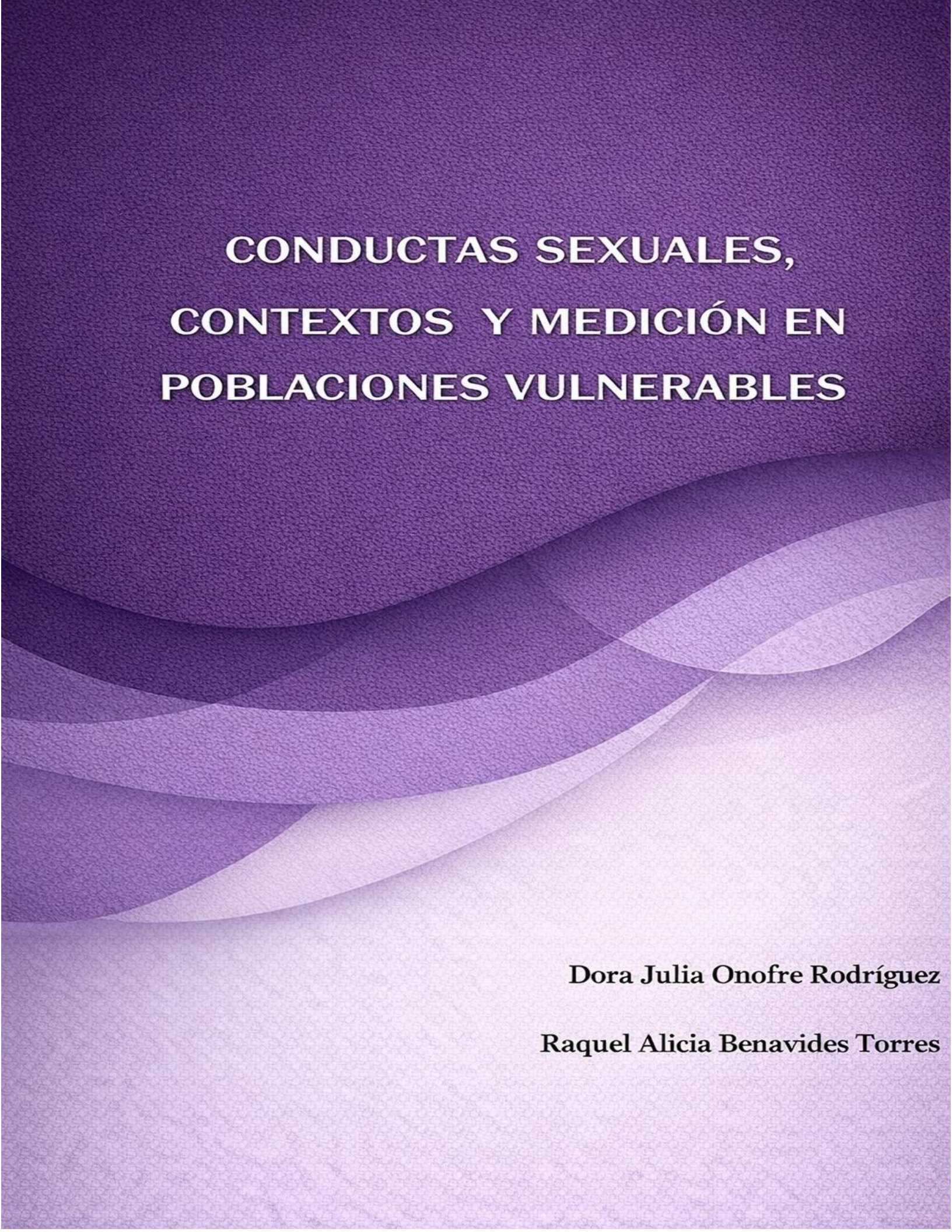


The background of the cover is a deep purple color with a fine, grainy texture. In the lower half, there are several overlapping, wavy bands of lighter shades of purple, creating a sense of movement and depth. The title is centered in the upper half in a bold, white, sans-serif font.

CONDUCTAS SEXUALES, CONTEXTOS Y MEDICIÓN EN POBLACIONES VULNERABLES

Dora Julia Onofre Rodríguez

Raquel Alicia Benavides Torres

**CONDUCTAS SEXUALES, CONTEXTOS Y MEDICIÓN
EN POBLACIONES VULNERABLES**

El libro *Conductas sexuales, contextos y medición en poblaciones vulnerables* fue dictaminado en su totalidad, así como cada uno de los capítulos que lo integran. La obra fue sometida a un proceso formal de arbitraje académico externo bajo la modalidad de doble ciego, garantizando el anonimato entre las autoras y los dictaminadores durante todo el proceso de evaluación.

Dicho proceso fue coordinado por el Comité Científico del Cuerpo Académico Consolidado *Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad*, que designó especialistas nacionales e internacionales con reconocida trayectoria en el área temática de la obra.

Este procedimiento asegura la calidad académica, la pertinencia científica y el rigor metodológico del contenido presentado en esta publicación.

**CONDUCTAS SEXUALES, CONTEXTOS Y MEDICIÓN
EN POBLACIONES VULNERABLES**

Dora Julia Onofre Rodríguez

Raquel Alicia Benavides Torres

Primera edición 2026

Onofre-Rodríguez, Dora Julia
Benavides-Torres, Raquel Alicia

Conductas sexuales, contextos y medición en poblaciones vulnerables/Dora Julia Onofre-Rodríguez y Raquel Alicia Benavides-Torres

Monterrey, Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León, 2026
230 páginas
ISBN: 978-607-27-2849-3

Santos Guzmán López
Rector
Mario Alberto Garza Castillo
Secretario General
Jaime Arturo Castillo Elizondo
Secretario Académico
José Javier Villarreal Álvarez Tostado
Secretario de Extensión y Cultura
Antonio Ramos Revillas
Director de Editorial Universitaria
Santiago Enriqueta Esparza Almanza
Directora de la Facultad de Enfermería

©Universidad Autónoma de Nuevo León

©Dora Julia Onofre-Rodríguez y Raquel Alicia Benavides-Torres

Dirección de la Universidad Autónoma de Nuevo León
Pedro de Alba S/N, Niños Héroes, Ciudad Universitaria, 66455 San Nicolás de los Garza, N.L.
Teléfono: (81) 8329 4000

Página web: <http://eprints.uanl.mx>

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra –incluido el diseño tipográfico y de portada–, sin el permiso escrito

Libro Electrónico Monterrey, México
e-book Monterrey, México



Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Doctora en Filosofía con especialización en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social por la UANL. Es profesora titular B de Tiempo Completo y Secretaria de Programas de Especialidad y Maestría en la Facultad de Enfermería de la misma universidad. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (Nivel 2), y de la línea de investigación Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA. Sus investigaciones abordan temas de género, sexualidad y prevención del VIH/SIDA en poblaciones clave y vulnerables. Ha publicado artículos en revistas nacionales e internacionales, así como libros y capítulos. Imparte cátedra y asesora tesis de Maestría y Doctorado en Ciencias de Enfermería en programas reconocidos por el Sistema Nacional de Posgrados.

e-mail: dora.onofrerr@uanl.edu.mx

Dra. Raquel Alicia Benavides Torres

Realizó sus estudios de Doctorado en Enfermería en la Universidad de Texas en Austin en el área de relaciones padre-hijo. Es profesora Titular B de Tiempo Completo y Secretaria de Programas de Doctorado de la Facultad de Enfermería de la UANL. Asimismo, es miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (Nivel 2). Líder de la Línea de Investigación Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA. Cuenta con diversas publicaciones en revistas indexadas libros, capítulos de los libros, y memorias en extenso. Reconocimiento como Maestro con perfil PRODEP y Certificación como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería. Imparte cátedra y asesora de Tesis de Maestría y Doctorado en Ciencias de Enfermería en Programas consolidados dentro del SNP.

e-mail: raquel.benavidestr@uanl.edu.mx

Contenido

Introducción	8
Capítulo 1.	
Conductas sexuales de riesgo y consumo de alcohol en jóvenes universitarios	10
Capítulo 2.	38
Variables predictoras de conductas sexuales en adolescentes en situación de pobreza: revisión sistemática	
Capítulo 3.	65
Comunicación sobre temas sexuales y su papel en la prevención del embarazo adolescente en estudiantes de secundaria	
Capítulo 4.	93
Adaptación y validación psicométrica de la Escala de Intención de Monitoreo Parental al Riesgo Sexual en padres de adolescentes mexicanos	
Capítulo 5.	112
Escala URICA adaptada para evaluar el proceso de cambio en el comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 11 a 15 años	
Capítulo 6.	143
Intervenciones para promover el uso del método anticonceptivo dual en mujeres con Virus del Papiloma Humano: Un mapeo de la evidencia	
Capítulo 7.	160
Eficacia del programa “Elige Cuidarte” en el conocimiento sobre VPH y su vacuna en adolescentes	
Capítulo 8.	189
Adaptación breve de la escala de estigma sexual de Neilands en hombres que tienen sexo con hombre con obesidad en México	
Capítulo 9.	215
Autocuidado en el Uso de Métodos Anticonceptivos y Empoderamiento en Mujeres Diagnosticadas con Virus del Papiloma Humano (VPH) mediante Intervenciones Educativas	

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva constituye un componente esencial del bienestar integral de las personas y de la salud pública, particularmente en contextos donde persisten desigualdades sociales, estigmatización y barreras estructurales para el acceso a servicios de atención. En México, diversos grupos poblacionales continúan enfrentando condiciones de vulnerabilidad que incrementan el riesgo de afectaciones físicas, psicológicas y sociales, lo que hace indispensable el desarrollo de investigaciones que permitan comprender estos fenómenos y generar estrategias de intervención culturalmente pertinentes.

El presente trabajo se inscribe en este marco, abordando problemáticas relacionadas con el estigma, las conductas sexuales de riesgo, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el fortalecimiento de procesos preventivos desde una perspectiva científica y social. En particular, se destaca la importancia de contar con instrumentos válidos y confiables que permitan evaluar constructos complejos, como el estigma sexual y sus intersecciones con otras condiciones, entre ellas la obesidad, la etapa del desarrollo y el contexto sociocultural.

La adaptación y validación de escalas psicométricas en población mexicana representa un aporte relevante para la investigación en salud, ya que permite medir de manera precisa fenómenos que impactan directamente en la toma de decisiones, el diseño de intervenciones y la formulación de políticas públicas. Asimismo, el estudio de las conductas sexuales y de los factores que las predicen, como la comunicación familiar, el monitoreo parental, el consumo de alcohol o las condiciones de pobreza, contribuye a una comprensión más amplia de los determinantes sociales de la salud.

Desde la disciplina de enfermería y las ciencias de la salud, este trabajo enfatiza la necesidad de una atención integral, basada en la evidencia y con enfoque de derechos humanos, que reconozca la diversidad sexual, las desigualdades sociales y las experiencias particulares de los distintos grupos poblacionales. La generación de conocimiento en este ámbito no solo fortalece la práctica profesional, sino que también promueve acciones preventivas más efectivas, sensibles y orientadas a la reducción del estigma y la discriminación.

Finalmente, este documento busca aportar evidencia científica que sirva como base para futuras investigaciones, programas de intervención y estrategias educativas, reafirmando el compromiso con la promoción de la salud sexual, la equidad y el respeto a la dignidad humana. Su contenido refleja el esfuerzo por integrar rigor metodológico, pertinencia cultural y relevancia social, elementos fundamentales para avanzar hacia una atención en salud más justa e inclusiva.

CAPÍTULO 1

CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

Roger Quintana-Lagunas

Yahaira Flores-Castañeda

José Raúl Ramírez-Monsiváes

Karla Selene López-García

Dora Julia Onofre-Rodríguez

Introducción

El período universitario se caracteriza por un aumento de la autonomía y la exploración de nuevas experiencias, entre las que se incluyen el consumo de alcohol y la actividad sexual. Esta etapa de transición representa un momento crucial en la vida de los jóvenes, donde se consolidan responsabilidades académicas, sociales y personales que influyen directamente en su desarrollo integral. Estudios recientes han mostrado que el consumo de bebidas alcohólicas puede reducir la percepción de riesgo y la capacidad de decisión responsable, favoreciendo comportamientos como relaciones sin protección, encuentros con parejas ocasionales y el abandono de métodos anticonceptivos durante el acto sexual. Dichos comportamientos no solo repercuten en la salud física, sino que también generan consecuencias emocionales y sociales que afectan el bienestar general del estudiante universitario (Sánchez, García, & Torres, 2021).

Diversos estudios recientes a nivel mundial han demostrado que el consumo de alcohol está fuertemente asociado con conductas sexuales de riesgo entre jóvenes universitarios en diferentes países, como en el Reino Unido, donde un estudio reveló

que la prevalencia de consumo de alcohol de alto riesgo entre los jóvenes adultos fue del 15.9 %. Se encontró que aquellos con consumo excesivo de alcohol tenían más probabilidades de participar en conductas sexuales de riesgo, lo que refleja la influencia del alcohol en la toma de decisiones sexuales impulsivas (García-Duarte, 2025).

De manera similar, en Brasil, un estudio reportó que el 9 % de los estudiantes universitarios presentaban comportamientos sexuales de riesgo, siendo los hombres quienes mostraron mayor prevalencia que las mujeres. Entre los comportamientos identificados se incluían relaciones sexuales sin uso de preservativo y exposición a situaciones de riesgo vinculadas al consumo de alcohol (Silva & Oliveira, 2020). Por otro lado, en Tailandia, un estudio realizado en 916 estudiantes universitarios encontró que el 46.84 % de los participantes reportaron conductas sexuales de riesgo, y que los factores asociados incluían consumo de sustancias como alcohol, actitudes negativas hacia prácticas sexuales seguras y acceso a ambientes de alto riesgo. (Srisuk & Chaiyachati, 2024).

En México, investigaciones en Guanajuato indican que más de la mitad de los estudiantes universitarios ingiere alcohol antes de mantener relaciones sexuales y que el uso irregular del condón incrementa el riesgo de embarazos no deseados y ETS (Baltazar Cruz Tena et al., 2022;).

