RM. National library of medicine current bibliographies in medicine: Health literacy. In: National Institutes of Health [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services; 2000 [cited 2024 Nov 23]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/resources.html>.
 11. Martin SP. Young people's sexual health literacy: seeking, understanding, and evaluating online sexual health information [Tesis Doctoral]. Glasgow: University of Glasgow; 2017 [cited 2024 Nov 23]. Available from: <http://theses.gla.ac.uk/8528/>
 12. Kaczkowski W, Swartout KM. Exploring gender differences in sexual and reproductive health literacy among young people from refugee backgrounds. Cult Health Sex [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 23];22(4):369-384. Available from: <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1601772>.
 13. Guerrero-Núñez J, Jofré-Olivares D, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I, Bacho-Tapia A, et al. Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 23];98:e202405035. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11571692/>
 14. Vongxay V, Albers F, Thongmixay S, Thongsombath M, Broerse JEW, Sychareun V, Essink DR. Sexual and reproductive health literacy of school adolescents in Lao PDR. PLoS One [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 23];14(1):e0209675. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209675>
 15. Vamos CA, Thompson EL, Logan RG, Griner SB, Perrin KM, Merrell LK, et al. Exploring college students' sexual and reproductive health literacy. Journal of American College Health [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 23]; 68(1): 79–88. Available from: <https://doi.org/10.1080/0744841.2018.1515757>
 16. Maasoumi R, Jamali B, Zarei F, Tavousi M. Prerequisites of sexual health literacy promoting

- service: a qualitative study in Iran. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 23];23(1):3. Available from: <http://doi.org/10.1186/s12913-022-09018-7>.
17. Gray JR, Grove SK. Burns and grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
18. Moral RJ. Validación local de una escala de conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados mexicanos. *Rev Int Psicol* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 13];15(2):1-56. Available from: <https://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/226/84>
19. Espino O Z, Chong D, Rodríguez M, Álvarez NL. Instrumento de medición de la alfabetización en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. MEDISAN [Internet]. 2018 [cited 2020 May 13];22(5):568-577. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500015&lng=es.
20. Caycho-Rodriguez T. Intervalos de confianza para el coeficiente alfa de Cronbach: aportes a la investigación pediátrica. *Acta pediatr. Méx* [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 11];8(4):291-292. Available from: <https://doi.org/10.18233/apm38no4pp291-2941440V>
21. Secretaría de Salud. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2014 [cited 2024 Oct 18]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rulgsmis.html>
22. Secretaría de Salud. Sexualidad en la Adolescencia. Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes. CNECSR. [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2015 [cited 2024 Oct 18]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sexualidad-en-la-adolescencia-programa-de-salud-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes-cnegsr>
23. Aguirre J, Restrepo J. Conducta sexual en jóvenes universitarios: Estudio de revisión. *Psicogente* [Internet]. 2022; 25(48):1-28 [cited 2024 Oct 18]. Available from: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/5500/5755>
24. Gobierno de México. Día mundial de prevención del embarazo en adolescentes 26 de septiembre 2024 [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2024 [cited 2024 Oct 30]. Available from: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/dia-mundial-de-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-26-de-septiembre-2024>.
25. Amanu A, Birhanu Z, Godeesso A. Sexual and reproductive health literacy among young people in Sub-Saharan Africa: evidence synthesis and implications. *Glob Health Action* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 22];16(1):2279841. Available from: <https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2279841>.
26. Nematzadeh S, Shahhosseini Z, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Sexual health literacy level and its related factors among married medical sciences college students in an Iranian setting: a webbased crosssectional study. *Reprod Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 22];17;21(1):53. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01756-7>.
27. Debella A, Tamire A, Bogale K, Berhanu B, Mohammed H, Deressa A, et al. Sexual and reproductive health literacy and its associated factors among adolescents in Harar town public high schools, Harari, Ethiopia, 2023: a multicenter cross-sectional study. *Front Reprod Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 18];6:1358884. Available from: <https://doi.org/10.3389/frph.2024>.
28. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2020-2024 [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2020 [cited 2024 Nov 10]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf
29. Benchamas J, Senahad N, Padchasuwan NH, Laoraksawong P, Phimha S, Banchonhattakit P. Factors associated with risky sexual behaviors among undergraduate students in Thailand. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];24(1):2967. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20429-5>.
30. Vakili F, Nasiri M, Hamzehgardeshi Z, Jahanfar S, Mahmoodi Z, Hanieh S. Casual association between social determinants of health and sexual health literacy in reproductive-aged women: a WHO model analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 27]; 25. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-025-21896-0>

Íleo biliar de presentación atípica: abordaje quirúrgico individualizado. Reporte de caso

Rivadeneira-Proaño Francisco
<https://orcid.org/0000-0003-4813-9370>
Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, Cirugía General, Quito, Ecuador
frfrancisco@hotmail.com

Sarzosa-Alban Melissa
<https://orcid.org/0000-0002-2421-3401>
Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador
melissa1999mariam@gmail.com

Rivadeneira-Cabezas Emily
<https://orcid.org/0009-0006-6625-083X>
Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Medicina, Quito, Ecuador
valeska.14@hotmail.com

Rivadeneira-Proaño Kathy
<https://orcid.org/0000-0003-2167-3290>
Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador
kathy.rivadeneirap@hotmail.com

Torres-Catillo Antonio
<https://orcid.org/0000-0002-1570-2932>
Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, Servicio de Cirugía General, Quito, Ecuador
torresantony@hotmail.com

Correspondencia:
Francisco Rivadeneira
frfrancisco@hotmail.com

Recibido: 16 de julio 2024

Aprobado para revisión: 26 de septiembre 2024

Aceptado para publicación: 05 de mayo 2025

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.6962>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 50, Número 2, Año 2025
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: El íleo biliar, representa menos del 0,5% de las obstrucciones intestinales y surge como complicación infrecuente de la colelitiasis. Esta patología se origina en fistulas bilioentericas, principalmente colecistoduodenales. Su diagnóstico, a menudo, enfrenta desafíos debido a manifestaciones clínicas inespecíficas.

Objetivo: Describir un caso de íleo biliar con presentación atípica y analizar el enfoque quirúrgico individualizado empleado, destacando los criterios utilizados para la toma de decisiones y su impacto en el manejo de la obstrucción intestinal.

Presentación del caso: La paciente experimentó un cuadro clínico insidioso caracterizado por dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso, conduciendo a una exploración exhaustiva laparoscópica que conllevó a una enterolitotomía para abordar la obstrucción.

Discusión: La tríada de Mordor, junto con estudios de imagen como la tomografía computarizada, facilita el diagnóstico, aunque a menudo se confirma durante la cirugía. El manejo quirúrgico estándar, ya sea laparotomía o laparoscopia, se adapta según el riesgo del paciente, con enfoques de una o dos fases.

Conclusión: El íleo biliar, aunque poco común, requiere reconocimiento inmediato y una intervención quirúrgica personalizada. La ausencia de un enfoque uniforme destaca la necesidad de decisiones individualizadas basadas en el riesgo quirúrgico, la recurrencia y la mortalidad asociada.

Palabras clave: Íleo biliar; colecistitis; laparoscopia; enterolitotomía

Atypical presentation of biliary ileus: individualized surgical approach. Case report

Abstract

Introduction: Biliary ileus, representing less than 0.5% of intestinal obstructions, arises as an uncommon complication of cholelithiasis. This condition originates from biliary-enteric fistulas, mainly cholecystoduodenal, and its diagnosis often poses challenges due to nonspecific clinical manifestations.

Objective: To describe a case of biliary ileus with an atypical presentation and analyze the individualized surgical approach employed, highlighting the criteria used for decision-making and its impact on managing intestinal obstruction.

Case Presentation: The patient presented with an insidious clinical course characterized by abdominal pain, vomiting, and weight loss, leading to an extensive exploratory laparoscopy that resulted in an enterolithotomy to address the obstruction.

Discussion: The Mordor triad, along with imaging studies such as computed tomography, aids in the diagnosis, although it is often confirmed during surgery. The standard surgical management, whether laparotomy or laparoscopy, is adapted according to the patient's risk, with either one- or two-phase approaches.

Conclusion: Biliary ileus, though rare, requires prompt recognition and personalized surgical intervention. The absence of a uniform approach underscores the need for individualized decisions based on surgical risk, recurrence, and associated mortality.

Keywords: biliary ileus; cholecystitis; laparoscopy; enterolithotomy

Cómo citar este artículo: Rivadeneira-Proaño F, Sarzosa-Alban M, Rivadeneira-Cabezas E, Rivadeneira-Proaño K, Torres-Catillo A. Íleo biliar de presentación atípica: abordaje quirúrgico individualizado y reporte de caso. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2): 55-60. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.6962>



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

Introducción

El íleo biliar es poco frecuente, representando menos del 0,5% de los casos totales, sin embargo, es una condición clínicamente relevante en adultos mayores debido a su alta tasa de mortalidad¹. Su fisiopatología radica en ciclos de inflamación crónica y la presión constante que un cálculo biliar ejerce sobre estructuras adyacentes, como el duodeno, lo que favorece la formación de una fistula bilioentérica. Esta fistula permite el paso del cálculo al lumen intestinal, alojándose con mayor frecuencia en el íleon². Generalmente, estas fistulas se desarrollan en pacientes con colelitiasis o colecistitis crónica, aunque también se han reportado casos posteriores a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)³.

Las fistulas bilioentéricas cistoduodenales son las más comunes, representando aproximadamente el 77% de los casos. Sin embargo, también pueden formarse entre el árbol biliar o la vesícula biliar y otras estructuras como el estómago, yeyuno, íleon y colon. La fistula colecistocólica se presenta con menor frecuencia, en aproximadamente el 26,5% de los casos, mientras que la fistula colecistogástrica es aún más rara, con una incidencia cercana al 2%. Estas complicaciones pueden derivar en síndrome de Bouveret, colangitis y malabsorción⁴.

Con respecto al diagnóstico este representa un desafío debido a la inespecificidad de los síntomas, lo que puede retrasar la intervención médica y aumentar el riesgo de complicaciones graves⁵. Ante este escenario, la tríada de Mordor cobra relevancia clínica, caracterizándose por el antecedente de litiasis vesicular, signos de colecistitis aguda y la aparición súbita de un cuadro de obstrucción intestinal. En un paciente adulto mayor con esta presentación, debe mantenerse una alta sospecha de íleo biliar⁵.