En Querétaro, un estudio reciente documentó patrones similares entre alumnos de Enfermería e Ingeniería Civil, lo que evidencia la urgencia de diseñar estrategias preventivas adaptadas al contexto universitario regional. Estos hallazgos permiten reconocer que el fenómeno no es exclusivo de una sola zona, sino que se repite en distintas regiones del país, lo que refuerza la necesidad de implementar programas de

educación sexual y prevención accesibles, sostenidos y culturalmente pertinentes (García-Duarte et al., 2024).

Desde el modelo de la urgencia negativa y la búsqueda de sensaciones se explica cómo estados emocionales adversos o estrés académico conducen al consumo impulsivo de alcohol como vía de escape, reduciendo el autocontrol y facilitando la adopción de conductas sexuales de riesgo. Este modelo plantea que, ante la dificultad para regular emociones como la ansiedad, la frustración o la tristeza, el estudiante recurre a conductas de gratificación inmediata, entre ellas el consumo excesivo de alcohol. Dicho consumo no solo se convierte en un mecanismo de afrontamiento desadaptativo, sino que también disminuye la capacidad de juicio y aumenta la probabilidad de tomar decisiones apresuradas en contextos sociales o íntimos.

De forma complementaria, el binge drinking —consumo intensivo de alcohol en cortos periodos— se ha vinculado con prácticas sexuales inseguras, dificultades para negociar medidas de protección y mayor vulnerabilidad ante agresiones, lo cual genera un círculo de riesgo que impacta tanto en la salud física como en la psicológica de los estudiantes (Fernández-Serrano et al., 2021).

La interacción entre alcohol y conductas sexuales de riesgo genera un incremento en la incidencia de ITS, embarazos no planeados y abortos; impacta negativamente la salud mental de los estudiantes al elevar sensaciones de culpa, ansiedad y depresión; y está asociada a un mayor riesgo de desarrollar trastornos por uso de sustancias a largo plazo. Además, este fenómeno no ocurre de manera aislada, sino que suele relacionarse con la presión social, la cultura universitaria de consumo y la falta de programas preventivos eficaces. El entorno académico, que en teoría debería

favorecer el desarrollo integral del estudiante, en ocasiones se convierte en un espacio donde el consumo de alcohol se normaliza y se refuerzan patrones de riesgo.

Asimismo, estas conductas influyen de forma adversa en el desempeño académico, traduciéndose en ausentismo, bajo rendimiento y, en casos extremos, deserción universitaria. A largo plazo, las consecuencias no solo repercuten en la trayectoria educativa, sino también en las oportunidades laborales y en la calidad de vida de quienes atraviesan este tipo de experiencias durante su formación profesional (Baltazar Cruz Tena et al., 2022).

La enfermería, con su formación en promoción de la salud y atención comunitaria, es clave para prevenir y mitigar estas conductas. Su rol va más allá del cuidado clínico, pues también abarca la educación, la orientación y el acompañamiento en la toma de decisiones responsables respecto a la salud sexual y el consumo de alcohol. Las enfermeras y enfermeros pueden implementar intervenciones breves en entornos universitarios, promover el uso correcto de métodos de barrera, fortalecer habilidades de autocuidado emocional y social, y detectar patrones de consumo nocivo mediante herramientas estandarizadas, derivando a los jóvenes a servicios especializados cuando sea necesario.

Además, su cercanía con los estudiantes les permite establecer vínculos de confianza que facilitan la identificación temprana de riesgos y la aplicación de estrategias de prevención personalizadas, fomentando así estilos de vida más saludables y reduciendo el impacto negativo de estas conductas en la trayectoria académica y personal (GarcíaDuarte et al., 2024).

El propósito de este estudio es describir las conductas sexuales de riesgo y el consumo de alcohol en estudiantes de una universidad pública del estado de Nuevo León.

Antecedentes y Marco de Referencia

El fundamento teórico que guio la presente investigación se basó en los conceptos de conductas sexuales y consumo de alcohol, que se exponen a continuación.

Conductas sexuales de riesgo. Sánchez et al (2024) define las conductas sexuales de riesgo como prácticas que incrementan la probabilidad de embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual, entre ellas el no uso de preservativo, las relaciones bajo la influencia de sustancias, la multiplicidad de parejas sexuales sin protección y la falta de conocimiento del estado serológico de la pareja.

Mohamad et al (2025), define que las conductas sexuales de riesgo (CSR) son actos de alto riesgo que a menudo conllevan numerosos problemas psicológicos relacionados con la salud reproductiva. Estas conductas son cada vez más frecuentes entre los estudiantes universitarios y constituyen una de las principales preocupaciones de salud pública a nivel mundial.

Consumo de alcohol. Hinojosa et al (2024) define el consumo de alcohol como la ingestión voluntaria de bebidas alcohólicas, que puede medirse por frecuencia (alguna vez en la vida, último año, último mes) y por patrón de consumo, destacando el consumo intensivo o binge drinking (4 o más bebidas en mujeres, 5 o más en hombres en pocas horas) como el de mayor riesgo debido a sus consecuencias académicas, sociales y de salud.

En México, estudios recientes muestran que el consumo es frecuente en esta población: un estudio en estudiantes universitarios reportó que 59.9 % había

consumido alcohol alguna vez en la vida y 50.1 % en el último año (López-Cisneros, 2024), mientras que otro estudio encontró que 35.5 % de estudiantes universitarios mexicanos consumieron alcohol en el último año y 14.5 % de forma excesiva (Jiménez-Franco et al., 2023).

Metodología

El presente capítulo describe el diseño del estudio, la población de estudio, muestra, muestreo, instrumentos de medición, procedimientos utilizados para la recolección de los datos, las consideraciones éticas y el análisis de datos.

Diseño del estudio. El diseño de este estudio es de tipo descriptivo dado que el estudio pretende describir las conductas sexuales de riesgo y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios (Álvarez et al. 2021).

Población de estudio. La población de estudio estuvo conformada por jóvenes universitarios de 18 a 25 años que cursan sus estudios en la Facultad de Enfermería y residen en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Criterios de Inclusión. Los estudiantes debieron estar activos en la UANL, tener la edad de 18-25 años, aceptar participar voluntariamente y completaran la encuesta AUDIT y el cuestionario de conductas sexuales de riesgo.

Criterios de Exclusión. Se excluyeron a quienes no son estudiantes de la institución, los que no dieron su consentimiento, los menores de edad o los que entregaron cuestionarios incompletos.

Muestra y muestreo. El tamaño de muestra fue de 60 estudiantes universitarios, determinado por la participación de 20 estudiantes por cada integrante del equipo, conformado por tres miembros.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que se invitará a los participantes de manera voluntaria a través de medios digitales con invitaciones directas, hasta completar el número establecido de participantes.

Instrumentos de medición. Para la recolección de datos se utilizarán una cédula de datos personales de edad, sexo y semestre. Así mismo, dos cuestionarios estandarizados. En primer lugar, se aplicó la Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPCA), elaborada para este estudio, la cual tuvo como propósito obtener información sociodemográfica básica de los participantes. Esta cédula está conformada por tres apartados: el primero recopila datos generales como edad, sexo, estado civil, carrera y semestre cursado; el segundo apartado indaga sobre frecuencia, cantidad y tipo de bebida alcohólica consumida; y el tercero recoge información general sobre hábitos sociales y conductas de convivencia universitaria. Esta información permitirá contextualizar los resultados de las variables principales del estudio y establecer comparaciones entre subgrupos.

Para la evaluación de las conductas sexuales de riesgo, se utilizará el Cuestionario sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU-yo), diseñado por Pulido, Carazo, González, Coronel y Vera. Este instrumento fue aplicado en población universitaria latinoamericana y permitirá identificar las actitudes, prácticas y comportamientos sexuales de los jóvenes, así como la presencia de conductas sexuales de riesgo. El cuestionario evalúa aspectos relacionados con el inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, consumo de alcohol previo a la relación sexual y frecuencia de relaciones sexuales sin protección. Dicho instrumento fue aplicado de manera individual, anónima y confidencial, garantizando la voluntariedad de la participación.

Por otra parte, para evaluar el consumo de alcohol, se aplicó el Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este cuestionario consta de 10 reactivos que permiten identificar diferentes niveles de consumo de alcohol y posibles indicadores de dependencia o consumo perjudicial. Las respuestas se estructuran en formato tipo Likert, con puntuaciones que oscilan entre 0 y 4 puntos. La suma total de los reactivos proporciona un puntaje global que clasifica el consumo como de bajo riesgo, de riesgo o perjudicial, donde una mayor puntuación indica un mayor nivel de consumo. Este instrumento ha demostrado altos niveles de confiabilidad y validez en población universitaria mexicana, reportando coeficientes de Alpha de Cronbach superiores a .80 (Pérez y Lucio, 2010; Rodríguez et al., 2016).

Procedimiento de recolección de datos. El presente estudio fue sometido a evaluación y aprobación por parte del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez obtenido el dictamen favorable, se procedió con la recolección de los datos. Para ello, tres estudiantes de licenciatura previamente capacitados en aspectos éticos, manejo adecuado de instrumentos y confidencialidad de la información fueron los responsables de llevar a cabo la difusión de la invitación al estudio entre la comunidad universitaria de una Facultad de Enfermería, a través de redes sociales institucionales, grupos estudiantiles y comunicación directa con los posibles participantes.

La recolección de los datos se realizó de forma digital mediante un formulario en línea de Microsoft Forms, el cual incluyó una cedula de datos y dos instrumentos: el test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), diseñado por la Organización Mundial de la Salud, que evalúa el patrón de consumo de alcohol a través de 10 ítems

con opciones de respuesta tipo Likert, permitiendo identificar diferentes niveles de riesgo asociados al consumo de bebidas alcohólicas y el Cuestionario sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU-yo), diseñado por Pulido, Carazo, González, Coronel y Vera, orientado a valorar las conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios, a través de reactivos que abordan aspectos como la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos, la frecuencia del sexo bajo la influencia de sustancias y las relaciones sexuales casuales.

Previo al inicio del cuestionario, los participantes visualizaron una sección de consentimiento informado electrónico, en el cual se explicó claramente el propósito del estudio, los beneficios potenciales como la identificación de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol y la sexualidad, así como los riesgos mínimos limitados a posibles incomodidades derivadas de algunas preguntas. También se hizo énfasis en que la participación fue completamente voluntaria, que podrán retirarse en cualquier momento sin penalización alguna ni necesidad de justificar su decisión, y que los datos obtenidos serían utilizados únicamente con fines académicos y científicos.

Durante la aplicación, se garantizó en todo momento la confidencialidad y anonimato de los participantes, evitando la recolección de cualquier dato personal identificable. Las respuestas fueron almacenadas automáticamente en una base de datos digital protegida, accesible únicamente para los investigadores responsables.

Posteriormente, los resultados fueron analizados y reportados de forma grupal, sin identificar individualmente a los participantes, asegurando la privacidad absoluta de la información obtenida.

Al concluir la recolección de datos, se ofreció a los estudiantes interesados una retroalimentación general sobre las conductas sexuales y el consumo de alcohol, con el

propósito de promover la reflexión sobre el consumo responsable de alcohol, la práctica de una sexualidad segura y la prevención de conductas de riesgo en la población universitaria. Asimismo, considerando que las temáticas abordadas pudieron resultar sensibles para algunos participantes, al finalizar el cuestionario se proporcionó un tríptico informativo digital con recursos de apoyo sobre el manejo responsable del consumo de alcohol, la prevención de infecciones de transmisión sexual y datos de contacto de servicios de orientación y ayuda psicológica, a fin de brindar acompañamiento y reforzar el bienestar integral del estudiante.

Consideraciones éticas. El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 2014), contando previamente con el dictamen de aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-L-2168).

De acuerdo con el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, todo estudio en la que el ser humano sea sujeto de debe garantizar el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En este estudio, se garantizó el respeto a la decisión de los jóvenes universitarios de participar voluntariamente en el estudio sobre consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo, pudiendo retirarse en cualquier momento sin repercusiones académicas o personales. La información recabada se manejó de manera confidencial y anónima, asegurando la protección de la identidad y la integridad de los participantes (Artículo 21, Fracción VIII).

Conforme al Artículo 14, Fracciones VI, VII y VIII, el estudio fue llevado a cabo por estudiantes de enfermería bajo supervisión académica, siguiendo los principios científicos y éticos. Se contó con la aprobación del Comité de Ética e

Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como con la autorización de los directivos de la institución donde se realizó (SI-530/2025) la investigación.

De acuerdo con el Artículo 16, se protegerá la privacidad de los participantes. Ningún dato personal que permitiera su identificación fue solicitado; los cuestionarios fueron codificados con un folio numérico para garantizar la confidencialidad durante la captura y el análisis de datos.

Siguiendo con lo establecido en el Artículo 17, Fracción II, el estudio se clasificó como de riesgo mínimo. Dado que algunas preguntas pueden generar incomodidad al abordar temas sobre el consumo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo, se contempló la suspensión inmediata de la aplicación del cuestionario sin afectar al participante.

En cumplimiento del Artículo 20, se proporcionó un consentimiento informado, en el que los participantes acepten voluntariamente formar parte del estudio. Se explicó de manera clara y breve el propósito del estudio, posibles riesgos, beneficios y derechos, siguiendo lo dispuesto en el Artículo 21, Fracciones I, III, IV, V, VI, VII y VIII. Se dejó en claro que la participación no generaría beneficios económicos ni académicos y que los resultados se presentarían de manera agregada.

De acuerdo con el Artículo 22, Fracciones I, II, III, IV y V, se informó a los participantes que pueden retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto le afecte a su situación académica ni en su bienestar personal.

Finalmente, en el cumplimiento de los Artículos 57 y 58, todos los estudiantes firmaron el consentimiento informado antes de la recolección de datos, asegurando que la información recabada se mantendría confidencial y que los resultados se presentarían

únicamente de manera global en el análisis del estudio sobre consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios.

Análisis de datos. Para la captura y el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión .22 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones; para variables numéricas y continuas se calculó medidas de tendencia central, variabilidad mediante estadística inferencial. Se determinó la consistencia interna del instrumento a través del coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach.

Resultados

En este capítulo se muestran los resultados del estudio realizado en 60 estudiantes de preparatoria de una institución pública del Estado de Nuevo León. Primero se presenta la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas y para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio

Consistencia interna de los instrumentos

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumenton= 60	Número de reactivos	α
Cuestionario de conductas sexuales de riesgo (CSR)	22	916
Prueba de identificación de desórdenes por uso de alcohol AUDIT	10	896

Nota: n= Muestra total, α = Alpha de Cronbach

Estadística descriptiva

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos de los estudiantes de preparatoria que participaron en el estudio.

En la tabla 2 se muestran las frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas de los participantes. Se observó que el 55% pertenecen al sexo femenino. Así mismo en cuanto a la edad se encontró que el 73% tuvieron entre 18 y 21 años.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos de los estudiantes de universidad.

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	27	45.0
Femenino	33	55.0
Edad		
18 – 21 años	44	73.0
22 – 25 años	16	27
Semestre		
Primero	2	3%
Segundo	1	1%
Tercero	5	8%
Cuarto	23	38%
¿Vives con?		
Familia	47	78%
Amigos	3	5%
Solo	10	17%
Otro	0	0%

Nota: n= Muestra total, f= Frecuencia, \%= Porcentaje

En la tabla 3 se observó que el 38.0% de los participantes consume alcohol una o menos veces al mes, mientras que el 32.0% lo hace de 2 a 4 veces al mes. En un día típico de consumo, el 48.0% reportó ingerir 1 a 2 bebidas. Respecto al consumo intensivo (seis o más bebidas por ocasión), el 43.0% indicó hacerlo menos de una vez al mes, y el 35.0% refirió nunca realizar este patrón. Se identificó que el 62.0% de los participantes nunca experimentó dificultad para detener el consumo una vez iniciado. Así mismo, el 65.0% reportó nunca haber dejado de realizar actividades por beber. En cuanto a beber por la mañana después de un consumo excesivo, el 68.0% señaló nunca haber presentado esta conducta. Se observó que el 58% de los participantes nunca se sintió culpable o experimentó remordimiento después de beber. Respecto a olvidos relacionados con el consumo, el 62% indicó que nunca olvidó lo ocurrido mientras bebía. En cuanto a lesiones derivadas del consumo de alcohol, el 75% reportó no haber resultado lesionado ni haber provocado daño a otros. Finalmente, el 77% señaló que ningún familiar, amigo o profesional de la salud ha expresado preocupación por su forma de beber.

Tabla 3

Frecuencias y proporciones de los patrones de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT en estudiantes universitarios

Variable	f	%
1. ¿Qué tan frecuente consume alguna bebida alcohólica?		
Nunca		
Mensual	12	20.0
Una o menos veces al mes	23	38.0
De 2 a 4 veces al mes	19	32.0
Semanalmente	5	8.0

De 2 a 4 veces a la semana	1	2.0
2. ¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes?		
Menos de una		
1 o 2	29	48.0
3 o 4	15	25.0
5 o 6	10	17.0
7 o 9	4	7.0
10 o más	2	3.0
3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?		
Nunca	21	35.0
Menos de una vez al mes	26	43.0
Mensualmente	10	17.0
Semanalmente	2	3.0
A diario o casi a diario	1	2.0

Nota: n= Muestra total, f= Frecuencia, \%= Porcentaje

Tabla 3

Frecuencias y proporciones de los patrones de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT en estudiantes universitarios (continuación)

Variable	f	%
4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?		
Nunca	37	62.0
Menos de una vez al mes	14	23.0
Mensualmente	5	8.0
Semanalmente	2	3.0
A diario casi diario	2	3.0
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?		
Nunca	39	65.0
Menos de una vez al mes	15	25.0
Mensualmente	3	5.0
Semanalmente	2	3.0
A diario o casi a diario	1	2.0
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?		
Nunca	41	68.0
Menos de una vez al mes	13	22.0
Mensualmente	5	8.0
Semanalmente	0	0.0
A diario o casi a diario	1	2.0

Nota: n=60, f= Frecuencia, \%= Porcentaje

Tabla 3

Frecuencias y proporciones de los patrones de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT en estudiantes universitarios (continuación)

Variable	<i>f</i>	%
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?		
Nunca	35	58.0
Menos de una vez al mes	20	33.0
Mensualmente	2	3.0
Semanalmente	2	3.0
A diario o casi a diario	1	2.0
8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?		
Nunca	37	62.0
Menos de una vez al mes	15	25.0
Mensualmente	5	18.0
Semanalmente	2	3.0
A diario o casi a diario	1	2.0
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)		
No	45	75.0
Sí, pero no en el curso del último año	8	13.0
Sí, en el último año	7	12.0
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber?		
No	46	77.0
Sí, pero no en el curso del último año	8	13.0
Sí, el último año	6	10.0
Nunca	35	58.0

Nota: n= 60, f= Frecuencia, %= Porcentaje

Conductas de riesgo. En la tabla 4 se identificó que el 38.0% de los participantes reportó haber tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días, mientras que el 23.0%

refirió haberlas tenido alguna vez. En cuanto a la frecuencia, el dato más destacado fue que el 37.0% indicó haber tenido relaciones tres o más veces. Respecto al sexo sin protección, el 35.0% señaló nunca haberlo practicado, mientras que el 32.0% reportó haberlo hecho alguna vez. Finalmente, la frecuencia más señalada de sexo sin protección fue tres o más veces, con un 30.0%.

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes de las conductas sexuales de riesgo.

Variable	<i>f</i>	%
1. ¿Has tenido relaciones sexuales?		
Últimos 30 días	23	38.0
Últimos 12 meses	13	22.0
Alguna vez	14	23.0
Nunca	10	17.0
2. ¿Con qué frecuencia?		
Tres o más veces	22	37.0
Dos veces	18	30.0
Una vez	10	17.0
Nunca	10	17.0
3. ¿Has tenido sexo sin protección (no usaste condón)?		
Últimos 30 días	14	23.0
Últimos 12 meses	6	10.0
Alguna vez	19	32.0
Nunca	21	35.0
4. ¿Con qué frecuencia?		
Tres o más veces	18	30.0
Dos veces	9	15.0
Una vez	13	22.0
Nunca	20	33.0

Nota: n = 60, f = frecuencia, % = porcentaje

La mayoría de los participantes reportó no haber tenido un embarazo no deseado (90.0%) ni un aborto (92.0%). Un 7.0% indicó haber tenido un embarazo no deseado

alguna vez y un 5.0% reportó haber tenido un aborto alguna vez. Las frecuencias específicas muestran que, entre quienes respondieron afirmativamente, los eventos fueron principalmente de una o dos veces, mientras que los reportes de ocurrencias recientes o múltiples fueron mínimos (Tabla 5).

Tabla 5

Frecuencias y proporciones de la subescala de embarazo y aborto

Variable	<i>f</i>	%
5. ¿Tú o tu pareja han tenido un embarazo no deseado?		
Últimos 30 días	-	-
Últimos 12 meses	2	3.
Alguna vez	4	7.0
Nunca	54	90.0
6. En caso afirmativo, indica la frecuencia:		
Tres o más veces	-	-
Dos veces	4	7.0
Una vez	2	3.0
Nunca	54	90.0
7. ¿Tú o tu pareja han tenido un aborto?		
Últimos 30 días	1	2.0
Últimos 12 meses	1	2.0
Alguna vez	3	5.0
Nunca	55	92.0
8. En caso afirmativo, indica la frecuencia:		
Tres o más veces	1	2.0
Dos veces	4	6.0
Una vez	1	2.0
Nunca	54	90.0

Nota: *n* = 60, *f* = frecuencia, % = porcentaje

En relación con la infidelidad se muestra la tabla 6 que el porcentaje más alto correspondió a quienes reportaron nunca haber sido infieles (75.0%). Entre quienes sí lo han sido, la mayor frecuencia se observó en aquellos que indicaron haber sido infieles una vez (12.0%). Respecto a haber tenido sexo con prostitutas(os), la proporción más elevada indicó nunca haber tenido este tipo de encuentros (88.0%), y entre quienes respondieron afirmativamente, el porcentaje más alto señaló que ocurrió tres o más veces (5.0%).

Tabla 6

Frecuencias y proporciones de infidelidad y relaciones ocasionales

Variable	<i>f</i>	%
9. ¿Ha sido sexualmente infiel?		
Últimos 30 días	2	3.0
Últimos 12 meses	4	7.0
Alguna vez	9	15.0
Nunca	45	75.0
10. En caso afirmativo, indica la frecuencia:		
Tres o más veces	3	5.0
Dos veces	5	8.0
Una vez	7	12.0
Nunca	45	75.0
11. ¿Has tenido sexo con prostitutas(os)?		
Últimos 30 días	2	3.0
Últimos 12 meses	3	5.0

Variable	<i>f</i>	%
Alguna vez	2	3.0
Nunca	53	88.0
12. En caso afirmativo, indica la frecuencia:		
Tres o más veces	3	5.0
Dos veces	2	3.0
Una vez	2	3.0
Nunca	53	88.0

Nota: $n = 60$, f = frecuencia, % = porcentaje

En la tabla 7 el porcentaje más alto respecto a haber tenido sexo estando evidentemente intoxicado por alcohol o drogas correspondió a quienes respondieron “nunca” (68.0%). En cuanto a la frecuencia reportada sobre este comportamiento, el valor más alto se presentó también en la opción “nunca” (72.0%).

Tabla 7.

Frecuencias y proporciones de consumo de alcohol y drogas en contexto sexual

Variable	<i>f</i>	%
13. ¿Has tenido sexo estando evidentemente intoxicado por alcohol o drogas (tú, tu pareja o ambos)?		
Últimos 30 días	4	7.0
Últimos 12 meses	4	7.0
Alguna vez	11	18.0
Nunca	41	68.0
14. En caso afirmativo, indica la frecuencia:		
Tres o más veces	1	2.0
Dos veces	5	8.0
Una vez	11	18.0
Nunca	43	72.0

Nota: $n = 60$, f = frecuencia, % = porcentaje

El porcentaje más alto respecto a cometer errores en el uso de métodos anticonceptivos correspondió a quienes respondieron “nunca” (88.0%). En cuanto a la frecuencia de esos errores, la mayor proporción también fue “nunca” (88.0%). Sobre el uso de métodos como el coito interrumpido o días menos fértiles, el valor más elevado se presentó en quienes indicaron “nunca” utilizarlos (63.3%). Finalmente, respecto a la frecuencia de uso de estos métodos, el porcentaje más alto correspondió a quienes respondieron “nunca” (68.3%).

Tabla 8

Frecuencias y proporciones del uso de métodos anticonceptivos y errores

Variable	f	%
15. ¿Has cometido errores en el uso de métodos anticonceptivos?		
Últimos 30 días	1	2.0
Últimos 12 meses	1	2.0
Alguna vez	5	8.0
Nunca	53	88.0
16. En caso afirmativo, indica la frecuencia:		
Tres o más veces	-	-
Dos veces	1	2.0
Una vez	6	10.0
Nunca	53	88.0
17. ¿Has utilizado métodos como coito interrumpido o días menos fértiles?		
Últimos 30 días	2	6.7
Últimos 12 meses	4	3.3
Alguna vez	16	26.7
Nunca	38	63.3
18. En caso afirmativo, indica la frecuencia:		
Tres o más veces	3	5.0
Dos veces	7	11.7
Una vez	9	15.0
Nunca	41	68.3

Nota: n = 60, f = frecuencia, % = porcentaje

El porcentaje más alto respecto por haber tenido enfermedades de transmisión sexual correspondió a quienes respondieron “nunca” (95.0%). En cuanto a la frecuencia de ETS entre quienes respondieron afirmativamente, la mayor proporción también se presentó en la opción “nunca” (93.0%).

Tabla 9

Frecuencias y proporciones de enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Variable	F	%
19. ¿Has tenido enfermedades de transmisión sexual?		
Últimos 30 días	3	5.0
Últimos 12 meses	-	
Alguna vez	-	-
Nunca	57	95.0
20. En caso afirmativo, indica la frecuencia:		
Tres o más veces	2	3.0
Dos veces	2	3.0
Una vez	-	
Nunca	56	93.0

Nota: n = 60, f = frecuencia, % = porcentaje

El porcentaje más alto respecto por haber tenido sexo casual correspondió a quienes respondieron “nunca” (77.0%). En cuanto a la frecuencia entre quienes sí han tenido sexo casual, el porcentaje más elevado fue también la opción “nunca” (78.0%).

Tabla 10*Frecuencias y proporciones de sexo casual*

Variable	<i>f</i>	%
21. ¿Has tenido sexo casual (con una persona que acabas de conocer)?		
Últimos 30 días	3	5.0
Últimos 12 meses	2	3.0
Alguna vez	9	15.0
Nunca	46	77.0
22. En caso afirmativo, indica la frecuencia con la que ha ocurrido:		
Tres o más veces	2	3.0
Dos veces	3	5.0
Una vez	8	13.0
Nunca	47	78.0

Nota: n = 60, f = frecuencia, % = porcentaje.

Conclusión

En el presente estudio se encontró que el 38.0% de los participantes consume alcohol una o menos veces al mes, mientras que el 32.0% lo hace de 2 a 4 veces al mes. Esto difiere de lo reportado por Márquez-Rojano y colaboradores, quienes evaluaron a 2,573 estudiantes universitarios mexicanos y encontraron que el 49.3% presentó un patrón de consumo mensual y el 28.4% un consumo semanal, indicando una mayor frecuencia de ingesta en comparación con la mostrada en este estudio (Márquez-Rojano et al., 2021). De manera similar, un análisis realizado por the Pan American Health Organization mostró que jóvenes universitarios de diversas regiones de México presentan prevalencias más elevadas de consumo mensual y episodios de ingesta intensiva, lo cual se asocia con factores socioculturales, normas de grupo y contextos locales de disponibilidad de alcohol (PAHO, 2020). Estas diferencias pueden

explicarse por variaciones regionales en las prácticas sociales, oportunidades de consumo y políticas estatales de regulación del alcohol. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022), el consumo de alcohol entre jóvenes está fuertemente influido por normas culturales, expectativas sociales y características del entorno, factores que no son homogéneos dentro del país y que pueden generar diferencias en la frecuencia y la intensidad del consumo de bebida alcohólica.

En el presente estudio se encontró que el 38.0% de los participantes reportó haber tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días, mientras que el 23.0% refirió haberlas tenido alguna vez. Esto es diferente a Tapia-Martínez y colaboradores quienes realizaron un estudio en 144 estudiantes de primer ingreso (18–24 años) de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Encontraron que casi la mitad (48 %) reportó haber tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días. Esto podría deberse a la educación sexual que se brinda de manera diferente en diferentes estados de un país. De acuerdo con la UNESCO (2021), la educación sexual integral se ve influida por la capacidad institucional, la aceptación sociocultural y el grado de apertura pública hacia la sexualidad adolescente; estos elementos no son uniformes dentro de un mismo país, especialmente en naciones con diversidad regional.