En cuanto a los estudios de imagen, la tomografía computarizada (TC) es el método de elección para el diagnóstico del íleo biliar. La

sensibilidad y especificidad de la TC pueden incrementarse mediante el uso de agentes de contraste o técnicas avanzadas como la TC de doble energía, lo que facilita la detección de neumobilia y la visualización de las fistulas bilioentéricas. Además, la identificación de la tríada de Rigler, caracterizada por neumobilia, obstrucción intestinal y cálculo ectópico en estudios radiográficos, es un hallazgo clave, aunque no siempre evidente^{6,7}.

Aunque el tratamiento estándar es quirúrgico, en pacientes de alto riesgo deben considerarse alternativas menos invasivas, como la litotricia. Un abordaje multidisciplinario resulta fundamental para seleccionar la estrategia óptima, equilibrando eficacia y seguridad en función de las comorbilidades y el estado clínico del paciente⁸.

Dado el impacto clínico de esta patología este estudio tiene como objetivo describir un caso de íleo biliar con presentación atípica y analizar el enfoque quirúrgico individualizado empleado, destacando los criterios utilizados para la toma de decisiones y su impacto en el manejo de la obstrucción intestinal.

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 92 años, con antecedentes clínicos de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hiperuricemia, colelitiasis diagnosticada hace cuatro años, enfermedad renal crónica, y estenosis valvular aórtica. Como antecedentes quirúrgicos, se realizó una laparotomía exploratoria en el 2019 debido a un sangrado digestivo secundario a un abdomen agudo provocado por la perforación de una úlcera gástrica.

La paciente acudió al servicio de emergencias debido a cuadro clínico de dolor abdominal de 48 horas de evolución, localizado en el hemiabdomen superior, acompañado de vómito bilioso, asociado con la ingesta de una comida copiosa. También refirió hiporexia, y una pérdida de peso superior a 10 kg en menos de un año.

Durante la evaluación inicial se evidenció un abdomen globoso, suave, pero doloroso a la palpación en epigastrio. Los exámenes de laboratorio reportaron leucocitosis con neutrofilia, además de reagudización de la enfermedad renal crónica y un uroanálisis sugestivo de infección. En cuanto a los estudios de imagen, se realizó una tomografía abdominopélvica en la cual se evidenció dilatación de la pelvis renal derecha y una imagen localizada en el hemiabdomen derecho sugestiva de lesión ocupativa, con abundantes ganglios y dilatación gástrica.

Con estos hallazgos, la paciente fue ingresada al servicio de geriatría con diagnóstico de infección de vías urinarias, reagudización de enfermedad renal crónica y síndrome constitucional, para lo cual se inició el manejo con antibióticos y se planificaron estudios complementarios. Durante hospitalización, la paciente presentó vómito en "poso de café", por lo que fue evaluada por gastroenterología, quien realizó una endoscopia digestiva alta, revelando una úlcera en la cara posterior del bulbo duodenal, clasificada como Forrest IIC. Adicionalmente, se realizó una ecografía abdominal en la cual se pudo observar un estómago distendido con importante contenido líquido hasta el duodeno. Posterior a lo que se indicó ayuno absoluto, tratamiento antiemético y un inhibidor de la bomba de protones. Debido a que la paciente presentó constipación de 48 horas de evolución, se le realizó un enema evacuante, que resultó poco productivo.

A los ocho días posterior al ingreso, y ante la persistencia del dolor abdominal, la paciente fue evaluada por el servicio de cirugía general quienes colocaron una sonda nasogástrica y realizaron nuevos estudios de imagen. La radiografía de abdomen mostró un patrón gaseoso intestinal alterado, con niveles hidroáreos focalizados en mesogastrio y flanco derecho, sugerentes de un íleo posiblemente paralítico, mientras que la tomografía simple y contrastada de abdomen se observó un estómago y asas intestinales entéricas dilatadas con líquido, gas y niveles hidroáreos, así como asas intestinales colónicas repletas de líquido, gas y contenido fecal.

Por los hallazgos reportados, se planificó una laparoscopía exploratoria para manejo de abdomen agudo obstructivo en donde entre los hallazgos intraoperatorios se incluyó una vesícula biliar oculta entre adherencias del estómago y el duodeno hacia el borde hepático, y asas de íleon distendidas hasta un metro proximal desde la válvula ileocecal, en la cual se encontró un cálculo biliar en el interior de la luz intestinal, de aproximadamente 4,5 cm x 2,8 cm de diámetro (Figura 1). Posteriormente, se procedió a realizar una enterotomía, la extracción del cálculo biliar y finalmente la enterorrafia, estableciéndose de esta manera el diagnóstico de íleo biliar.

La evolución clínica postoperatoria de la paciente fue adecuada, con buena tolerancia

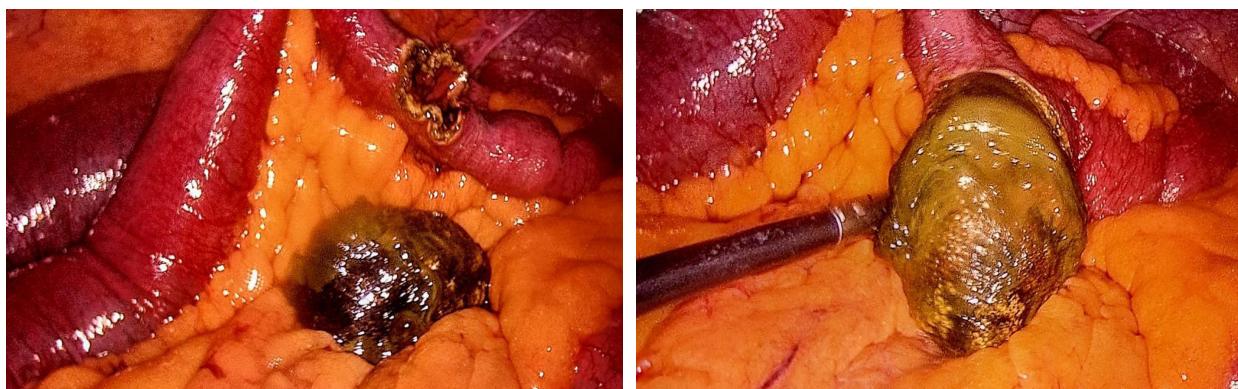


Figura 1. Extracción de lito de íleon a 1 metro a proximal desde válvula ileocecal.

oral y sin dolor, por lo que fue dada de alta tras completar el esquema antibiótico.

Discusión

El íleo biliar es una patología poco frecuente, con una incidencia que oscila entre el 1% y el 4%, pero con una elevada morbimortalidad, especialmente en la población adulta mayor. Sus manifestaciones clínicas varían según el nivel de impactación del lito y el grado de obstrucción luminal. Sin embargo, síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal y la ausencia de canalización de flatos o deposiciones son comunes, aunque inespecíficos, lo que con frecuencia retrasa el diagnóstico. A pesar de esta inespecificidad, la tríada de Mordor puede ser útil para orientar el diagnóstico de íleo biliar en pacientes adultos mayores. No obstante, es fundamental descartar previamente causas más frecuentes de obstrucción intestinal^{9,10}.

En cuanto a los estudios complementarios de laboratorio e imagen, los hallazgos no difieren significativamente de los observados en otros casos de obstrucción intestinal. La radiografía de abdomen simple es el estudio inicial recomendado, con el objetivo de identificar signos sugestivos de la patología, como los descritos en la tríada de Rigler. Sin embargo, estos hallazgos solo se presentan en menos del 30 % de los casos. Debido a esta limitación, la tomografía computarizada ha adquirido mayor relevancia como método de elección en el diagnóstico de obstrucción intestinal, dada su alta sensibilidad y especificidad. Entre los hallazgos más frecuentes se encuentran signos de obstrucción intestinal, niveles hidroaéreos en la vesícula biliar, neumobilia y cálculos biliares ectópicos^{9,10}.

En el caso presentado, tanto la radiografía abdominal como la tomografía evidenciaron signos de obstrucción intestinal. No obstante, la tríada de Rigler no se cumplió en su totalidad y los hallazgos tomográficos fueron únicamente sugestivos de obstrucción, sin evidencia concluyente de íleo biliar, por lo que, el diagnóstico definitivo se realizó durante el transoperatorio.

El manejo del íleo biliar incluye el abordaje quirúrgico estándar, ya sea por laparotomía o laparoscopia, así como la litotricia en casos seleccionados siendo el objetivo del tratamiento quirúrgico la extracción del cálculo mediante una enterotomía, previa estabilización del paciente. Sin embargo, el principal desafío radica en la elección del abordaje y la técnica quirúrgica a emplear tras la extracción del cálculo¹¹.

De esta manera se ha descrito abordajes de única fase, para aquel paciente con bajo riesgo en donde adicionalmente se realizará una colecistectomía y reparación de fistula bilioenterica, mientras que el abordaje de dos fases nos habla del tratamiento de la obstrucción mediante enterolitotomía y posterior valoración de la necesidad de un procedimiento biliar, abordaje indicado en aquellos pacientes de alto riesgo quirúrgico. Es necesario establecer que ningún abordaje se encuentra exento de complicaciones, sin embargo, el tratamiento quirúrgico de una sola fase posee claramente una mayor mortalidad, en los que se ha descrito inclusive hasta un (16,9%)^{10,11}.

En este caso, se optó por un abordaje quirúrgico en una sola fase, durante la cual se llevó a cabo la extracción del lito, logrando la resolución inmediata de la obstrucción abdominal. Asimismo, se indicó observación para una reevaluación posterior de la evolución de la fistula, en caso de que esta se hiciera evidente, ya que no se identificó durante la cirugía.

El consenso en cuanto a cuál debería ser el manejo y conducta quirúrgica estándar no se encuentra establecido y se debe a que la incidencia de la patología es muy baja. A pesar de estar claros de que el manejo estándar debe ser de tipo quirúrgico, la discusión sobre el tipo de cirugía a llevarse a cabo deberá dilucidarse en base a la individualización del riesgo quirúrgico, riesgo de recurrencia y la mortalidad asociada en cada caso.

Aprobación y consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente.

Contribución de autoría

Conceptualización: Francisco Rivadeneira Proaño, Melissa Sarzosa Albán, Emily Rivadeneira Cabezas, Kathy Rivadeneira Proaño.

Supervisión: Antonio Torres Catillo.