Referencias

- Anome, J., Anabila, P., & Weobong, B. (2025). Risky drinking and sexual risk behaviours among young adults in Ghana: evidence from the La-Nkwantanang Madina municipality. *International Journal of Adolescence and Youth*, 30(1).
<https://doi.org/10.1080/02673843.2025.2542267>
- Benchamas, J., Senahad, N., Padchasuwan, N. H., Laoraksawong, P., Phimha, S., & Banchonhattakit, P. (2024). Factors associated with risky sexual behaviors among undergraduate students in Thailand. *BMC Public Health*, 24(1), 2967.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-20429-5>
- Cabé, N., Lanièpce, A., & Pitel, A. L. (2021). Physical activity: A promising adjunctive treatment for severe alcohol use disorder. *Addictive Behaviors*, 113(106667), 106667.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106667>
- Diana, B. C. T. (2022). Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*.
<https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/consumo-de-alcohol-y-conductas-sexuales-deriesgo-en-estudiantes-universitarios/>
- Establishing a secure connection. (s/f). Scielosp.org. Recuperado el 7 de octubre de 2025, de
<https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/41/>
- García-Duarte, M. S., Juárez Nilo, S. G., Martínez Díaz, A., Rico Sánchez, R., García Gutiérrez, M. C., & Gallegos-Torres, R. M. (2024). Conductas Sexuales de Riesgo en Jóvenes Universitarios. *European scientific journal*, 20(18), 1.
<https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n18p1>
- Goodhines, P. A., Rathod, K., Herakova, L. L., & Cingranelli, L. (2025). College drinking and sexual health behaviors at a rural northeastern institution: Implications for

- tailored multilevel intervention. *Journal of American College Health: J of ACH*, 73(5), 2129–2137. <https://doi.org/10.1080/07448481.2025.2461607>
- Hernández-Ballester, C., Ferrer-Pérez, C., Montagud-Romero, S., Blanco-Gandía, M. del C., Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza (España), Departamento de Psicobiología, Universidad de Valencia (España), & Departamento de Psicobiología, Universidad de Valencia (España). (2023). Estrés en tiempos de confinamiento: estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático en población universitaria. *Revista de Psicología y Educación - Journal of Psychology and Education*, 18(1), 1. <https://doi.org/10.23923/rpye2023.01.229>
- Jahanfar, S., & Pashaei, Z. (2022). Sexual attitudes and associated factors of risky sexual behaviors among university students. *Brain and Behavior*, 12(8), e2698. <https://doi.org/10.1002/brb3.2698>
- Leonangeli, S., Rivarola Montejano, G., & Michelini, Y. (2021). Impulsividad, consumo de alcohol y conductas sexuales riesgosas en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(2), 153–157.
- Márquez-Rojano, E., Téllez-Reyes, E., Hernández-Hernández, E., & Martínez-Muñoz, A. (2021). Consumo de alcohol y factores asociados en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(4), 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.02.002>
- Mohamad, F., Kamaruddin, K. N., Shibraumalisi, N. A., Syed Mohamad, S. N., Mohd Azlan, S., Dahlan, R., Ismail, I. Z., Kadir Shahar, H., & Shamsuddin, N. H. (2025). Sexual risk behaviour and its associated factors among university students in Malaysia. *Discover Social Science and Health*, 5(1). <https://doi.org/10.1007/s44155025-00230-4>

Pan American Health Organization. (2020). Alcohol consumption and related harms: Young adults in the Americas. PAHO. <https://www.paho.org>

UNESCO. (2021). Revisiting comprehensive sexuality education. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. <https://unesdoc.unesco.org>

Vista de Consumo de alcohol en estudiantes universitarios como predictor para el consumo de otras drogas. (s/f). Haaj.org. Recuperado el 7 de octubre de 2025, de <https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=569&path%5B%5D=423>

World Health Organization. (2022). Global status report on alcohol and health 2022. WHO. <https://www.who.int>

CAPÍTULO 2

VARIABLES PREDICTORAS DE CONDUCTAS SEXUALES EN ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE POBREZA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

*Alan Josué Ramírez-Calderón
Raquel Alicia Benavides-Torres
Jesús Alejandro Guerra-Ordoñez
Matheus Henrique Alves de Moura
Lubia del Carmen Castillo-Arcos*

Introducción

Las conductas sexuales en la adolescencia constituyen un fenómeno complejo, influido por factores individuales, sociales y contextuales (Mirabal-Martínez et al., 2024). En contextos de pobreza, dichas conductas adquieren especial relevancia debido a la mayor exposición a desigualdades estructurales, a barreras en el acceso a servicios de salud y de educación sexual, así como a entornos sociales caracterizados por una mayor vulnerabilidad (Magallanes-Lozano et al., 2021).

La adolescencia constituye un grupo poblacional en expansión a nivel mundial, con más de 1,200 millones de personas, lo que representa aproximadamente una sexta parte de la población global. Las estimaciones señalan que este segmento continuará aumentando hasta 2050, especialmente en regiones con ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). No obstante, este grupo enfrenta importantes desafíos en salud, ya que se reportan alrededor de 1.1 millones de muertes anuales entre adolescentes, en la etapa de adolescencia tardía, los principales factores de riesgo incluyen consumo de alcohol, práctica de relaciones sexuales sin protección y las complicaciones asociadas al embarazo y aborto (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020).

Adicionalmente, la evidencia científica indica que los adolescentes que viven en contextos socioeconómicos desfavorecidos presentan una mayor probabilidad de involucrarse en conductas sexuales de riesgo cuando existe consumo de alcohol, como el inicio temprano de la vida sexual, el uso irregular de métodos de barrera y la multiplicidad de parejas sexuales (Chernick et al., 2020; Vega-Campos et al., 2024).

Diversos estudios han identificado múltiples variables asociadas con las conductas sexuales en adolescentes, entre ellas actitudes, normas subjetivas, autoeficacia, consumo de sustancias, nivel educativo, dinámica familiar y contexto socioeconómico (Samaniego-Morales et al., 2023; Sanz-Martos et al., 2023).

La Theory of Planned Behavior (TPB) ha sido ampliamente utilizada como marco teórico para explicar y predecir estas conductas, al considerar que el comportamiento es resultado de la intención conductual, influida por actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido. Ajzen y Fishbein (2005) propusieron ampliar el alcance explicativo de la TPB mediante la inclusión de variables complementarias que, aunque no constituyen sus componentes centrales, influyen de manera indirecta en el comportamiento. Estas variables son denominadas elementos de fondo y se organizan en factores individuales, sociales y de información; asimismo, los autores distinguen entre el control conductual percibido y real, señalando que ambos pueden incidir tanto en la formación de la intención como en la manifestación de la conducta.

A pesar de la abundancia de estudios observacionales, la evidencia se encuentra dispersa y heterogénea, particularmente en poblaciones adolescentes en situación de pobreza. Por ello, resulta necesario sintetizar de manera sistemática la evidencia disponible para identificar las principales variables predictoras de las conductas sexuales en este grupo poblacional. Por tal motivo, el objetivo fue sintetizar la

evidencia científica disponible sobre las variables predictoras de las conductas sexuales en adolescentes en situación de pobreza, a partir de estudios observacionales

Metodología

La presente revisión sistemática de estudios observacionales siguió las recomendaciones de la declaración PRISMA (2020). Para evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos se utilizaron las Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies del Jhoana Brings Institute (JBI).

Criterios de elegibilidad y matriz PICO

Tipos de estudios. Se incluyeron estudios observacionales de corte transversal y con diseño correlacional y predictivo que hayan utilizado análisis estadísticos como regresiones o ecuaciones estructurales para inferir relaciones predictivas. Se excluyeron ensayos clínicos, estudios cualitativos, de casos y controles, cohortes y cartas al editor.

Estructura PIO. Población: adolescentes de 10 a 19 años en situación de pobreza, vulnerabilidad social, bajo nivel socioeconómico o de zonas geográficas con índices de marginación, según la definición utilizada por cada estudio incluido. Variables predictoras: constructos de la TPB, individuales, socioeconómicas, familiares o contextuales asociadas con las conductas sexuales. Resultado: conductas sexuales entendidas como indicadores del constructo conductual tales como uso de anticonceptivos, uso de condón, inicio de vida sexual, conductas sexuales de riesgo.

Idiomas y periodo de publicación. Se incluyeron estudios en español e inglés y que hayan sido publicados entre 2015 a 2025.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda. Se consultaron bases de datos como PubMed, Scopus y Scielo. Se construyó la estrategia de búsqueda a partir de los siguientes términos. ((teen*[TIAB] OR youth*[TIAB] OR adolescen*[TIAB]

OR juvenile*[TIAB] OR young adult*[TIAB] OR young person*[TIAB] OR young individual*[TIAB] OR young people*[TIAB] OR young population*[TIAB] OR young man[TIAB] OR young men[TIAB] OR young woman[TIAB] OR young women[TIAB] OR youngster*[TIAB] OR first-grader*[TIAB] OR second-grader*[TIAB] OR third-grader*[TIAB] OR fourth-grader*[TIAB] OR fifth-grader*[TIAB] OR sixth-grader*[TIAB] OR seventh-grader*[TIAB] OR highschool* OR college* OR secondary school*[TIAB] OR secondary education*[TIAB] OR high school*[TIAB] OR high education[TIAB] OR adolescent[MH] OR young adult[MH])
 AND (((((((((((((((((((("housing instability"[Title/Abstract]) OR ("working poor"[Title/Abstract])) OR ("poverty"[Title/Abstract])) OR ("poverty areas"[Title/Abstract])) OR ("poverty economics"[Title/Abstract])) OR ("low socioeconomic status"[Title/Abstract])) OR ("vulnerable populations"[Title/Abstract])) OR ("social marginalization"[Title/Abstract])) OR ("social isolation"[Title/Abstract])) OR ("low income"[Title/Abstract])) OR ("low socioeconomic"[Title/Abstract])) OR ("disadvantaged"[Title/Abstract])) OR ("low social class"[Title/Abstract])) OR ("absolute poverty"[Title/Abstract])) OR ("extreme poverty"[Title/Abstract])) OR ("low income population"[Title/Abstract])) OR ("low income populations"[Title/Abstract])) OR ("local poverty"[Title/Abstract])) OR ("community poverty"[Title/Abstract])) OR ("poverty environment"[Title/Abstract])) OR ("marginalization"[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((("sexual behavior"[Title/Abstract]) OR ("sexual activities"[Title/Abstract])) OR ("sexual activity"[Title/Abstract])) OR ("sex behavior"[Title/Abstract])) OR ("premarital sex behavior"[Title/Abstract])) OR ("sexual intercourse"[Title/Abstract])) OR ("first intercourse"[Title/Abstract])) OR ("coital frequency"[Title/Abstract])) OR ("coitus

interruptus"[Title/Abstract])) OR ("safe sex"[Title/Abstract])) OR ("protected sex"[Title/Abstract])) OR ("responsible sex"[Title/Abstract])) OR ("responsible sexual"[Title/Abstract])) OR ("sex education"[Title/Abstract])) OR ("sexuality education"[Title/Abstract])) OR ("family planning education"[Title/Abstract])) OR ("sexuality education"[Title/Abstract])) OR ("unsafe sex"[Title/Abstract])) OR ("unprotected sex"[Title/Abstract])) OR ("high risk sex"[Title/Abstract])) OR (High Risk Sex[Title/Abstract])) OR ("unprotected intercourse"[Title/Abstract])) OR ("condomless sex"[Title/Abstract])) OR ("sexual health"[Title/Abstract])) OR ("unplanned pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("pregnancy"[Title/Abstract])) OR ("contraception"[Title/Abstract])) OR ("birth control"[Title/Abstract])) OR ("contraceptive methods"[Title/Abstract])) OR ("contraceptive method"[Title/Abstract])) OR ("female contraception"[Title/Abstract])) OR ("female contraceptive"[Title/Abstract])) OR ("male contraception"[Title/Abstract])) OR ("male contraceptive"[Title/Abstract])) OR ("barrier contraception"[Title/Abstract])) OR ("contraceptive device"[Title/Abstract])) OR ("contraceptive devices"[Title/Abstract])) OR ("intrauterine contraceptive devices"[Title/Abstract])) OR ("condoms"[Title/Abstract])) OR (Condom[Title/Abstract])) OR ("contraceptive distribution"[Title/Abstract])). Esta misma estrategia se adaptó y replicó de acuerdo con el lenguaje en cada una de las bases de datos y se utilizaron filtros específicos en cuanto al periodo de tiempo.

Selección de estudios y extracción de datos

La selección de los estudios se realizó mediante un proceso en dos pasos. Durante el primero de ellos, dos revisores examinaron, a título y resumen, cada uno de los estudios recuperados; posteriormente, se obtuvieron los textos completos para su

revisión y selección. Cada revisor descartó aquellos artículos que no cumplieran con los criterios de elegibilidad, señalando los motivos de sus decisiones y cuando se presentaron desacuerdos, un tercer revisor intervino para la resolución. De los estudios que cumplieron los criterios de selección se extrajeron datos como el autor y el año de publicación, el país, el diseño del estudio, la población y el tamaño de la muestra, el marco teórico y los resultados principales.