Validación: Antonio Torres Catillo.

Redacción – borrador original: Francisco Rivadeneira Proaño, Melissa Sarzosa Albán, Emily Rivadeneira Cabezas, Kathy

Rivadeneira Proaño.

Redacción – revisión y edición: Francisco

Rivadeneira Proaño, Melissa Sarzosa Albán, Emilia Rivadeneira Cabezas, Kathy Rivadeneira Proaño.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Todos los autores declaran financiamiento con fondos propios.

Referencias

1. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, Lafaro KJ, Nguyen VQ, Stamos MJ, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg* [Internet]. 2014 Feb [cited 2024 Jun 27];259(2):329–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23295322/>
2. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 27];8(1):65. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4724589/>
3. Gupta AK, Vazquez OA, Yeguez JF, Brenner B. Laparoscopic Approach for Gallstone Ileus in Geriatric Patients. *Cureus* [Internet]. 2020 Jun 15 [cited 2025 Jan 07];12(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32685311/>
4. Aguilar-Espinosa F, Maza-Sánchez R, Vargas-Solís F, Guerrero-Martínez GA, Medina-Reyes JL, Flores-Quiroz PI. Cholecystoduodenal fistula, an infrequent complication of cholelithiasis: Our experience in its surgical management. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2024 Jun 27];82(4):287–95. Available from: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org//en-cholecystoduodenal-fistula-an-infrequent-complication-articulo-S2255534X17300762>
5. Reyes-Morales JM, Hernández-García LK. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 27];61(1):106. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395987/>
6. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2024 Jun 27];25(2):189–96. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10140-017-1568-5>
7. Gaikwad V, Subramanian M, Lim KT, Peh WCG. Clinics in diagnostic imaging (216). *Singapore Med J* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2024 Jun 27];64(5):330–4. Available from: https://journals.lww.com/smj/fulltext/2023/05000/clinics_in_diagnostic_imaging_216_.8.aspx
8. Mallipeddi MK, Pappas TN, Shapiro ML, Scarborough JE. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data. *J Surg Res* [Internet]. 2013 [cited 2024 Jun 27];184(1):84–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23764312/>
9. Macías-Segura SA, Castro-Rodríguez JM, Quintero-Pérez YY, Granados-Martínez CA. Íleo biliar: descripción de dos casos. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2023 Jun 22 [cited 2025 Feb 6];38(4):753–8. Available from: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2260>

10. Bueno-Cañones AD, Bailón-Cuadrado M, Asensio-Díaz E, Pacheco-Sánchez D, Bueno-Cañones AD, Bailón-Cuadrado M, et al. Íleo biliar. Reporte de casos. *Rev Cir (Mex)* [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 6];72(5):468–71. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000500468&lng=es&nrm=iso&tlang=es
11. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2024 Jun 27];82(3):248–54. Available from: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org//es-el-ileo-biliar-una-revision-articulo-S0375090617300137>

Tumor óseo, fibroma desmoplásico del sacro. Reporte de Caso

Bombón- Caizaluisa Marco Fabricio
<https://orcid.org/0000-0002-5768-4234>
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, Servicio de Traumatología, Guayaquil, Ecuador.
Universidad Particular de Especialidades Espíritu Santo, Postgrado de Cirugía, Samborondón, Ecuador.
fabri.bombonpm@gmail.com

Armijos-Vélez Jorge
<https://orcid.org/0009-0001-3864-8289>
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, Servicio de Traumatología, Guayaquil, Ecuador.
joarmive@gmail.com

Marquez-Jervis José
<https://orcid.org/0000-0002-2792-5033>
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, Servicio de Traumatología, Guayaquil, Ecuador.
drjmarquezj@gmail.com

Vargas-Sosa Cesar Iván
<https://orcid.org/0009-0004-9448-4356>
Universidad Particular de Especialidades Espíritu Santo, Facultad De Ciencias Médicas, Samborondón, Ecuador.
ivanvargassosa@hotmail.com

Albuja-Delgado Kevin
<https://orcid.org/0009-0008-0368-706X>
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, Guayaquil, Ecuador.
Universidad Particular de Especialidades Espíritu Santo, Postgrado de Cirugía, Samborondón, Ecuador.
elias_kad@hotmail.com

Zambrano-Franco Erick
<https://orcid.org/0000-0001-6267-3022>
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, Guayaquil, Ecuador.
Universidad Particular de Especialidades Espíritu Santo, Postgrado de Cirugía, Samborondón, Ecuador.
Dr_ezambrano@hotmail.com

Correspondencia:
Marco Fabricio Bombón
fabri.bombonpm@gmail.com

Recibido: 06 de noviembre de 2024
Aprobado para revisión: 29 de enero 2025
Aceptado para publicación: 27 de marzo 2025

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7450>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 50, Número 2, Año 2025
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: El fibroma desmoplásico es un tumor raro, que representa menos del 0,1% de los tumores óseos primarios. Tiene un comportamiento localmente agresivo con tendencia a la recurrencia, que oscila entre el 25% y el 72%, cuando existe una resección quirúrgica incompleta.

Objetivo: Describir el caso clínico de una paciente joven con diagnóstico de un fibroma desmoplásico, localizado en región sacra.

Presentación del caso: Se presenta a una paciente femenina de 28 años, con dolor lumbosacro moderado de largo tiempo, irradiado hacia miembro inferior derecho y acompañado de parestesias. Los exámenes de imagen y la biopsia guiada por TAC confirmaron el diagnóstico de fibroma desmoplásico. Recibió tratamiento quirúrgico: resección quirúrgica con vaciamiento intraoperatorio del tumor de la cavidad residual, con evolución favorable.

Discusión: El fibroma desmoplásico, es una neoplasia benigna, localmente agresiva. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, presentando comúnmente dolor crónico en la región afectada, pero en localizaciones como el sacro, pueden provocar síntomas neurológicos, debido a la compresión en estructuras cercanas. Los estudios imagenológicos, inmunohistoquímicos y un análisis anatopatológico son imprescindibles para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuado y específico.

Conclusión: El fibroma desmoplásico, es una patología infrecuente, que requiere un manejo complementario adecuado a través de estudios de imagen, con la confirmación histopatológica específica mediante biopsia. El tratamiento quirúrgico con resección amplia reduce el riesgo de recurrencia.

Palabras clave: fibroma desmoplásico; sacro; resección; vaciamiento; intraoperatorio.

Bone Tumor, desmoplastic fibroma of the sacrum. Case Report

Abstract

Introduction: Desmoplastic fibroma is a rare entity, representing less than 0.1% of primary bone tumors. It has a locally aggressive behavior with a tendency to recurrence, ranging from 25% to 72%, when there is incomplete surgical resection.

Objective: To describe the case of a patient with a diagnosis of desmoplastic fibroma of the sacrum, highlighting the importance and relevance for the medical literature, due to the clinical presentation and atypical location, as well as the low prevalence among bone tumors.

Case presentation: We present a 28-year-old female patient with long-standing moderate lumbosacral pain, radiating to the right lower limb and accompanied by paresthesias. Imaging tests and CT-guided biopsy confirmed the diagnosis of desmoplastic fibroma. She received surgical treatment: surgical resection with intraoperative emptying of the residual cavity tumor, with favorable evolution.

Discussion: Desmoplastic fibroma is an infrequent pathology, which requires an adequate complementary management through imaging studies, with specific histopathological confirmation by biopsy. Surgical treatment with wide resection reduces the risk of recurrence.

Conclusions: Desmoplastic fibroma is an infrequent pathology, which requires an adequate complementary management through imaging studies, with specific histopathological confirmation by biopsy. Surgical treatment with wide resection reduces the risk of recurrence.

Key words: desmoplastic fibroma, sacrum, resection, removal, intraoperative.

Cómo citar este artículo: Bombón- Caizaluisa MF, Armijos-Vélez J, Marquez-Jervis J, Vargas-Sosa CI, Albuja-Delgado K, Zambrano-Franco E. Tumor óseo, fibroma desmoplásico del sacro. Reporte de Caso. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2): 61-69. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7450>



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

Introducción

El fibroma desmoplásico (FD) es un tumor óseo primario no metastásico extremadamente raro, lítico con un comportamiento agresivo local con una prevalencia de 0,1-0,3% entre todas las neoplasias óseas, se caracteriza por una proliferación de células fusiformes rodeadas por abundante estroma desmoplásico^{1,2}. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que el fibroma desmoplásico pertenece a un grupo de neoplasias fibroblásticas que tienen características histológicas similares a la fibromatosis tipo desmoide, lo que complica su diagnóstico diferencial^{2,3}. No existe una etiología exclusiva y definitiva para esta patología, sin embargo, existen factores predisponentes que incluyen trauma, factores endócrinos y genéticos³. Esta patología suele presentarse en pacientes adolescentes y adultos jóvenes, con igual distribución por sexos⁴. La localización del FD puede involucrar a cualquier hueso; teniendo predilección por los huesos craneofaciales, como la mandíbula, los huesos largos especialmente el fémur distal, la tibia proximal y la pelvis, siendo extremadamente infrecuente la presentación en la columna vertebral^{4,5}. El FD del sacro es una de las localizaciones más inusuales, lo que plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos debido a la proximidad de estructuras neurovasculares importantes y a la complejidad quirúrgica que implica su resección⁵. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, con dolor crónico en la zona afectada, como el síntoma predominante^{5,6}. Sin embargo, en algunas ocasiones, los pacientes pueden presentar síntomas neurológicos debido a la compresión de estructuras cercanas, lo que puede complicar el diagnóstico y tratamiento oportuno⁶.

El diagnóstico del FD suele basarse en la combinación de estudios de imagen y biopsia, es así que la tomografía computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) son herramientas esenciales para caracterizar el tamaño y la extensión de la lesión, así como para la elección del tratamiento óptimo⁶. Los hallazgos típicos en estos estudios de imagen

incluyen una lesión lítica, bien delimitada, sin reacción perióstica significativa y en casos avanzados, puede observarse infiltración de los tejidos blandos adyacentes⁷.

El manejo del FD es principalmente quirúrgico y se recomienda la resección quirúrgica amplia o en bloque de la lesión con márgenes amplios para reducir el riesgo de recidiva^{8,9}. Sin embargo, cuando la extensa resección genera un defecto óseo significativo, como en la columna vertebral o el sacro, es necesario realizar una reconstrucción ósea con injertos o cementación¹⁰. A pesar de ser una neoplasia benigna, su alta tasa de recurrencia; justifica un seguimiento postoperatorio a mediano y a largo plazo¹¹.

Teniendo en cuenta la presentación clínica atípica, la baja prevalencia de estos tumores entre las neoplasias óseas, así como la rareza de los casos reportados en la literatura médica, el objetivo de este trabajo es describir el caso clínico de una paciente joven con diagnóstico de un fibroma desmoplásico, localizado en región sacra.

Presentación del caso

Paciente femenina de 28 años, mestiza, con antecedente patológico personal de mioma uterino y sin antecedentes quirúrgicos previos, en cuanto a antecedentes patológicos familiares menciona cáncer de cérvix en tías materna y paterna.

La paciente asistió al servicio de traumatología, por presentar dolor esporádico de intensidad moderada en región lumbosacra de tres meses de evolución, el cual se irradiaba hacia miembro inferior derecho. Además, refiere que el cuadro clínico se exacerbó en las últimas semanas tras realizar esfuerzo físico moderado, acompañando de parestesias en el miembro inferior derecho.

Elexamenfísicoreveló sensibilidad al palpación en la región lumbosacra, sin deformidades óseas visibles ni masas palpables y se solicitaron estudios de imagen complementarios, entre los

que constaron: radiografía anteroposterior (AP) de pelvis, radiografías AP y lateral de columna lumbosacra, tomografía axial computarizada (TAC) de región lumbosacra y una resonancia magnética nuclear (RMN) de columna lumbar-sacra simple, los cuales reportaron en la radiografía de pelvis (AP) y lateral de columna lumbosacra, una imagen osteolítica irregular de 26x21mm localizada en la derecha del sacro, no se identificó trazo evidente de fractura ni líneas de avulsión y sin reacción periótica significativa (Figura 1).

La TAC de la región lumbosacra, mostró una imagen hipodensa en el sacro derecho, con bordes irregulares, sugestiva de un proceso neoplásico benigno. También, se encontró una leve expansión ósea sin compromiso de los tejidos blandos adyacentes (Figura 2).

Los hallazgos imagenológicos sugirieron un fibroma desmoplásico como diagnóstico diferencial principal, por lo que se decidió realizar una biopsia guiada por TAC para confirmar la naturaleza de la lesión (Figura 3).

Dicho estudio reveló una proliferación de células fusiformes rodeadas de un estroma desmoplásico, con escasa celularidad y mínimas mitosis, confirmando el diagnóstico de fibroma desmoplásico. No se evidenció atipia ni signos de malignidad. Teniendo en cuenta esta particularidad, para definir las características morfológicas y anatómicas de la lesión, así como su relación con estructuras adyacentes y seleccionar la mejor técnica quirúrgica, se solicitó una resonancia magnética de columna lumbar-sacra (Figura 4).



Figura 1. Radiografía AP de pelvis con evidencia de lesión osteolítica irregular en el ala sacra derecha, de 26x21 mm, sin evidencia de fracturas ni reacción periótica significativa.

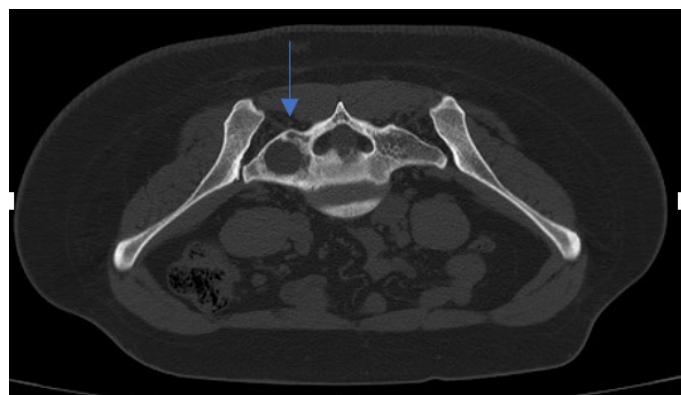


Figura 2. Corte axial de TAC de pelvis, con lesión hipodensa en el ala sacra derecha, con bordes irregulares, leve expansión ósea sin compromiso de los tejidos blandos adyacentes, con una atenuación de 35 unidades Hounsfield, sugiriendo una posible lesión de tipo fibroso o mixoide.



Figura 3. Biopsia guiada por TAC de la lesión en el sacro derecho, que fue enviada a análisis histopatológico.



Figura 4. Resonancia magnética lumbosacra (secuencia ponderada en T2) que identificó la lesión previamente biopsiada en el ala sacra derecha, con características quísticas y baja señal en T1, compatible con un tumor fibroso.

Debido a que hasta el momento la paciente no había recibido ningún tratamiento específico y al evidenciar los hallazgos clínicos, imagenológicos y patológicos citados anteriormente, se optó por realizar tratamiento quirúrgico que se basó en la resección quirúrgica con vaciamiento intraoperatorio del tumor (Figura 5) y posterior a lo que se realizó la cementación de la cavidad ósea residual; se decidió la cementación de la cavidad para mejorar la estabilidad estructural y reducir el riesgo de fracturas o colapso óseo postoperatorio, dado el tamaño del defecto óseo generado tras la resección completa (Figura 6). La intervención quirúrgica se llevó a cabo sin complicaciones intraoperatorias.

Posterior a lo antes mencionado se decidió el alta médica de la paciente a las 72 horas del período postquirúrgico, pues no se presentaron complicaciones inmediatas y no se evidenció sangrado activo, además se evidenciaron signos vitales estables y movilidad conservada.

En la consulta a los 10 días postquirúrgicos se evidenció una evolución adecuada; en los controles subsecuentes a la cirugía se observó la cicatriz quirúrgica, sin signos de infección o inflamación, sin aparente recidiva tumoral. Se realizaron estudios de imágenes de control postoperatorios a los 3 meses de la cirugía, que constaron de radiografía de pelvis en 2 posiciones (Figura 7) y una TAC de pelvis simple (Figura 8).

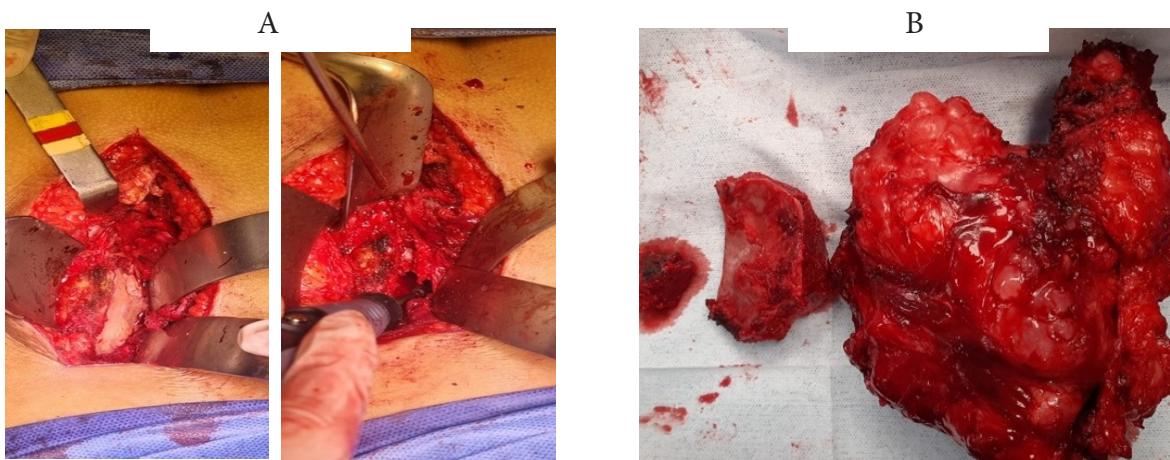


Figura 5. Procedimiento quirúrgico realizado.

A: resección quirúrgica con vaciamiento intraoperatorio del tumor de la cavidad residual.

B: Pieza quirúrgica resecada, de dimensiones aproximadas 6 cm x 8 cm, tumor extraído en su totalidad.

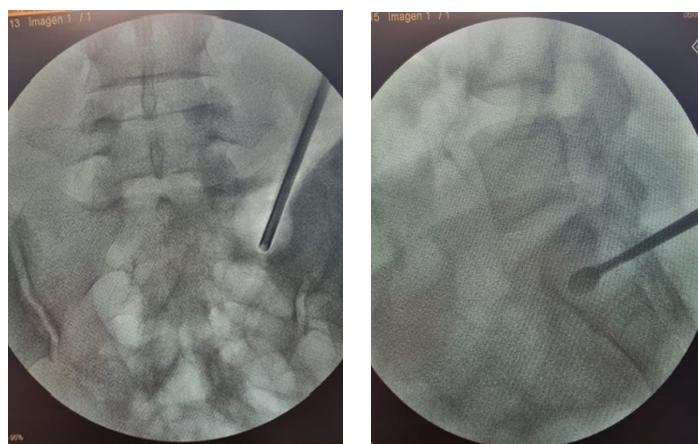


Figura 6. Cementación de la cavidad ósea residual.



Figura 7. Radiografías de pelvis AP (A) y oblicua (B) que muestran cambios postquirúrgicos en el hemisacro derecho, con preservación de la arquitectura ósea general, sin evidencia de fracturas ni desalineación.

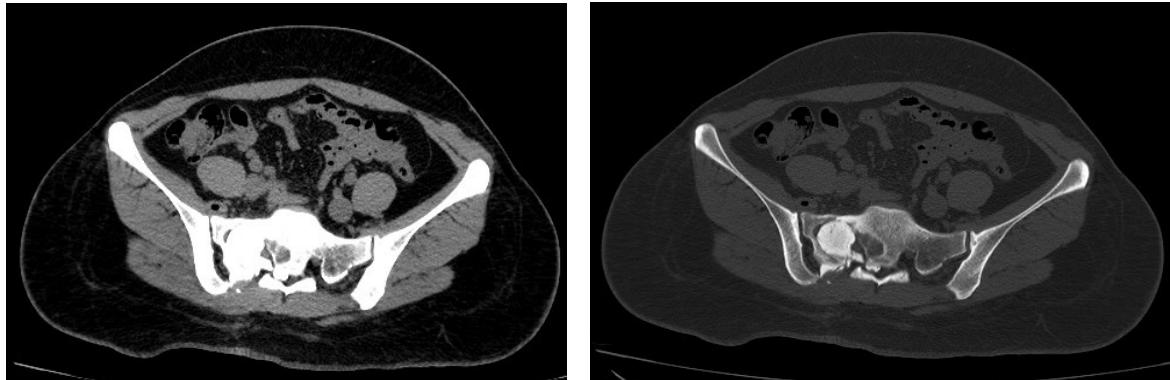


Figura 8. Tomografía computarizada de pelvis en cortes axiales, que revelan material de osteosíntesis en el ala sacra derecha, sin signos de compresión radicular o invasión de estructuras adyacentes.