Evaluación de calidad metodológica. La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos se evaluaron por medio de la herramienta de valoración crítica para estudios transversales analíticos del Instituto Joanna Briggs (JBI). Los ítems de estas listas de verificación evalúan criterios de inclusión, la descripción de los sujetos y entorno, validez y confiabilidad de la medición, identificación y gestión de factores de confusión y análisis estadístico, fueron pertinentes, con opciones de respuesta de “sí”, “no”, “poco claro” o “no aplica”

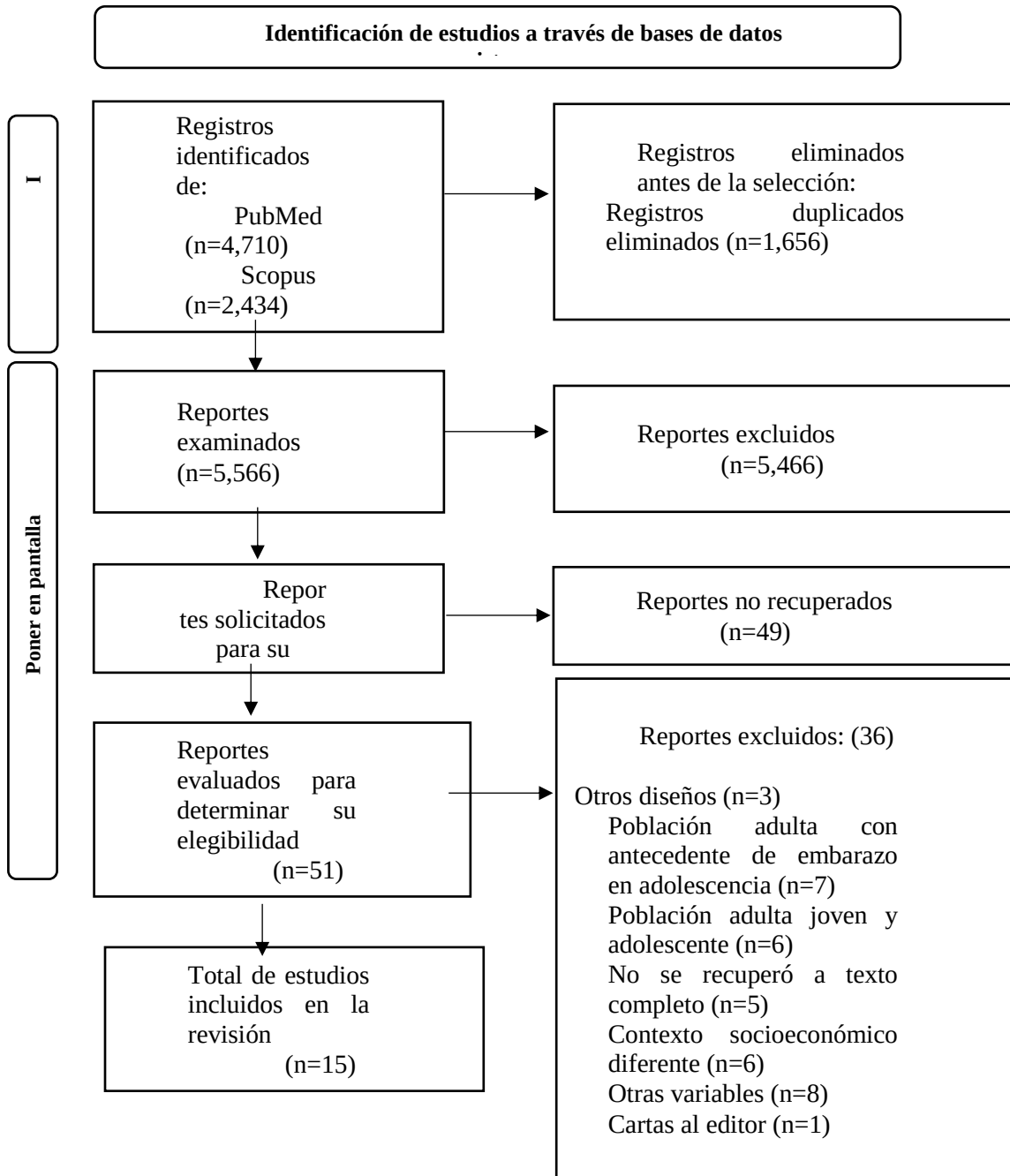
Síntesis de información. Se realizó una síntesis narrativa de los resultados, organizada por tipo de conducta sexual y por las variables predictoras identificadas. Se tomó como marco lo propuesto por la TPB.

Resultados

Se identificaron 7,222 estudios, de los cuales, tras la eliminación de duplicados, evaluación de títulos y resúmenes y posteriormente a texto completo, 15 cumplieron los criterios de selección. La figura 1 describe el proceso completo de la selección de estudio

Figura 1

Diagrama PRISMA



Nota. Elaboración propia

Características generales de los estudios. Los estudios incluidos en la revisión analizaron conductas sexuales en adolescentes mediante diseños observacionales, predominantemente transversales, en contextos de vulnerabilidad social y económica. Las conductas evaluadas incluyeron el uso de anticonceptivos incluido el condón, conductas sexuales de riesgo y el inicio temprano de la vida sexual. A pesar de la heterogeneidad metodológica y de los tamaños muestrales, estos estudios identificaron un conjunto de predictores alineados con los constructos de la TPB y recurrentemente asociados a dichas conductas. La mayoría de los estudios presentaron calidad metodológica alta, particularmente en la definición de la población, medición de desenlaces y análisis estadístico. Las principales limitaciones se relacionaron con la identificación y el control de factores de confusión (Tabla 1).

Tabla 1

Características generales de los estudios

No.	Autor y año de publicación	País	Diseño	Población y muestra	Marco teórico	Resultados principales	Calidad metodológica
1	Kim et al., 2018	Estados Unidos	Transversal	638 adolescentes de 12 a 22 años de zonas de bajos ingresos en Chicago	N/R	Mayores niveles de autoestima disminuían la probabilidad de relaciones sexuales (OR=0.90, IC95%: 0.83-0.96, $p<.01$) e informar haber tenido última relación sexual estando drogado (OR=0.92, IC95%: 0.88-0.97, $p<.01$). Una mayor autoestima disminuía la probabilidad de consumir codeína (OR=0.97, IC95%: 0.94-0.98, $p<.05$), cocaína/crack (OR=0.86, IC95%: 0.79-0.93, $p<.001$) y éxtasis (OR=0.87, IC95%: 0.83-0.92, $p<.001$) Bajo conocimiento anticonceptivo como uso de píldoras anticonceptivas (OR=2.60, IC95%: 1.42, 4.77), inyectables (OR=2.68, IC95%: 1.53-4.69) y uso de condones (OR=1.84, IC95%: 1.01-3.37) aumentaba las probabilidades de tener múltiples parejas sexuales.	Moderada
2	Muheriwa Matemba et al., 2024	Malawi	Transversal	416 adolescentes femeninas de 14 años y matriculadas en escuelas secundarias de bajos recursos	Modelo Socio-ecológico de Promoción de la Salud (McLeroy et al., 1988)	Poco conocimiento sobre el uso del condón disminuía las probabilidades de usar condón (OR=0.22, IC95%: 0.07-0.73). Vivir solo con su padre biológico (OR=1.518, IC95%: 1.009-2.283), solo con madre biológica (OR=1.400, IC95%: 1.096-1.788) y sin ninguno de los padres (OR=1.316, IC95%: 1.040-1.666) incrementaba las probabilidades de iniciar relaciones sexuales tempranamente.	Alta
3	Kyei-Arthur et al., 2024	Ghana	Transversal (análisis secundario)	5,024 niños y adolescentes de ambos sexos de 8 a 17 años de distritos de ingresos bajos-medios	N/R	Tener acceso a Internet (OR=1.668, IC95%: 1.245-2.234) mayores probabilidades de iniciar relaciones sexuales tempranamente.	Moderada

Nota. N/R=No reportado; OR=Odds Ratio; IC95%=Intervalo de confianza al 95%; p =Valor de p .

Continúa...

Tabla 1
Características generales de los estudios (continuación)

o.	N	Autor y año de publicación	País	Diseño	Población muestra	y	Marco teórico	Resultados principales	Calidad metodológica
4	Orihuela et al., 2020	Estados Unidos	Transversal (análisis secundario)	4,179 adolescentes de ambos sexos de 11 a 16 años	de	Modelo de Desarrollo Contextual (Lerner et al. 2015)	de	Mayores índices de pobreza concentrada aumentaba la probabilidad de iniciación sexual más temprana ($\beta=-0.41$, $p<.05$) y predijo un mayor número de parejas sexuales ($\beta= 0.69$, $p<.05$) en hombres Mayor deterioro residencial predijo una iniciación sexual más temprana para los hombres ($\beta= -0.20$, $p<.01$) El monitoreo parental moderó el efecto de los procesos sociales del vecindario sobre las conductas sexuales de riesgo ($\beta=-0.41$, $p<.05$).	Alta
5	Efrati, 2023	Israel	Transversal (análisis secundario)	300 familias israelíes (triadas de madre, padre e hijo(a) adolescente de 14 a 19		N/R		Mayor comunicación con el papá ($\beta=-.18$, $p<.05$), mayor apoyo de la madre ($\beta=-.16$, $p<.05$) y mayor comunicación sobre sexualidad con la madre ($\beta=-.32$, $p<.01$) significaban menores probabilidades de conducta sexual compulsiva en los adolescentes.	Alta
6	Monte et al., 2024	Brasil	Transversal (análisis secundario)	159,245 adolescentes de ambos sexos escolarizados entre 12 a 18 años de zonas geográficas de bajos recursos		N/R		Mayor prevalencia de conducta sexual de riesgo en aquellos adolescentes que tuvieron su primera relación sexual a los 13 años o menos ($OR=1.70$, $IC95\%:1.51-3.63$), fueron víctimas de violencia sexual ($OR=1.64$, $IC95\%:1.20-1.91$), consumían drogas ilícitas ($OR=1.55$, $IC95\%: 1.24-1.89$), tabaco ($OR=1.54$, $IC95\%:1.28-1.81$) y bebidas alcohólicas ($OR= 1.40$, $IC95\%:1.19-1.75$).	Alta

Nota. N/R=No reportado; OR=Odds Ratio; IC95%=Intervalo de confianza al 95%; β =coeficiente de determinación; p =Valor de p .

Tabla 1

Características generales de los estudios (continuación)

No.	Autor y año de publicación	País	Diseño	Población y muestra	Marco teórico	Resultados principales	Calidad metodológica
7	Pinzón-Rondón et al., 2018	Colombia	Transversal (análisis secundario)	13,313 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de Colombia	N/R	Conocimiento sobre ciclo menstrual ($OR=0.82$, $IC95\%$: 0.73-0.92) y conocimiento sobre anticonceptivos ($OR=0.24$, $IC95\%$: 0.13-0.44) son factores protectores para no iniciar vida sexual activa. No tener educación o haber estudiado hasta la primaria ($OR=2.86$, $IC95\%$: 2.06-3.96), tener educación secundaria ($OR=1.85$, $IC95\%$: 1.44-2.39), niveles de pobreza ($OR=2.15$, $IC95\%$: 1.54-2.99), violencia física ($OR=1.32$, $IC95\%$: 1.15-1.51) y violencia sexual ($OR=1.80$, $IC95\%$: 1.39-2.33) aumentan probabilidades de embarazo Tener empleo en los últimos 12 meses ($OR=0.74$, $IC95\%$: 0.64-0.86), asistir actualmente al colegio ($OR=0.32$, $IC95\%$: 0.27-0.37) son factores protectores para evitar el embarazo. La norma de pares de tener sexo ($OR=5.43$, $IC95\%$: 2.47-11.9), consumir alcohol en exceso los últimos 30 días ($OR=3.04$, $IC95\%$: 1.94-4.79) aumentaba las probabilidades de tener sexo.	Alta
8	Ríos-Zertuche et al., 2017	Costa Rica	Transversal	919 estudiantes masculinos y femeninos (de 12 a 19 años) pertenecientes a distritos en situación de pobreza	Modelo Integrativo de Predicción Conductual (Fishbein & Yzer, 2003)	Las intenciones para usar condón ($OR=11.05$, $IC95\%$: 3.78-32.36), conocimiento sobre anticonceptivos ($OR=17.16$, $IC95\%$: 2.98-98.68), actitudes sobre aspirar a un nivel educativo más alto ($OR=5.75$, $IC95\%$: 1.5-22.02) y autoeficacia ($OR=1.96$, $IC95\%$: 1.05-3.66) aumentaban las probabilidades para usar condón.	Alta

Nota. N/R=No reportado; OR =Odds Ratio; $IC95\%$ =Intervalo de confianza al 95%; β =coeficiente de determinación; p =Valor de p .

Continúa...

Tabla 1

Características generales de los estudios (continuación)

No.	Autor y año de publicación	País	Diseño	Población y muestra	Marco teórico	Resultados principales	Calidad metodológica
9	Ritterman al., 2015	et Estados Unidos	Transversal (análisis secundario)	5,189 adolescentes mexicanos de ambos sexos en situación de pobreza	Modelo Teórico de la Percepción de la Movilidad Social	La movilidad social percibida de forma ascendente ($OR=1.45$, $IC95\%$: 1.04-2.01) aumentó las probabilidades para el uso del condón en la última relación sexual La movilidad social percibida de forma ascendente disminuyó las probabilidades para consumo excesivo de alcohol ($OR=0.81$, $IC95\%$: 0.66-0.99), repercusiones del consumo de alcohol ($OR=0.63$, $IC95\%$: 0.41-0.97) y tener relaciones sexuales compensadas ($OR=0.54$, $IC95\%$: 0.34-0.86).	Alta
10	Sanchez et al., 2016	et Estados Unidos	Transversal	438 adolescentes mexicano americanos de ambos sexos, y de familias de bajos ingresos (de 11 a 14 años)	Modelo Conceptual de Discriminación Percibida, Influencia de Pares y Vínculo de Comportamiento Sexual	La influencia de pares tuvo efecto directo en el consumo de sustancias ($\beta=.07$, $p<.05$) y en la motivación a conductas sexuales ($\beta=.22$, $p<.05$) El consumo de sustancias ($\beta=.66$, $p<.05$) y la motivación a conductas sexuales ($\beta=.57$, $p<.05$) tuvieron efecto directo en las conductas sexuales.	Alta
11	Underwood al., 2021	et Estados Unidos	Transversal (análisis secundario)	26,728 adolescentes de ambos sexos entre 14 a 19 años, escolarizados y en situación de pobreza	N/R	Los adolescentes que asistían a escuelas de alta pobreza tenían mayores probabilidades de ser sexualmente activos en la actualidad ($OR=1.4$, $IC95\%$: 1.1-1.81) y de tener cuatro o más parejas sexuales en la vida ($OR=1.6$, $IC95\%$: 1.0-2.5) en comparación a estudiantes de escuelas de baja pobreza.	Alta

Nota. N/R=No reportado; OR =Odds Ratio; $IC95\%$ =Intervalo de confianza al 95%; β =coeficiente de determinación; p =Valor de p .

Continúa...