Dichos estudios de imagen postoperatorios, sugieren estabilidad postquirúrgica del proceso de vaciamiento y cementación en el sacro derecho, sin evidencia de complicaciones agudas como compresión nerviosa o fracturas. La función motora y sensitiva de los miembros inferiores se mantuvo intacta, y el dolor lumbosacro disminuyó significativamente en la escala visual análoga. Se indicó seguimiento clínico y por imágenes de manera periódica para monitorizar cualquier signo de recurrencia local, dada la naturaleza localmente agresiva de la neoplasia, hasta el momento tiene una evolución positiva.

Discusión

El fibroma desmoplásico, es una neoplasia benigna rara, que se asemeja morfológicamente a la fibromatosis tipo desmoide comúnmente vista en la pared abdominal, pero su comportamiento localmente agresivo lo distingue de otros tumores benignos, teniendo una alta tendencia a la recurrencia tras una resección quirúrgica incompleta^{2,3}. Esta patología no tiene una etiología exclusiva, sin embargo un estudio reciente permitió relacionarlo genéticamente, con mutaciones en el exón 3 de CTNNB1, que codifica para la B-catenina, distinguiéndolo así de la fibromatosis de tipo desmoide³. Esto lo convierte en un desafío importante, pues al ser un tumor relativamente raro, se limita a pocos reportajes de casos dispersos

en la literatura ortopédica, patológica y radiológica; por lo tanto, el diagnóstico debe ser adecuado y oportuno con un tratamiento lo más radical posible para minimizar el riesgo de recidivas^{3,4}. Las manifestaciones clínicas del FD suelen ser inespecíficas, lo que puede retrasar su diagnóstico, tal como ocurrió con la paciente de este estudio, quien presentó dolor lumbosacro crónico irradiado hacia el miembro inferior derecho durante un período de varios meses, acompañado de parestesias. En muchos casos, el dolor y la hinchazón son los síntomas más representativos y predominantes del cuadro clínico⁵; pudiéndose reportar fracturas patológicas en el 9 al 15% de los casos suscitados^{5,6}. En el caso presentado, la paciente no presentaba fracturas, alteraciones de esfínteres ni pérdida de fuerza, pero los estudios imagenológicos fueron determinantes para identificar la lesión de manera inicial y su relación con estructuras cercanas.

En este contexto, el diagnóstico del FD depende en gran medida de los hallazgos imagenológicos, ya que las características radiográficas diagnósticas incluyen una lesión lítica bien delimitada, sin reacción perióstica significativa, que puede observarse con expansión y en algunos casos, con destrucción cortical⁵ especialmente en casos avanzados, lo cual puede ser detectado de mejor manera mediante una TAC⁶. Así también la RM es crucial para evaluar la extensión del tumor y su relación con

estructuras neurovasculares, especialmente en localizaciones complejas como el sacro⁷, lo que, en este caso fue fundamental para delimitar la extensión de la lesión y planificar el abordaje quirúrgico correspondiente.

En el FD, la biopsia abierta es gold standar diagnóstico, con un 98% de precisión en mayoría de los tumores musculoesqueléticos; sin embargo la biopsia percutánea guiada por imágenes se está convirtiendo en el método de elección cada vez más aceptado con una precisión estimada entre 78 y 98,4%⁸.

En el caso en mención, el diagnóstico definitivo fue confirmado mediante biopsia guiada por TAC, la que mostró una proliferación de células fusiformes en un estroma desmoplásico, hallazgo característico de este tipo de neoplasia, lo que junto con la ausencia de atipia celular y de signos de malignidad, confirmó la naturaleza benigna del tumor⁸. Cabe mencionar que el FD puede ser difícil de diferenciar de otras lesiones fibroblásticas y de neoplasias malignas, por lo que el diagnóstico diferencial es amplio^{9,10,11}.

Respecto al tratamiento del FD, debido a su comportamiento localmente agresivo y su alta tasa de recurrencia¹⁰, se recomienda el tratamiento con resección amplia con márgenes claros para minimizar el riesgo de recidiva^{11,12}, ya que actualmente la literatura reporta una tasa de recurrencia que oscila entre el 25% y el 72%¹³. Sin embargo, en localizaciones como el sacro, donde una resección extensa puede dejar un defecto óseo significativo, la cementación o el uso de injertos óseos pueden ser necesarios para mantener la estabilidad estructural¹². En este caso, se optó por la cementación de la cavidad post-resección, lo cual permitió una estabilidad adecuada y facilitó una mejor recuperación posquirúrgica.

La resección de curetaje o marginal se puede utilizar cuando la resección en bloque resultaría en una morbilidad y pérdida significativa de la función postoperatoria^{12,13}.

Específicamente en este caso, la evolución postoperatoria de la paciente fue favorable, y sin complicaciones inmediatas. Sin embargo, debido al riesgo de recurrencia, es crucial un seguimiento riguroso, con controles periódicos mediante imágenes para detectar posibles recurrencias tempranas¹⁴⁻¹⁶ ya que a pesar de que el FD no hace metástasis en otras áreas del cuerpo, en casos de eliminación incompleta de la neoplasia la recurrencia es probable¹⁵. Se han planteado otras alternativas terapéuticas no concluyentes para el tratamiento del fibroma desmoplásico en base a radioterapia, sin embargo, existe poca experiencia en los centros especializados con este tratamiento¹⁶. En conclusión, debido a que en la actualidad existe literatura científica limitada sobre el fibroma desmoplásico del sacro, es de gran importancia un oportuno diagnóstico y un reconocimiento temprano de estos casos, con el fin de lograr un manejo quirúrgico adecuado y un seguimiento prolongado para evitar complicaciones. Es así que teniendo en cuenta la rareza de esta patología, la presentación y localización atípica (sacro), la publicación de este caso clínico servirá como fuente de información y referencia para la ciencia médica y para futuras investigaciones a nivel local, regional e incluso internacional.

Las principales limitaciones y dificultades de este estudio, radican en que, al ser un reporte de caso único, los hallazgos transoperatorios y postoperatorios, restringieron la generalización de los mismos en relación con los casos descritos en la literatura. Además, al tener un seguimiento postoperatorio relativamente corto, no se puede evaluar adecuadamente el riesgo de recurrencia a mediano y largo plazo.

Desde la perspectiva del paciente, encontrar un diagnóstico y tratamiento oportuno, representó un desafío transcendental; puesto que el cuadro clínico al presentar una sintomatología inespecífica de larga data, sumado a la poca información respecto al caso en mención, generaron preocupación y ansiedad por la naturaleza de la lesión y la rareza del diagnóstico de dicha patología. Sin embargo,

se destacó la importancia del apoyo recibido por parte del equipo médico y su familia, para afrontar el proceso prequirúrgico, quirúrgico y postoperatorio, pero sobre todo para lograr buscar y encontrar el diagnóstico definitivo, aunque no existan casos similares reportados ni a nivel local, regional o internacional.

Aprobación y consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente.

Contribuciones de autoría

Conceptualización: Marco Fabricio Bombón, Cesar Iván Vargas Sosa.

Curación de datos: Marco Fabricio Bombón, Cesar Iván Vargas Sosa, Erick Zambrano Franco, Kevin Albuja.

Análisis formal: Marco Fabricio Bombón, Cesar Iván Vargas Sosa.

Investigación: Marco Fabricio Bombón, Cesar

Iván Vargas Sosa.

Metodología: Marco Fabricio Bombón.

Recursos: Jorge Armijos, José Marquez.

Software: Marco Fabricio Bombón, Cesar Iván Vargas Sosa.

Supervisión: Marco Fabricio Bombón, Jorge Armijos, José Marquez.

Validación: Jorge Armijos, José Marquez.
Redacción – borrador original: Marco Fabricio Bombón, Cesar Iván Vargas Sosa.

Redacción – revisión y edición: Marco Fabricio Bombón, Cesar Iván Vargas, Erick Zambrano Franco, Kevin Albuja.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Todos los autores declaran financiamiento con fondos propios

Referencias

1. Folpe A, Carrie Y. *Bone and Soft Tissue Pathology*. 1st ed. Philadelphia: Elsevier; 2010: 455-462.
2. Hauben E, Cleton-Jansen AM. *Soft Tissue and Bone Tumours*. Who Classification of Tumours, 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020: p. 298.
3. Tanwar YS, Kharbanda Y, Rastogi R, Singh R. Desmoplastic fibroma of bone: A case series and review of literature. *Indian J Surg Oncol* [Internet]. 2018 [cited 2024 Sep 3];9(4):585-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6265178/>
4. Pujol O, Castellanos S, Carrasco MG, Garzón A, Romagosa C, & Vélez, R. Massive Desmoplastic Fibroma of the Proximal Tibia: Case Report. *Rev Bras Ortop* [Internet]. 2024; [cited 2024 Sep 3];59(1): e114–e118. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1771492>
5. Candebat R, Rodulfo RC, Mauri OP, Rajadel AR, Delgado AR. Fibroma desmoplásico de la columna lumbar. *Rev Cubana Ortop Traumatol* [Internet]. 2012 [cited 2024 Sep 3];26(1):90-7. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2012000100009
6. Stefanidis K, Benakis S, Tsatalou E, Ouranos V, Chondros D. Computed tomography and magnetic resonance imaging of desmoplastic fibroma with simultaneous manifestation in two unusual locations: a case report. *J Med Case Rep* [Internet]. 2011 [cited 2024 Sep 3];5:28. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/1752-1947-5-28>
7. Gómez Cabrera JC, Acuña Valle A, Mauriño Sáenz R, Ferretti Patarca L. Fibroma desmoplásico. *Rev Argent Radiol*. [Internet] 2017; [cited 2024 Sep 17].81(4):246-250. Available from:<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-radiologia-383-articulo-fibroma-desmoplásico-S0048761917300327>
8. Yin H, Zhang D, Wu Z, Yang X, Jiao J, Wan W, Huang Q, Zhou W, Wang T, Jianru X. Desmoplastic fibroma of the spine: a series of 12 cases and outcomes. *Spine J*. [Internet]. 2014; [cited 2024

- Sep 17];14(8):1622-1628. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24345470/>
- 9. Nedopil A., Raab P., Rudert M. Desmoplastic fibroma: a case report with three years of clinical and radiological observation and review of the literature. *Open Orthop J.* [Internet]. 2013; [cited 2024 Sep 17]8:40–46 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3583030/>
 - 10. Singh H, Dalal S, Muthu SS, Bakshi S. Desmoplastic fibroma of the scapula: a case report and review of literature. *J Anat Soc India* [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 3];70(1):8-12. Available from: https://journals.lww.com/jasi/fulltext/2020/17010/desmoplastic_fibroma_of_the_scapula_a_case_report.8.aspx
 - 11. Lu Y, Lan W, Wu Q, et al. Desmoplastic fibroma in a child: a 9-year follow-up case report. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 5];25:306. Available from: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-024-07454-6>
 - 12. Razavipour M, Akhlaghi H, Abdollahi A. Overcoming diagnostic challenges in desmoplastic fibroma of the scapula: a rare case report. *Oxford Med Case Rep* [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 3];2023(8) Available from: <https://doi.org/10.1093/omcr/omad057>
 - 13. Ishizaka T, Susa M, Sato C, Horiuchi K, Koga A, Kumazawa F, et al. Desmoplastic fibroma of bone arising in the cortex of the proximal femur. *J Orthop Sci* [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 7];26(2):306-10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jos.2018.07.011>
 - 14. Levrini G, Pattacini P. Desmoplastic fibroma of the distal tibia: a case report of a minimally invasive histological diagnosis. *Mol Clin Oncol* [Internet]. 2016; [cited 2024 Sep 7];5:537–9. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5103855/>
 - 15. Abu Alnasr AA, Sulaiman SR, Abu Alnasr AA, Qari Y, Al Arabi RM. Successful Treatment of a Case of Desmoplastic Fibroma: A Case of Unusual Lesion. *Cureus*. [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 17];13(9):e17857. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8502758/#REF3>
 - 16. Evans S, Ramasamy A, Jeys L, Grimer R. Desmoplastic fibroma of bone: a rare bone tumour. *J Bone Oncol.* [Internet]. 2014; [cited 2024 Sep 17] 3(2):77-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4723648/>

Síndrome de POEMS. Un caso inusual con organomegalia, gammapatía monoclonal y endocrinopatía tiroidea. Reporte de caso

Hernández-Navas Jorge Andrés

<https://orcid.org/0009-0001-5758-5965>
Universidad de Santander, Facultad de medicina, Bucaramanga, Colombia
jorgeandreshernandez2017@gmail.com

Dulcey-Sarmiento Luis Andrés

<https://orcid.org/0000-0001-9306-0413>
luismedintcol@gmail.com
Universidad Industrial de Santander, Facultad de medicina interna, Bucaramanga, Colombia

Gómez-Ayala Jaime Alberto

<https://orcid.org/0000-0002-1103-9598>
Universidad Industrial de Santander, Facultad de medicina interna, Bucaramanga, Colombia
jgomez608@unab.edu.co

Ochoa-Castellanos Valentina

<https://orcid.org/0009-0001-5845-6444>
Universidad de Santander, Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia
Valecastell_12@hotmail.com

Therán Juan

<https://orcid.org/0000-0002-4742-0403>
Universidad de Santander, Facultad de medicina familiar, Bucaramanga, Colombia.
jtheran554@unab.edu.co

Quitian Jerson

<https://orcid.org/0000-0003-3543-395X>
Universidad del Bosque, Departamento de cardiología, Bogotá, Colombia
jersonquitian@yahoo.com

Correspondencia:

Jorge Andrés Hernández Navas.
jorgeandreshernandez2017@gmail.com

Recibido: 26 de junio 2024

Aceptado para revisión: 15 de agosto 2024

Aceptado para publicación: 03 de marzo 2025

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.6809>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 50, Número 2, Año 2025
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: El síndrome de polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal y alteraciones cutáneas (POEMS) es una enfermedad rara y compleja asociada a trastornos de las células plasmáticas, al igual que el mieloma múltiple. Se caracteriza por una serie de manifestaciones clínicas que afectan múltiples sistemas del organismo, lo que plantea un diagnóstico significativo.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas y el manejo diagnóstico del síndrome de POEMS mediante la presentación detallada de un paciente con esta enfermedad.

Presentación del caso: Se presenta un paciente masculino de 54 años con antecedentes de mieloma múltiple y tuberculosis. Durante su evaluación, se identificaron esplenomegalia, disfunción tiroidea y gammapatía monoclonal. El paciente mostró síntomas de polineuropatía, incluyendo debilidad muscular y alteraciones sensoriales. Se realizaron análisis de laboratorio, que confirmaron la presencia de proteínas monoclonales, y estudios de imagen que evidenciaron la organomegalia.

Discusión: El síndrome de POEMS presenta una amplia gama de manifestaciones clínicas, lo que complica su diagnóstico y manejo. La identificación temprana de proteínas monoclonales es crucial, y se requiere un enfoque multidisciplinario que incluya exámenes físicos exhaustivos, análisis de laboratorio y estudios de imagen. Este caso ilustra la importancia de un diagnóstico oportuno y un tratamiento integral, destacando que la colaboración entre especialidades médicas es fundamental para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta compleja condición.

Conclusión: El caso presentado resalta la complejidad diagnóstica y terapéutica del síndrome de POEMS, caracterizado por su presentación multisistémica que incluye organomegalia, gammapatía monoclonal, endocrinopatías y neuropatía periférica.

Palabras clave: síndrome POEMS; polineuropatías; gammapatía monoclonal; esplenomegalia.

POEMS syndrome. An unusual case with organomegaly, monoclonal gammopathy and thyroid endocrinopathy. Case Report

Abstract

Introduction: POEMS syndrome (Polyneuropathy, Organomegaly, Endocrinopathy, Monoclonal Protein, and Skin Changes) is a rare and complex disease associated with plasma cell disorders, such as multiple myeloma. It is characterized by a series of clinical manifestations that affect multiple systems in the body, posing significant diagnostic challenges.

Objective: Describe the clinical manifestations and diagnostic management of POEMS syndrome through a detailed presentation of a patient with this disease, emphasizing the importance of a multidisciplinary approach in its identification and treatment.

Case report: A 54-year-old male patient with a history of multiple myeloma and tuberculosis was presented. During his evaluation, splenomegaly, thyroid dysfunction, and monoclonal gammopathy were identified. The patient exhibited symptoms of polyneuropathy, including muscle weakness and sensory disturbances. Laboratory analyses confirmed the presence of monoclonal proteins, and imaging studies demonstrated organomegaly.

Discussion: POEMS syndrome presents a wide range of clinical manifestations, complicating its diagnosis and management. Early identification of monoclonal proteins is crucial, and a multidisciplinary approach is required, including thorough physical examinations, laboratory analyses, and imaging studies. This case illustrates the importance of timely diagnosis and comprehensive treatment, highlighting that collaboration among medical specialties is essential to optimize clinical outcomes and improve the quality of life for patients affected by this complex condition.

Conclusion: The presented case highlights the diagnostic and therapeutic complexity of POEMS syndrome, characterized by its multisystem presentation that includes organomegalia, monoclonal gammopathy, endocrinopathies, and peripheral neuropathy.

Keywords: POEMS síndrome; polineuropatías; monoclonal gammopathy; splenomegalia.

Cómo citar este artículo: Hernández-Navas JA, Dulcey-Sarmiento LA, Gómez-Ayala JA, Ochoa-Castellanos V, Therán J, Quitian J. Síndrome de POEMS. Un caso inusual con organomegalia, gammapatía monoclonal y endocrinopatía tiroidea. Reporte de caso. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025 may [cited]; 50(2): 70-77. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.6809>



Introducción

El síndrome de polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteínas monoclonales y cambios cutáneos (POEMS) es una afección multisistémica poco común, con una patogénesis aún indefinida. Presenta una amplia variedad de manifestaciones sistémicas que a menudo se confunden con comorbilidades triviales, lo que retrasa su diagnóstico entre 12 y 16 meses, este retraso puede provocar graves secuelas en los pacientes, llevando a discapacidades severas que los postran en cama o en silla de ruedas debido a la neuropatía establecida. La incidencia estimada del síndrome de POEMS es de aproximadamente 0,3 casos por cada 100 000 personas, afectando principalmente a personas mayores y hombres, lo que coincide con la prevalencia del mieloma múltiple. Este síndrome afecta múltiples órganos, por lo que sus síntomas son diversos¹.

Además de las características principales del síndrome de POEMS, otras manifestaciones importantes se encuentran presentes; entre ellas incluyen papiledema, retención excesiva de líquido extravascular, anomalías óseas escleróticas y niveles elevados del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). Aunque la fisiopatología del síndrome es compleja, se ha sugerido que la interacción de diversas citoquinas producidas por células plasmáticas clonales y policlonales juegan un papel crucial en la angiogénesis y en la permeabilidad microvascular, elementos clave en el desarrollo de este síndrome. El VEGF se ha identificado como la citoquina más relevante para la progresión de esta enfermedad; sin embargo, la eficacia ambigua de la terapia anti-VEGF sugiere que su papel se define mejor como mediador de la progresión del síndrome².

Para el diagnóstico del síndrome de POEMS, se utilizan criterios clínicos que se dividen en mayores y menores. Los criterios mayores incluyen la presencia de polineuropatía, gammaglobulina monoclonal y disfunción endocrina, mientras que los criterios menores abarcan manifestaciones como organomegalia,

anomalías óseas, retención de líquidos y niveles elevados de VEGF. La combinación de estos criterios ayuda a establecer un diagnóstico adecuado y oportuno del síndrome³.

Con estos antecedentes el presente estudio tiene como objetivo describir las manifestaciones clínicas y el manejo diagnóstico del síndrome de POEMS mediante la presentación detallada de un paciente con esta enfermedad.

Presentación del caso

Paciente masculino de 54 años, de raza negra, procedente de Bucaramanga, Colombia, con antecedentes de mieloma múltiple diagnosticado hace aproximadamente dos años, para lo que recibió tratamiento quimioterapéutico a base de bortezomib y dexametasona, además fue considerado candidato a trasplante de progenitores hematopoyéticos, el cual se realizó hace seis meses. Sin embargo, como secuela del tratamiento, desarrolló disfunción tiroidea y neuropatía periférica.