Tabla 1*Características generales de los estudios (continuación)*

No.	Autor y año de publicación	País	Diseño	Población y muestra	Marco teórico	Resultados principales	Calidad metodológica
12	Warner, 2018	Estados Unidos	Transversal (análisis secundario)	8,337 adolescentes de ambos sexos entre 14 a 19 años en situación de pobreza	/R	Adolescentes de vecindarios rurales pobres ($\beta=.29$, $p<.01$) así como aquellos con bajo autocontrol ($\beta=.13$, $p<.05$) tenían mayores probabilidades de haber iniciado vida sexual activa Adolescentes de vecindarios rurales pobres ($\beta=.22$, $p<.01$) así como aquellos con bajo autocontrol ($\beta=.21$, $p<.001$) tenían mayores probabilidades de tener un gran número de parejas sexuales Adolescentes de vecindarios rurales pobres ($\beta=-.26$, $p<.01$) así como aquellos con bajo autocontrol ($\beta=-.15$, $p<.001$) tenían mayores probabilidades de iniciarse sexualmente a edades más tempranas Adolescentes hombres Sexo casual ($OR=9.92$, $IC95\%$: 6.70-14.70), consumo de alcohol ($OR=3.86$, $IC95\%$: 1.89-7.89), consumo de marihuana ($OR=5.62$, $IC95\%$: 4.04-7.82), consumo de cigarrillo ($OR=4.94$, $IC95\%$: 3.31-7.37) y problemas de conducta ($OR=1.37$, $IC95\%$: 1.28-1.47) aumentan las probabilidades para el sexo sin uso de anticonceptivos Adolescentes mujeres Sexo casual ($OR=4.61$, $IC95\%$: 2.41-8.82), consumo de marihuana ($OR=3.39$, $IC95\%$: 2.17-5.30) y problemas de conducta ($OR=1.16$, $IC95\%$: 1.05-1.28) aumentan las probabilidades para el sexo sin uso de anticonceptivos	Alta
13	Chernick et al., 2020	Estados Unidos	Transversal (análisis secundario)	3,247 adolescentes de ambos sexos de diferentes estratos socioeconómicos	/R	Adolescentes de vecindarios rurales pobres ($\beta=.29$, $p<.01$) así como aquellos con bajo autocontrol ($\beta=.13$, $p<.05$) tenían mayores probabilidades de haber iniciado vida sexual activa Adolescentes de vecindarios rurales pobres ($\beta=.22$, $p<.01$) así como aquellos con bajo autocontrol ($\beta=.21$, $p<.001$) tenían mayores probabilidades de tener un gran número de parejas sexuales Adolescentes de vecindarios rurales pobres ($\beta=-.26$, $p<.01$) así como aquellos con bajo autocontrol ($\beta=-.15$, $p<.001$) tenían mayores probabilidades de iniciarse sexualmente a edades más tempranas Adolescentes hombres Sexo casual ($OR=9.92$, $IC95\%$: 6.70-14.70), consumo de alcohol ($OR=3.86$, $IC95\%$: 1.89-7.89), consumo de marihuana ($OR=5.62$, $IC95\%$: 4.04-7.82), consumo de cigarrillo ($OR=4.94$, $IC95\%$: 3.31-7.37) y problemas de conducta ($OR=1.37$, $IC95\%$: 1.28-1.47) aumentan las probabilidades para el sexo sin uso de anticonceptivos Adolescentes mujeres Sexo casual ($OR=4.61$, $IC95\%$: 2.41-8.82), consumo de marihuana ($OR=3.39$, $IC95\%$: 2.17-5.30) y problemas de conducta ($OR=1.16$, $IC95\%$: 1.05-1.28) aumentan las probabilidades para el sexo sin uso de anticonceptivos	Alta

Nota. N/R=No reportado; OR=Odds Ratio; IC95%=Intervalo de confianza al 95%; β =coeficiente de determinación; p =Valor de p .

Continúa...

Tabla 1

Características generales de los estudios (continuación)

No.	Autor y año de publicación	País	Diseño	Población y muestra	Marco teórico	Resultados principales	Calidad metodológica
14	Bayley et al., 2017	Reino Unido	Transversal (análisis secundario)	1,348 adolescentes de ambos sexos de diferentes estratos socioeconómicos	Theory of Planned Behavior (ampliada)	Las actitudes ($\beta=.41$, $p<.01$), control conductual percibido ($\beta=.21$, $p<.01$) y el género ($\beta=.75$, $p<.01$) fueron predictores de la intención de uso del condón. Las actitudes ($\beta=.45$, $p<.01$), control conductual percibido ($\beta=.08$, $p<.05$), normas subjetivas ($\beta=.16$, $p<.01$) y el género ($\beta=.34$, $p<.05$) fueron predictores de la intención de usar pastillas anticonceptivas. Las actitudes ($\beta=.52$, $p<.01$), normas subjetivas ($\beta=.18$, $p<.01$) y el género ($\beta=.37$, $p<.05$) fueron predictores para la intención de consumo de anticoncepción de emergencia Al menos uno ($OR=1.79$, $p<.05$) o ambos padres hablen sobre sexualidad ($OR=1.80$, $p<.05$), que profesores hablen sobre equidad de género ($OR=1.50$, $p<.05$), agrado por asistir a la escuela ($OR=2.60$, $p<.01$) y pertenecer a un nivel socioeconómico medio ($OR=1.82$, $p<.05$) aumentan la autoeficacia para uso del condón.	Alta
15	Estrada et al., 2017	México	Transversal	448 adolescentes masculinos escolarizados y residentes de localidades con marginación de media a alta	N/R	Vivir en comunidad con alta marginación se asoció con no tener autoeficacia para uso del condón ($OR=0.47$, $p<.01$). Que ambos padres hablen sobre sexualidad ($OR=2.45$, $p<.01$), agrado por asistir a la escuela ($OR=2.18$, $p<.05$), que profesores les hablen sobre equidad de género ($OR=1.69$, $p<.05$) y edad ($OR=1.77$, $p<.01$) aumentan el conocimiento de riesgo del embarazo	Alta

Nota. N/R=No reportado; OR=Odds Ratio; IC95%=Intervalo de confianza al 95%; β =coeficiente de determinación; p =Valor de p

Síntesis según tipo de resultado conductual

Uso de anticonceptivos incluido el condón. Los estudios que evaluaron el uso de anticonceptivos incluido el condón, identificaron asociaciones significativas con variables principales a la TPB y elementos de fondo. Por ejemplo, entre los elementos de fondo de información, se destaca que un mayor conocimiento sobre salud sexual y reproductiva se asoció de manera consistente con una mayor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos, incluido el condón. De igual forma, la comunicación parental sobre sexualidad emergió como un predictor positivo para el uso de anticonceptivos, mientras que la ausencia de supervisión parental o el escaso diálogo familiar se asociaron con menor adopción de conductas protectoras. Entre los elementos de fondo sociales, los estudios señalaron que las barreras estructurales como el acceso limitado a servicios de salud, restricciones económicas y disponibilidad reducida a métodos anticonceptivos, se asociaron con menor uso de protección, especialmente en contextos de pobreza.

Entre los constructos centrales de la TPB se destaca que las normas percibidas entre pares, particularmente la percepción de aprobación del uso del condón, se relacionaron con mayor probabilidad de usos consistentes. Asimismo, la autoeficacia para el uso del condón, la confianza para acceder a servicios de salud y la percepción de la capacidad para prevenir el embarazo o las infecciones de transmisión sexual (ITS) mostraron asociaciones positivas con conductas sexuales

protectoras. En contraste, una baja percepción de riesgo frente al embarazo no planeado o ITS se asoció con menor uso de métodos anticonceptivos.

Conducta sexual de riesgo. La conducta sexual de riesgo definida principalmente por relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas o práctica sexuales bajo los efectos de sustancias, estuvo asociada a distintos factores predictivos. Entre los elementos de fondo individuales, el consumo de alcohol y otras sustancias mostró una asociación consistente con la participación de conductas sexuales de riesgo. Asimismo, características como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la presencia de síntomas de salud mental, incluyendo depresión y dificultades en la regulación emocional, se vincularon con mayor probabilidad de conductas sexuales no seguras.

Entre los elementos de fondo sociales la exposición a violencia, inseguridad comunitaria y acumulación de desventajas socioeconómicas se asociaron con mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo, sugiriendo un efecto contextual independiente de las características individuales. Además, las dinámicas de pareja caracterizadas por desigualdad de poder o roles de género, dificultades para negociar el uso del condón y relaciones inestables se identificaron como factores relevantes, particularmente entre las adolescentes mujeres. En cuanto a los constructos centrales, la norma de pares se asoció con una mayor probabilidad de participación en conductas sexuales de riesgo.

Inicio temprano de la vida sexual. Los estudios que evaluaron el inicio temprano de la vida sexual identificaron predictores consistentes en distintos niveles. A nivel individual, el bajo rendimiento escolar, el abandono escolar y las expectativas educativas limitadas se relacionaron con una mayor probabilidad de inicio sexual temprano. A nivel social, la estructura y dinámica familiar desempeñaron un papel relevante. Vivir en hogares con supervisión parental limitada, estructuras familiares no nucleares o relaciones familiares conflictivas se asoció con inicio sexual más temprano. Asimismo, la pobreza, niveles de marginación social y limitada disponibilidad de oportunidades educativas y recreativas se identificaron como factores que contribuyen al inicio temprano de la vida sexual.

De manera central, las actitudes favorables hacia las relaciones sexuales a edades tempranas se asociaron con un debut sexual más precoz. De igual forma, la norma de pares sexualmente activos también incrementó la probabilidad del debut sexual temprano en adolescentes.

Síntesis integradora. En conjunto, los resultados muestran que las conductas sexuales en adolescentes en situación de pobreza están determinadas por una interacción compleja de elementos de fondo individual, social y de información, así como de actitudes, normas de pares, habilidades personales y barreras estructurales, que operan de manera simultánea y acumulativa. Si bien no todos los estudios declararon explícitamente un marco teórico, las variables predictoras

reportadas guardan coherencia conceptual con los constructos centrales de la TPB, particularmente con las actitudes, la norma de pares y el control conductual.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión muestran que las conductas sexuales en adolescentes en situación de pobreza están determinadas por una interacción compleja de factores individuales, sociales y contextuales. Aunque pocos estudios declararon explícitamente el uso de la TPB como marco teórico, la mayoría incorporó variables conceptualmente consistentes con sus constructos centrales.

En primer lugar, los elementos de fondo individuales como conocimientos, creencias, emociones, impulsividad, consumo de sustancias y expectativas educativas se asociaron de manera consistente con diversas conductas sexuales, influyendo indirectamente en las actitudes hacia la conducta sexual, la percepción de riesgo y la toma de decisiones (Muheriwa Matemba et al., 2024). Estos factores operan como determinantes distales que configuran la evaluación cognitiva y afectiva de la conducta sexual en adolescentes.

Los elementos de fondo sociales, particularmente la norma de pares, la influencia de la familia y la comunicación parental, emergieron como predictores claves de normas subjetivas (Kyei-Arthur et al., 2024). En contextos de pobreza, donde las redes sociales inmediatas suelen tener un peso central en la socialización, las normas percibidas adquieren un rol

especialmente relevante para explicar tanto conductas sexuales protectoras como de riesgo (Orihuela et al., 2020).

Asimismo, los elementos de fondo de información, como el acceso a educación sexual y a servicios de salud, sea asociaron con mayor conocimiento y mayor percepción de capacidad para prevenir consecuencias negativas, lo que se vincula directamente con el control conductual percibido (Estrada et al., 2017). En línea con la formulación de Ajzen, este constructo fue considerado conceptualmente a la autoeficacia, una variable ampliamente evaluada en los estudios incluidos.

El control conductual percibido, mostró una asociación consistente con el uso de anticonceptivos incluido el condón, así como la evitación de conductas sexuales de riesgo, incluso en estudios que no evaluaron explícitamente la intención conductual (Bayley et al., 2017). Esto sugiere que, en contextos de alta vulnerabilidad social, el control conductual percibido puede ejercer un efecto directo sobre la conducta, independientemente de la intención declarada. Finalmente, aunque la intención no fue evaluada en todos los estudios, aquellos que la incluyeron confirmaron su papel como predictor proximal de la conducta sexual, particularmente cuando se ve reforzada por actitudes favorables, normas subjetivas positivas y altos niveles de control conductual percibido (Monte et al. (2024).

En conjunto, estos resultados respaldan la utilidad de la TPB como marco integrador para comprender las conductas sexuales en adolescentes en situación de pobreza, siempre que se reconozca la influencia estructural de los elementos de fondo y las limitaciones contextuales que pueden modular la relación entre intención y conducta.

Implicaciones para intervenciones y políticas públicas. Los resultados de esta revisión tienen implicaciones relevantes para el diseño de intervenciones dirigidas a la prevención del embarazo adolescente y de las infecciones de transmisión sexual en contextos de pobreza. Estas intervenciones deben ir más allá del aumento de conocimientos y abordar explícitamente las actitudes, normas de pares y autoeficacia. Los programas centrados únicamente en información muestran un alcance limitado si no se acompañan de estrategias que fortalezcan habilidades de negociación, comunicación y toma de decisiones.

Es fundamental incorporar componentes dirigidos a los entornos sociales e incluyendo a la familia. Estrategias que promuevan la comunicación parental, así como intervenciones basadas en pares, pueden modificar conductas sexuales de riesgo. Los hallazgos subrayan la necesidad de intervenir sobre el control conductual real, garantizando el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y condones. En contextos de pobreza, la intención de usar métodos anticonceptivos puede no traducirse en conducta si existen barreras estructurales persistentes. Finalmente, desde una perspectiva de

políticas públicas, los resultados apoyan enfoques intersectoriales que integren educación, salud y desarrollo social, reconociendo que la conducta sexual adolescente está profundamente influida por condiciones estructurales y oportunidades de vida.

Conclusiones

Esta revisión sistemática de estudios observacionales evidencia que las conductas sexuales en adolescentes en situación de pobreza están determinadas por una interacción compleja y multinivel de factores individuales, sociales y estructurales. A pesar de la heterogeneidad metodológica y teórica de los estudios incluidos, se identificaron patrones consistentes de variables predictoras que permiten una comprensión integrada del fenómeno.