Al momento del ingreso, el paciente se encontraba en tratamiento activo para tuberculosis pulmonar primaria, la cual fue diagnosticada hace aproximadamente seis meses, para lo que recibió isoniazida (350 mg/día) y rifampicina (600 mg/día), encontrándose en la fase de continuación del esquema antituberculoso de primera línea.

A pesar de que el paciente ha mantenido buena adherencia a su tratamiento para la tuberculosis y no reportó efectos adversos relevantes previamente, en el último mes presentó varios síntomas que motivaron su ingreso al servicio de urgencias; estos incluyeron fatiga, pérdida de peso significativa (8 kg), fiebre subjetiva y diaforesis nocturna.

Adicionalmente, el paciente reportó la aparición de tos hemoptoica, la cual describió como episodios de tos productiva con esputo teñido de sangre, lo cual podría indicar una

exacerbación o complicación pulmonar relacionada con la tuberculosis.

También refirió dolor anginoso, descrito como un dolor torácico de tipo opresivo, localizado en el centro del pecho, este dolor se presentó de manera episódica y estuvo asociado a esfuerzo físico o estrés emocional.

Al examen físico, el paciente se encontraba en aceptables condiciones generales y hemodinámicamente estable. A nivel abdominal se evidenció un abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, con una esplenomegalia palpable a 3 cm por debajo del reborde costal, y ruidos intestinales presentes. A nivel osteomuscular, se evidenció dificultades para la marcha y disminución de la turgencia cutánea. Neurológicamente, sus esferas mentales estaban conservadas, sin

embargo, presentó hipoestesia, termoalgésica y abatiestesia, además de disminución de los reflejos osteotendinosos rotuliano y aquiliano y disminución de la fuerza muscular en los miembros inferiores.

Durante la hospitalización, se realizaron análisis de sangre, cultivos, radiografías de tórax y estudios de imagen avanzados, en donde los resultados revelaron la presencia de gammaglobulina monoclonal (inmunofijación en suero con reporte de indicador de gammaglobulina monoclonal (IGG-Lambda) y disfunción tiroidea (TSH 16,33 μ U/ml, T4 libre 0,5822 μ g/dl)). Por otro lado, se realizó una evaluación neurológica completa, incluyendo estudios de conducción nerviosa y electromiografía (Tabla 1), para diagnosticar y caracterizar la neuropatía periférica.

Tabla 1. Hallazgos encontrados en la electromiografía

Parámetro	Hallazgo	Descripción
Velocidad de conducción nerviosa motora (VCM)	Extremidades superiores: 32 m/s; inferiores: 28 m/s	Reducción significativa en ambas extremidades.
Latencia distal motora	6,5 ms (promedio en nervios medianos y tibiales)	Valores prolongados en comparación con los rangos normales.
Amplitud del potencial de acción motora (CMAP)	Extremidades superiores: 1,8mV; inferiores: 0,9mV	Valores bajos, indicativos de compromiso motor.
Velocidad de conducción nerviosa sensitiva (VCS)	No detectable en nervios periféricos principales	Ausencia de respuestas sensitivas registradas.
Amplitud del potencial de acción sensitivo (SNAP)	No detectable en extremidades superiores e inferiores	Sin respuestas sensitivas evidentes en los estudios realizados.
Frecuencia de actividad espontánea (descargas fibrilantes)	Presencia moderada en músculos tibiales anteriores	Actividad espontánea registrada en reposo.

En esta evaluación se observó una reducción significativa en la velocidad de conducción nerviosa motora (VCM) en todas las extremidades (superiores e inferiores), lo que indica un compromiso motor de grado leve a moderado. Además, la latencia distal motora prolongada refleja una desaceleración en la conducción de los impulsos nerviosos, lo que sugiere daño en las fibras nerviosas. La

baja amplitud del potencial de acción motora (CMAP) en las extremidades refuerza la idea de un deterioro motor. En cuanto a la conducción sensitiva, la ausencia de respuestas (VCS y SNAP) indica un déficit en la función sensorial, sugiriendo que la neuropatía afectó tanto la parte sensitiva como a la motora del sistema nervioso periférico. Finalmente, la presencia de actividad espontánea (descargas

fibrilantes) en los músculos tibiales anteriores es un hallazgo típico de las neuropatías, que señala daño axonal o desmielinizante en las fibras nerviosas. Estos hallazgos globales sugirieron una neuropatía sensitivo-motora, compatible con intensidad leve a moderada en este paciente.

Se instauró un manejo integral tras la confirmación del diagnóstico de síndrome de POEMS, una entidad poco frecuente dentro de los síndromes paraneoplásicos, asociada a trastornos de células plasmáticas. El diagnóstico se realizó en base a los criterios diagnósticos descritos en la literatura especializada, entre los cuales se identificaron dos criterios mayores obligatorios: polineuropatía simétrica distal progresiva de tipo desmielinizante, documentada mediante estudios de conducción nerviosa, y presencia de un trastorno de células plasmáticas con evidencia de gammaglobulina monoclonal tipo IgA lambda detectada por inmunofijación en suero. Adicionalmente, se cumplieron varios criterios menores, entre ellos: organomegalia hepatoesplénica leve, endocrinopatía (hipotiroidismo primario), alteraciones cutáneas y pérdida de peso no intencionada, lo que en su conjunto permitió establecer de forma concluyente el diagnóstico.

Como parte del manejo específico para el mieloma múltiple asociado —considerado una de las manifestaciones neoplásicas subyacentes al síndrome de POEMS— se inició tratamiento con bortezomib (1,3 mg/m²) subcutáneo los días 1, 4, 8 y 11 de cada ciclo, asociado con dexametasona 20 mg por vía oral en los días 1-2 y 8-9, como parte del esquema quimioterapéutico de primera línea. Simultáneamente, se mantuvo el tratamiento para tuberculosis pulmonar activa, confirmada previamente mediante baciloscopía y cultivo, en fase de continuación con isoniazida 350 mg/día y rifampicina 600 mg/día, por un periodo proyectado de 4 meses más, bajo estricta vigilancia de adherencia, efectos adversos y función hepática.

En relación con la disfunción tiroidea, se instauró tratamiento con levotiroxina sódica 50

mcg/día, ajustando la dosis según evolución clínica y valores séricos de TSH, con controles cada 6 a 8 semanas para garantizar una terapia de reemplazo adecuada.

Evolución y seguimiento

Durante la hospitalización y en los controles posteriores, el paciente presentó mejoría significativa de la sintomatología respiratoria, con disminución de la tos hemoptoica y la fatiga. La pérdida de peso se estabilizó mediante seguimiento por nutrición y hubo una reducción notable de las diaforesis nocturnas. En cuanto al dolor anginoso, cedió completamente con el manejo instaurado sin necesidad de una intervención adicional.

Se realizaron controles de laboratorio periódicos que incluyeron inmunofijación en suero, el que mostró persistencia de la gammaglobulina monoclonal, perfil tiroideo (TSH Y T₄ libre) cada 8 semanas, observando mejoría progresiva con la terapia de reemplazo hormonal, función hepática y hematología completa para monitorear posibles efectos secundarios del tratamiento antituberculoso y la quimioterapia, sin alteración significativa.

Discusión

El caso presentado corresponde a un paciente con diagnóstico confirmado de síndrome de POEMS, y presenta varias características clínicas y paraclínicas relevantes que son representativas de esta entidad (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammaglobulina monoclonal y alteraciones cutáneas), una entidad rara y compleja. Este síndrome suele presentar un desafío diagnóstico debido a su presentación heterogénea, lo que también se evidenció en el paciente. La coexistencia de mieloma múltiple, hipotiroidismo y neuropatía periférica es típica del síndrome de POEMS, lo que subraya la necesidad de un enfoque diagnóstico y terapéutico multidisciplinario^{4,5}.

En cuanto a la coexistencia del mieloma múltiple y el síndrome de POEMS, esta relación es significativa, ya que el mieloma puede ser un precursor del desarrollo de

POEMS. La producción de citocinas por las células plasmáticas malignas puede desencadenar la cascada de eventos patológicos que caracterizan este síndrome. En este caso, el paciente presentó el diagnóstico previo de mieloma múltiple, lo que complicó su diagnóstico y manejo. Por otro lado, la presencia de gammaglobulina monoclonal de tipo IgG-lambda sugiere un vínculo entre el mieloma y el desarrollo de síntomas neurológicos, endocrinológicos y de organomegalia asociados con POEMS. Este hallazgo es consistente con la literatura, que documenta que un número significativo de pacientes con POEMS tiene antecedentes de trastornos hematológicos, incluidos el mieloma múltiple y otras gammaglobulinas monoclonales, así como la identificación y manejo temprano del mieloma múltiple es crucial, dado que la progresión de esta enfermedad puede exacerbar los síntomas y complicar el tratamiento del síndrome de POEMS⁵.

La polineuropatía periférica, característica principal del síndrome de POEMS, en el paciente fue confirmada mediante estudios de conducción nerviosa y electromiografía, revelando neuropatía sensitivo-motora leve a moderada. Esta presentación es consistente con las descripciones en la literatura, que indican que la neuropatía en POEMS es predominantemente simétrica, ascendente y afecta tanto la función sensitiva como motora de manera bilateral. Aunque en otros reportes se observa paresia severa en más del 50% de los casos, el paciente mostró disminución de la fuerza motora sin alcanzar dicha gravedad. En términos de organomegalia, la literatura describe la hepatomegalia, esplenomegalia y linfadenopatía como hallazgos frecuentes⁶⁻⁹. En este caso, la esplenomegalia palpable concuerda con estas observaciones.

Entre las alteraciones endocrinas descritas en POEMS, se incluyen el hipotiroidismo, la insuficiencia suprarrenal y la hiperprolactinemia¹⁰. En este caso, el paciente presentó hipotiroidismo primario, que fue manejado con levotiroxina, lo que coincide con las endocrinopatías más

comúnmente reportadas. Sin embargo, no se observaron otras endocrinopatías en el momento del diagnóstico, lo que puede deberse a la variabilidad individual en la expresión del síndrome.

La gammaglobulina monoclonal presente en este paciente es un elemento clave para el diagnóstico diferencial ya que la literatura indica que los pacientes con POEMS suelen tener gammaglobulinas monoclonales tipo IgG o IgA¹¹. En este caso, la inmunofijación en suero confirmó una gammaglobulina monoclonal de tipo IgG-lambda, alineándose con los hallazgos más frecuentes en la literatura.

El uso de bortezomib como parte del esquema de tratamiento del paciente es consistente con las recomendaciones actuales para el manejo del síndrome de POEMS y mieloma múltiple. Según estudios previos, como los reportados por Pramanik et al., el bortezomib ha demostrado eficacia en este contexto, logrando tasas de respuesta muy buena parcial (VGPR) o completa (CR) en hasta el 69% de los casos. El paciente toleró adecuadamente la terapia, sin toxicidades neurológicas significativas, lo cual es relevante dado el riesgo potencial de neuropatía inducida por el fármaco. Además, la combinación de bortezomib con dexametasona ha mostrado beneficios tanto en el control hematológico como en la reducción de la sintomatología¹².

La literatura también menciona el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (ASCT) como una opción para lograr remisiones duraderas en pacientes con POEMS, especialmente en aquellos con mieloma múltiple y neuropatía severa. Este procedimiento se ha asociado con tasas de respuesta alentadoras y una mejora en la calidad de vida de los pacientes, al eliminar la población celular patológica responsable de la gammaglobulina monoclonal. Sin embargo, la elegibilidad para ASCT depende de varios factores, incluidos la respuesta al tratamiento inicial, la edad del paciente, su estado general de salud y la ausencia de comorbilidades significativas. La evaluación

cuidadosa del riesgo y beneficio es crucial, dado que el trasplante conlleva un riesgo de complicaciones y requiere un manejo riguroso. En la práctica clínica, se ha observado que los pacientes que responden adecuadamente a la terapia previa, como el uso de bortezomib y otros agentes quimioterapéuticos tienden a tener mejores resultados postrasplante. Por lo tanto, el ASCT se considera una opción viable para aquellos pacientes con POEMS que han agotado otras alternativas de tratamiento y que presentan un perfil adecuado para el procedimiento^{13,14}.

Es fundamental destacar que la respuesta al tratamiento del síndrome de POEMS y la tuberculosis en este paciente ha sido positiva, lo que sugiere una interacción favorable entre ambos manejos. La terapia con bortezomib y dexametasona para el mieloma múltiple ha contribuido significativamente a la mejoría de los síntomas neurológicos y endocrinológicos del POEMS, mientras que el régimen de tratamiento antituberculoso ha permitido un control efectivo de la tuberculosis pulmonar, evidenciado por la buena adherencia del paciente y la ausencia de efectos adversos relevantes. Este enfoque terapéutico integral no solo ha mejorado la calidad de vida del paciente, sino que también ha facilitado la recuperación de su estado funcional general, resaltando la importancia de un manejo multidisciplinario en casos complejos donde coexisten múltiples condiciones patológicas.

El seguimiento a largo plazo es fundamental en estos pacientes para monitorear la respuesta al tratamiento y detectar recaídas tempranas. El paciente continuará con controles periódicos con evaluaciones clínicas y paraclínicas, que incluirán estudios hematológicos y de función orgánica para ajustar el tratamiento según sea necesario. La literatura sugiere que los pacientes con buen control de la gammaglobulina monoclonal y sin progresión de la neuropatía tienden a tener una mejor calidad de vida y supervivencia prolongada. Sin embargo, las recaídas siguen siendo frecuentes y requieren un manejo terapéutico adaptativo^{15,16}.

Limitaciones del estudio: Este reporte presenta ciertas limitaciones, como la falta de seguimiento a largo plazo y de estudios comparativos para evaluar la eficacia del tratamiento en pacientes con presentaciones similares. Además, la experiencia reportada se limita a un solo caso, lo cual dificulta la generalización de los hallazgos y su aplicabilidad en otras poblaciones. Se sugiere que futuros estudios clínicos evalúen casos adicionales con características similares para profundizar en la relación entre el mieloma múltiple y el síndrome de POEMS, así como en la eficacia de terapias multidisciplinarias en estos pacientes.

En conclusión, el caso presentado resalta la complejidad diagnóstica y terapéutica del síndrome de POEMS, caracterizado por su presentación multisistémica que incluye organomegalia, gammaglobulina monoclonal, endocrinopatías y neuropatía periférica. Este informe pone de manifiesto la importancia de un enfoque diagnóstico exhaustivo y un manejo multidisciplinario, especialmente en pacientes con comorbilidades como mieloma múltiple y tuberculosis. La coexistencia de estos trastornos, aunque rara, subraya la necesidad de un seguimiento clínico detallado para optimizar los resultados y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento, incluido el uso de bortezomib, requiere una monitorización cuidadosa debido a los beneficios y riesgos asociados, lo que refuerza la importancia de un enfoque integral en casos tan complejos.

Aprobación y consentimiento informado

La identificación del participante en el estudio es anónima y confidencial, información previa antes de firma del consentimiento de la persona para su publicación.

Contribución de autoría

Conceptualización: Jorge Hernández, Luis Dulcey

Curación de datos: Juan Theran, Jaime Gómez

Análisis formal: Jorge Hernández, Luis Dulcey, Jaime Gómez

Investigación: Jorge Hernández, Luis Dulcey, Jaime Gómez, Valentina Ochoa, Juan Therán, Jerson Quitian.

Metodología: Jorge Hernández, Luis Dulcey, Jaime Gómez, Valentina Ochoa, Juan Therán, Jerson Quitian.

Administración del proyecto: Jorge Hernández, Luis Dulcey, Jaime Gómez, Valentina Ochoa, Juan Therán, Jerson Quitian.

Supervisión: Jerson Quitian, Valentina Ochoa.

Validación: Juan Therán.

Visualización: Juan Therán.

Redacción – borrador original: Juan Theran, Jaime Gómez.

Redacción – revisión y edición: Jorge Hernández, Juan Theran, Luis Dulcey.

Conflictos de intereses

No se reportan conflictos de interés.

Financiamiento

No se requirió fuente de financiamiento.

Referencias

1. D'Sa S, Khwaja J, Keddie S, Keh RYS, Smyth D, Ronneberger R, et al. Comprehensive Diagnosis and Management of POEMS Syndrome. *Hemasphere* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2024 Jun 24]; 6(11):E796. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36340912/>
2. Zhang F, Wu Z, Sun S, Fu Y, Chen Y, Liu J. POEMS syndrome in the 21st century: A bibliometric analysis. *Helix* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Jun 24]; 9(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37842561/>
3. Dispenzieri A. POEMS syndrome: 2021 Update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2024 Jun 24]; 96(7):872–88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34000085/>
4. Décima R, Matosas V, Rocha V, Magliano J, Riva E, Vázquez C. Síndrome de POEMS: reporte de un caso. *Neurología Argentina* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2024 Jun 24]; 14(2):123–8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-sindrome-poems-reportaje-un-caso-S1853002821000379>
5. Kim YR. Update on the POEMS syndrome. *Blood Res* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 24]; 57(S1):27–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35483922/>
6. Khwaja J, D'Sa S, Lunn MP, Sive J. Evidence-based medical treatment of POEMS syndrome. *Br J Haematol*. 2023 Jan; 200(2):128–136. doi: 10.1111/bjh.18400. Epub 2022 Aug 7. PMID: 35934319.
7. Kook HW, Jang JE, Min CK, Yoon DH, Kim K, Bang SM, Park Y, Lee JH, Yoon SS, Kim JS. A Multicenter Analysis of Clinical Features and Long-Term Outcomes of POEMS Syndrome in Korea. *J Korean Med Sci*. 2024 Jan 15; 39(2):e5. doi: 10.3346/jkms.2024.39.e5. PMID: 38225781; PMCID: PMC10789530.
8. Horta P, Quevedo I. Síndrome de Poems: Caso clínico. *Rev méd Chile* [Internet]. 2004 [cited 2024 Jun 24] Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000400011>
9. Huang Y, Luo Y, Hou H, Gao J. Pulmonary manifestations of POEM syndrome: a retrospective analysis of 282 cases. *BMC Pulm Med* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Jun 24]; 23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37993859/>
10. D'Sa S, Khwaja J, Keddie S, Keh RYS, Smyth D, Ronneberger R, et al. Comprehensive Diagnosis and Management of POEMS Syndrome. *Hemasphere* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2024 Jun 24]; 6(11):E796. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36340912/>
11. Jurczyszyn A, Castillo JJ, Olszewska-Szopa M, Kumar L, Thibaud S, Richter J, et al. POEMS Syndrome: Real World Experience in Diagnosis and Systemic Therapy - 108 Patients Multicenter Analysis. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2022 May; 22(5):297–304. doi: 10.1016/j.clml.2021.10.007. Epub 2021 Oct 31. PMID: 34844892.

12. Sotelo-Jiménez PP, Ramírez-Calderón FE, Quiñones-Avila MDP. Síndrome POEMS asociado a enfermedad de Castleman: un reporte de caso. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2019 Oct [citado 2024 Jun 27] ; 19(4): 120-125. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2145>
13. Herrera-Olivares W, González-Ramírez MF, Flores-Encarnación E. Síndrome POEMS. A propósito de un caso. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. Redalyc.org. 2014 [citado el 27 de junio de 2024]; 19: 185-191. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47331518009.pdf>
14. Principal P. Síndrome de POEMS: Múltiples manifestaciones clínicas durante su larga [Internet]. Revecuatneurol.com. 2003 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2016/03/S%C3%ADndrome-de-POEMS-M%C3%BAltiples-manifestaciones-cl%C3%ADnicas-durante-su-larga-evoluci%C3%B3n.pdf>
15. Murphy PT, Ahmed N, Hassan HT. Chronic myeloid leukemia and acromegaly in POEMS syndrome. Leuk Res [Internet]. 2002 [citado el 27 de junio de 2024]; 26(12):1135–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12443888/>
16. Dispenzieri A, Kyle RA, Lacy MQ, Rajkumar SV, Therneau TM, Larson DR, et al. POEMS syndrome: definitions and long-term outcome. Blood [Internet]. 2003 [citado el 27 de junio de 2024]; 101(7):2496–506. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12456500/>

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
- EuroPub

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 acápite s 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 (cohorte, 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 acápite 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 portugues 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 citaciones 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.

Halpen 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, Pfaffer 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 0375-1066 / ISSN electrónico 2737-6141

Año 2025. Volumen 50 - Número 2