Los hallazgos muestran que los elementos de fondo individuales, como el nivel de conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva, consumo de alcohol y otras sustancias, impulsividad y expectativas educativas, influyen de manera relevante en la toma de decisiones sexuales. Estos factores configuran las evaluaciones cognitivas y afectivas que subyacen a las conductas sexuales protectoras o de riesgo.

De igual forma, los elementos de fondo sociales, particularmente la norma de pares, comunicación y supervisión parental, así como las normas sociales percibidas, desempeñan un papel central en la configuración de normas subjetivas y en la adopción de conductas sexuales. En contextos de pobreza, donde los entornos inmediatos suelen

tener un peso significativo en la socialización adolescente, estas influencias adquieren especial relevancia.

La revisión también pone de manifiesto la importancia del control conductual percibido y real, conceptualmente equivalente a la autoeficacia como un predictor consistente del uso de anticonceptivos, uso del condón y de la evitación de conductas sexuales de riesgo. Este constructo mostró efectos tanto indirectos a través de la intención, como directos sobre las conductas sexuales, especialmente en contextos caracterizados por las barreras estructurales.

Asimismo, aunque la intención conductual no fue evaluada de manera sistemática en todos los estudios, aquellos que la incluyeron confirmaron su papel como predictor proximal de la conducta sexual, siempre condicionado por el nivel de control conductual real, entendido como el acceso efectivo a métodos anticonceptivos, servicios de salud y recursos materiales en salud reproductiva.

Finalmente se subraya la necesidad de diseñar intervenciones integrales y contextualizadas, que fortalezcan actitudes positivas hacia la conducta sexual protectora, promuevan normas subjetivas favorables, incrementen la autoeficacia y de manera crítica reduzcan las barreras estructurales que limitan el ejercicio del control conductual real. Abordar simultáneamente estos niveles resulta fundamental para avanzar en la prevención del embarazo adolescente y de las ITS en poblaciones adolescentes en situación de pobreza.

Referencias

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005). *La influencia de las actitudes en el comportamiento*. En D. Albarracín, BT Johnson y MP Zanna (Eds.), *Manual de actitudes* (pp. 173-221). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bayley, J. E., Baines, D., & Brown, K. E. (2017). Developing the evidence base for gender- and age-relevant school sex education: questionnaire findings from an adolescent sample using an augmented theory of planned behaviour. *Sexual Health*, 14(6), 548. <https://doi.org/10.1071/SH16134>
- Chernick, L. S., Chun, T. H., Richards, R., Bromberg, J. R., Ahmad, F. A., McAninch, B., Mull, C., Shenoi, R., Suffoletto, B., Casper, C., Linakis, J., & Spirito, A. (2020). Sex Without Contraceptives in a Multicenter Study of Adolescent Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 27(4), 283–290. <https://doi.org/10.1111/acem.13867>
- Efrati, Y. (2024). Parental practices as predictors of adolescents' compulsive sexual behavior: a 6-month prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 33(1):241-253. DOI: 10.1007/s00787-023-02155-2
- Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., Vara-Salazar, E. de la, & González-Chávez, G. (2017). [Knowledge about pregnancy risk and

- self-efficacy in adolescent males: parental support and school factors]. *Salud publica de Mexico*, 59(5), 556–565. <https://doi.org/10.21149/7959>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2020). *¿Qué es la adolescencia?* <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
- Kim, D. H., Bassett, S. M., Takahashi, L., & Voisin, D. R. (2018). What does self-esteem have to do with behavioral health among low-income youth in Chicago? *Journal of Youth Studies*, 21(8), 999–1010. <https://doi.org/10.1080/13676261.2018.1441982>
- Kyei-Arthur, F., Agyekum, M.W., & Kyei-Gyamfi, S., (2024). You cannot stay with one person once you begin having sex at a young age: the prevalence, correlates and effects of early sexual debut among children in Ghana. *Reprod Health*, 21(1):38. DOI: 10.1186/s12978-024-01775-4
- Magallanes-Lozano, H.F., Gómez-Díaz, M., Barbosa-Carrillo, L.G., Hernández-Llamas, P., Lozano-Chávez, E.S., Quiroga-Garza, A. (2021). Influencia de factores socioculturales en la percepción de adolescentes mexicanos sobre conductas sexuales de riesgo. *Psicodebate*, 21(2), 7-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i2.3654>
- Mirabal-Martínez, G., Valdés-Puebla, Y., Pérez-Carmona, I., Giraldo-Barbery, E.J., & Santana-Mora, L.H. (2024). Adolescencia, sexualidad y conductas sexuales de riesgo. *Revistas de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 28(1). URL: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5982>

- Monte, L. L., Rufino, A. C., & Madeiro, A. (2024). Prevalence and factors associated with risky sexual behavior among Brazilian school adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(2).
<https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.03342023en>
- Muheriwa Matemba, S. R., Cianelli, R., De Santis, J. P., Rodriguez, N. V., Kaponda, C. C. P. N., McMahon, J. M., & LeBlanc, N. M. (2024). Socio-Ecological Associations of the Development of Sexual Behavior in Young Adolescent Girls in the Rural Southern Region of Malawi. *The Journal of Early Adolescence*, 44(5), 624–666.
<https://doi.org/10.1177/02724316231199221>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). *Salud del adolescente*.
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2
- Orihuela, C. A., Mrug, S., Davies, S., Elliott, M. N., Tortolero Emery, S., Peskin, M. F., Reisner, S., & Schuster, M. A. (2020). Neighborhood Disorder, Family Functioning, and Risky Sexual Behaviors in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(5), 991–1004.
<https://doi.org/10.1007/s10964-020-01211-3>
- Pinzón-Rondón, A. M., Ruiz-Sternberg, A. M., Aguilera-Otalvaro, P. A., & Abril-Basto, P. D. (2018). Factors associated with the beginning of sexual life and adolescent pregnancy in Colombia. Cross-sectional study. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(5), 487–499.
<https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000500487>

- Rios-Zertuche, D., Cuchilla, J., Zúñiga-Brenes, P., Hernández, B., Jara, P., Mokdad, A. H., & Iriarte, E. (2017). Alcohol abuse and other factors associated with risky sexual behaviors among adolescent students from the poorest areas in Costa Rica. *International Journal of Public Health*, 62(2), 271–282. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0859-z>
- Ritterman, W.M.L., Fernald, L.C., Adler, N., Bertozzi, S., & Syme, S.L. (2015). Perceptions of social mobility: development of a new psychosocial indicator associated with adolescent risk behaviors. *Front Public Health*, 3:62. DOI: 10.3389/fpubh.2015.00062
- Samaniego-Morales, F.M., Gómez-Barria, L.I., & Salas-Suárez, J.C. (2023). Factores socioafectivos y su influencia en la actividad sexual de adolescentes. *Revista Ciencias de la Salud*, 21(1). DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10375>
- Sanchez, D., Whittaker, T. A., & Hamilton, E. (2016). Perceived Discrimination, Peer Influence and Sexual Behaviors in Mexican American Preadolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(5), 928–944. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0420-7>
- Sanz-Martos, S., López-Medina, I., Álvarez-García, C., Ortega-Donaire, L., & Álvarez-Nieto, C. (2023). Variables predictoras del uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 56(4). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102773>
- Vega-Campos, I.P., Barbosa-Martínez, R.D.C., & Flores-Peña, Y. (2024). Determinantes sociales de salud y políticas en la conducta sexual de los

jóvenes en México. Políticas Sociales Sectoriales, 2(3), 162-181. URL:
<https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/113>

Underwood, J. M., Pampati, S., Everett Jones, S., Bryan, L. N., Demissie, Z.,
Cavalier, Y., & Rasberry, C. N. (2021). School-Level Poverty and
Rurality Associated with Differences in Sexual Risk Behaviors Among
U.S. Public High School Students. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(6), 964–
969. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.005>

Warner, T. D. (2018). Adolescent Sexual Risk Taking: The Distribution of
Youth Behaviors and Perceived Peer Attitudes Across Neighborhood
Contexts. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the
Society for Adolescent Medicine*, 62(2), 226–233.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.09.007>

CAPÍTULO 3

COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES Y SU PAPEL EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

*Natanael Librado-González
Dora Julia Onofre-Rodríguez
María Aracely Márquez-Vega
Dayanna Neitakrith Pérez-Cavazos
Itallo Carvalho-Gomes*

Introducción

La comunicación sobre temas sexuales ha sido ampliamente reconocida como un determinante clave en la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de adolescentes, debido a que influye en la adquisición de conocimientos, habilidades preventivas y toma de decisiones informadas durante la transición hacia la vida sexual activa (Singh, 2025). Esta forma de comunicación se define como el proceso mediante el cual adolescentes dialogan con figuras significativas sobre temas como anticoncepción, consentimiento, infecciones de transmisión sexual (ITS), relaciones sexuales y prevención del embarazo (Scull et al., 2022). La evidencia señala que cuando dicha comunicación es abierta, clara y basada en información científica, se asocia con menor riesgo de embarazo temprano, mayor uso de métodos anticonceptivos y prácticas sexuales más seguras, tanto en el diálogo con padres como con pares, quienes también influyen

en la toma de decisiones sexuales y el uso del preservativo (Widman et al., 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

A nivel mundial, la comunicación sexual insuficiente, fragmentada o poco precisa continúa incrementando la vulnerabilidad de millones de adolescentes frente a embarazos tempranos e ITS, pese a los avances en políticas educativas y de salud (OMS, 2024). Cada año se registran aproximadamente 12 millones de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, lo que evidencia deficiencias en el acceso a educación sexual integral (ESI) y en estrategias de comunicación eficaces entre familias, escuelas y comunidades (Holness, 2015; Pazos et al., 2021). Aunque la ESI proporciona información precisa que favorece decisiones sexuales informadas y ha demostrado reducir embarazos adolescentes en contextos con programas consolidados (Sekhar et al., 2024; Holness, 2015), su impacto continúa limitado por normas culturales restrictivas, tabúes y presiones sociales que dificultan el diálogo abierto, especialmente en América Latina, donde estos factores mantienen altas las tasas de embarazo adolescente (Figueiredo, 2020; Pazos et al., 2021).

Esta situación tiene repercusiones importantes en la salud y el bienestar, ya que los embarazos tempranos se asocian con mayor mortalidad materna, complicaciones obstétricas y consecuencias socioeconómicas sostenidas, efectos que se agravan ante la falta de comunicación y educación sexual adecuada (Riascos, 2016; Figueiredo, 2020). No obstante, a pesar de los beneficios documentados de la ESI, la

resistencia cultural y la limitada disponibilidad de recursos pueden restringir su efectividad, lo que señala la necesidad de enfoques multifacéticos que integren dimensiones educativas, socioculturales y comunicacionales para abordar de manera integral la salud sexual adolescente (Pazos et al., 2021).

En México, la comunicación sexual limitada y los persistentes tabúes socioculturales han contribuido a que el país ocupe uno de los primeros lugares en embarazo adolescente dentro de los países de la Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), evidenciando fallas en la orientación familiar y en la educación sexual escolar (Organización de las Naciones Unidas [UNESCO], 2023). Esta problemática afecta especialmente a estudiantes de secundaria adolescentes de entre 12 y 15 años que atraviesan cambios biológicos, emocionales y sociales quienes requieren información confiable para tomar decisiones adecuadas (Choudhury et al., 2023). La ausencia de una comunicación efectiva incrementa la probabilidad de recurrir a fuentes no confiables, recibir información errónea e iniciar conductas sexuales sin protección (Barriuso-Ortega et al., 2024). Las consecuencias son visibles en los indicadores nacionales: dos de cada cinco hombres (44.1%) y una de cada tres mujeres (32.1%) tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 17 años (ENDISEG, 2024); además, el 44.5% de los hombres y el 37.1% de las mujeres de 15 a 19 años han iniciado su vida sexual. Además, entre las adolescentes sexualmente activas de 15 a 19 años, casi

la mitad (48.7%) no utilizó método anticonceptivo durante su primera relación sexual (ENADID, 2023). Aunque la tasa de fecundidad adolescente muestra una tendencia descendente, aún alcanza 59.3 nacimientos por cada 1,000 adolescentes de 15 a 19 años en 2024, y en 2023 se registraron 101,147 nacimientos en madres de 10 a 17 años, incluidos 6,798 de niñas de 10 a 14 años, lo que refleja la persistente vulnerabilidad sexual en esta población y la necesidad urgente de fortalecer estrategias de comunicación y educación sexual integral (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022, 2024).

Diversos estudios han documentado los factores que causan esta falta de comunicación, destacando la incomodidad parental, el desconocimiento sobre temas de sexualidad, normas sociales restrictivas, inequidad de género y miedo a “estimular” la actividad sexual, lo cual ha sido identificado como una percepción errónea frecuente entre padres y cuidadores (Mbachu et al., 2020). Particularmente, investigaciones muestran diferencias entre madres y padres: mientras las madres tienden a conversar más frecuentemente sobre temas sexuales, los padres suelen abordar menos estos contenidos y con menor profundidad (Stewart et al., 2019). Asimismo, la comunicación entre pares, aunque más abundante, suele basarse en información no verificada, reforzando normas y conductas sexuales de riesgo (Nogueira Avelar e Silva et al., 2020).

En este contexto, varios factores de riesgo se han asociado con la insuficiencia de comunicación sexual en secundaria: falta de apoyo

familiar, escasa educación formal en sexualidad, influencia de pares, normas culturales restrictivas, inequidad de género y ausencia de programas escolares integrales (Abrams et al., 2023; Barriuso-Ortega et al., 2024). Sin embargo, a pesar de la evidencia acumulada, persiste una brecha de conocimiento en torno a cómo se comunican específicamente los estudiantes de secundaria con madres, padres, amigos y pareja, qué temas se abordan, cuáles son las diferencias entre figuras significativas y cómo estas dinámicas influyen en su salud sexual. Esta falta de claridad limita el diseño de estrategias educativas y programas de intervención que respondan a las necesidades reales de los adolescentes (Gavin et al., 2015).

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo Analizar la comunicación sobre temas sexuales en estudiantes de secundaria e identificar las diferencias según sexo y grado escolar como un elemento clave en la prevención del embarazo adolescente. Comprender estas dinámicas permitirá fundamentar estrategias educativas y familiares que promuevan una comunicación abierta, basada en evidencia y culturalmente pertinente, con el fin de fortalecer la salud sexual y reproductiva de adolescentes en México (UNESCO, 2023; OMS, 2024).

Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico en una población de 350 estudiantes de primero, segundo y tercer grado de nivel secundaria pertenecientes a escuelas públicas del noreste de México. El tamaño de

muestra se calculó mediante la fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 95% ($Z = 1.96$), una proporción esperada del 50% y un error máximo permitido del 6.25%, obteniéndose un tamaño mínimo requerido de 145 participantes. Se empleó un muestreo aleatorio simple, seleccionando de manera proporcional a los estudiantes de cada grado escolar. La recolección de datos se realizó entre enero y marzo de 2024, obteniéndose una muestra final de 145 adolescentes de entre 12 y 15 años que cumplieron con los criterios de selección y completaron adecuadamente el instrumento.

Se incluyeron estudiantes inscritos en una secundaria pública del estado de Nuevo León, México, con capacidad para leer y escribir, y cuya participación estuviera respaldada por el consentimiento informado del tutor y el asentimiento del propio adolescente. Se excluyeron los estudiantes ausentes el día de la aplicación o que no completaron el cuestionario. Asimismo, se eliminaron los instrumentos que presentaron información incompleta o inconsistencias en las respuestas.

Instrumento. La comunicación sexual entre padres, amigos y pareja fue evaluada mediante el instrumento desarrollado por Hutchinson y Cooney (1998), compuesto originalmente por nueve reactivos. Para este estudio se seleccionaron seis ítems específicamente relacionados con la prevención del embarazo. El instrumento utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = nada a 5 = mucho), con puntuaciones totales que

oscilan entre 6 y 30, donde valores más altos indican mayor percepción de comunicación orientada a la prevención del embarazo.

El cuestionario aborda temas como actividad sexual, anticoncepción, uso del condón y presiones sexuales; sin embargo, se excluyeron los reactivos relacionados con ITS para centrar el análisis en la comunicación específica sobre prevención del embarazo. En su versión original, el instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0.85 y evidencias de validez de constructo mediante análisis factorial que identificó tres dimensiones: comunicación con padres, amigos y pareja (Hutchinson & Cooney, 1998). Investigaciones recientes han confirmado su alta consistencia interna, con coeficientes alfa entre .76 y .90 (Fernández et al., 2017), .88 y .95 (Rodríguez et al., 2021), y de .92 en una versión de 24 ítems y .89 en una de 16 ítems (Rodríguez-Vázquez et al., 2023), lo que respalda la confiabilidad del instrumento.

Procedimiento. La aplicación del instrumento se realizó de manera presencial en los salones de clase de las escuelas participantes, en horarios previamente acordados con las autoridades escolares. Dos investigadores capacitados supervisaron la aplicación, asegurando un ambiente controlado y libre de distractores. Los estudiantes respondieron la versión impresa del cuestionario de forma individual, utilizando lápiz. Se proporcionaron instrucciones estandarizadas y se atendieron dudas de manera discreta para mantener la validez de las respuestas.

El tiempo destinado permitió la correcta resolución del cuestionario. Al finalizar, los cuestionarios fueron revisados para verificar su legibilidad y completitud, y posteriormente recolectados por los investigadores, garantizando la confidencialidad y anonimato de los participantes.

Consideraciones éticas. El estudio se llevó a cabo conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, con su última actualización publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de abril de 2014 (SSA, 2014). Asimismo, se consideraron las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 para la ejecución de proyectos de investigación en seres humanos, y la NOM-047-SSA2-2015 relativa a la atención integral de la salud del adolescente.

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo el número de registro FAEN-D-2021. Todos los estudiantes participaron de manera voluntaria, previa firma de consentimiento informado por parte de su tutor legal y de asentimiento por parte del adolescente.

Análisis estadístico. El análisis estadístico se desarrolló en dos etapas. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, con el propósito de caracterizar los niveles de comunicación sexual en la

población estudiada. Posteriormente, se evaluaron los supuestos estadísticos correspondientes. La consistencia interna del instrumento Comunicación sobre Temas Sexuales se examinó mediante los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald. Para determinar la distribución de los datos, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov–Smirnov. Con base en lo anterior, se emplearon pruebas U de Mann–Whitney para comparaciones entre dos grupos (sexo) y la prueba de Kruskal–Wallis para comparaciones entre más de dos grupos (grado escolar). Cuando se identificaron diferencias significativas en Kruskal–Wallis, se realizaron comparaciones post hoc con corrección de Bonferroni. Todos los análisis se efectuaron con el software JAMOVI versión 2.7, estableciendo un nivel de significancia de $p < 0.05$ (jamovi, 2025).

Resultados

La muestra total estuvo conformada por 145 adolescentes de 11 a 15 años, con una edad promedio de 12.69 años ($DE = 0.98$); la edad más frecuente fue 13 años (37.90%). El 52.40% eran mujeres y el 47.60% hombres. En cuanto al grado escolar, el 33.10% cursaba primer año, el 37.20% segundo y el 29.70% tercer año. La mayoría reportó ser soltero (97.20%). Respecto a la vida sexual, el 95.90% no había iniciado relaciones sexuales, mientras que el 4.10% sí lo había hecho, con edades de inicio entre los 11 y 15 años (0.70% a los 11 años; 0.70% a los 12;

2.10% a los 14; 0.70% a los 15). Del total, el 3.40% reportó haber tenido relaciones sexuales con una pareja y el 0.70% con dos.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el 0.70% indicó haber utilizado condón y el 3.40% no utilizó ningún método en su última relación sexual. Por otro lado, el 16.60% señaló tener pareja sentimental, mientras que el 83.40% no tenía. En relación con la comunicación familiar, el 57.20% mantenía contacto con ambos padres, el 25.50% solo con la madre, el 4.10% solo con el padre y el 13.10% con ninguno. Estos datos proporcionan una visión general del perfil sociodemográfico y sexual de los participantes previos a la intervención.

Tabla 1.

Datos descriptivos basales de los participantes (N = 145)

Variable	Categoría	f	%
Edad	11 años	17	11.70
	12 años	44	30.30
	13 años	55	37.90
	14 años	25	17.20
	15 años	4	2.80
Edad promedio	Media (DE)	12.69 (0.98)	
Sexo	Masculino	69	47.60
	Femenino	76	52.40
Grado escolar	Primer año	48	33.10
	Segundo año	54	37.20
	Tercer año	43	29.70
	Soltero(a)	141	97.20
Estado civil	Casado(a)	3	2.00
	Unión libre	1	0.60
Tiene novio(a)	Sí	24	16.60
	No	121	83.40
Comunicación con padres	Con ambos	83	57.20
	Solo con mamá	37	25.50
	Solo con papá	6	4.10
	Con ninguno	19	13.10
Inicio de vida	Sí	5	3.40

sexual	No	139	96.90
Edad de	11 años	1	0.70
primera	12 años	1	0.70
relación	14 años	3	2.10
sexual	15 años	1	0.70
Número de	1 pareja	5	3.40
parejas	2 parejas	1	0.70
sexuales			
Pareja sexual	Hombre	5	3.40
(identidad)	Mujer	1	0.70
Método	Condón	1	0.70
anticonceptivo			
más usado	Ninguno	5	3.40
Método usado	Condón	1	0.70
en última			
relación	Ninguno	5	3.40
sexual			

Nota: f= frecuencia; %= porcentaje

Análisis de fiabilidad y normalidad de los datos. La consistencia interna del instrumento *Comunicación sobre Temas Sexuales* fue evaluada mediante los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald. La escala global mostró una fiabilidad excelente ($\alpha = 0.919$; $\omega = 0.921$). En las subescalas, la comunicación con los padres presentó fiabilidad adecuada ($\alpha = 0.880$; $\omega = 0.887$), mientras que la comunicación con la madre evidenció valores altos ($\alpha = 0.905$; $\omega = 0.906$). La subescala de comunicación con amigos mostró consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0.878$; $\omega = 0.880$). La comunicación con la pareja obtuvo los coeficientes más elevados del instrumento, alcanzando niveles excelentes ($\alpha = 0.935$; $\omega = 0.943$).

De acuerdo con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, todas las variables presentan una distribución no normal ($p < 0.001$). Esto implica que las respuestas de los participantes tienden a concentrarse en valores

más bajos y no siguen un patrón de simetría, lo cual es coherente con la naturaleza ordinal de la escala Likert y con la baja frecuencia de comunicación declarada en ciertos temas, particularmente con la pareja.

Descripción de la comunicación en temas sexuales. La Tabla 2 y la Figura 1 muestran los patrones de comunicación en temas sexuales entre adolescentes de secundaria según sexo y grado escolar. De manera general, los resultados indican que la comunicación sexual con el padre es limitada en ambos sexos (Mujeres: $Md = 4$; $DE = 3.1$, Hombres: $Md = 9$; $DE = 5.8$).

En el caso de los hombres, la comunicación con el padre es ligeramente mayor en segundo y tercer año ($Md = 9$; $DE = 5.8$), mientras que en las mujeres se mantiene consistentemente baja ($Md = 4$; $DE = 3.1$). La asimetría positiva observada ($Asim. = 0.44-1.54$) refleja una concentración de respuestas en niveles bajos.

La comunicación con la madre es sistemáticamente mayor que con el padre en ambos sexos, con incrementos claros a partir de segundo año en las mujeres, quienes alcanzan las medianas más altas del ($Md = 12$; $DE = 6.21$ en segundo año). La distribución tiende a ser menos asimétrica y más homogénea que con el padre ($Asim. \approx 0.04-0.76$), lo que sugiere mayor apertura comunicativa materna, especialmente en las mujeres (Figura 1B).

En cuanto a la comunicación con amigos, los hombres muestran medianas moderadas en segundo y tercer año ($Md = 7-7.5$), mientras que

en las mujeres la mediana se incrementa progresivamente ($Md = 5$ en primer año a $Md = 9$ en segundo y tercer año). Sin embargo, la presencia de asimetrías positivas ($Asim. = 0.63-1.42$) indica que persisten grupos de estudiantes con niveles bajos de comunicación. La Figura 1C confirma esta variabilidad, con mayor dispersión en los grados superiores.

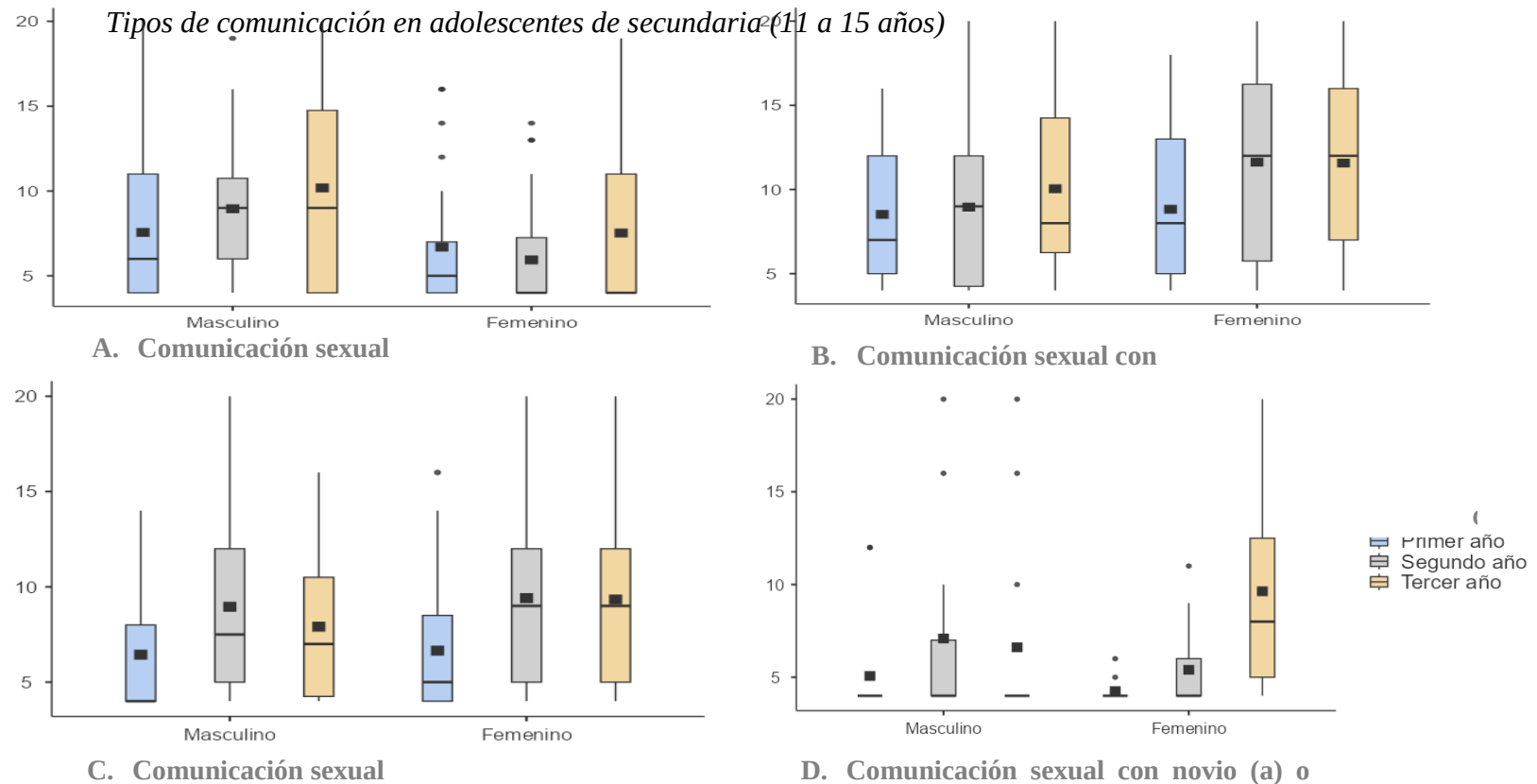
Finalmente, la comunicación con el novio(a) o pareja es la más limitada de todas las categorías, especialmente en hombres y mujeres de primer año ($Md = 4$; $DE = 0.62-2.81$), con fuertes asimetrías ($Asim. = 1.60-2.55$) y curtosis elevadas ($Curt. = 1.67-6.24$), lo que sugiere una distribución marcadamente sesgada hacia la ausencia de comunicación. Solo las mujeres de tercer año muestran un aumento notable ($Md = 8$; $DE = 5.55$), lo cual también se aprecia en la Figura 1D mediante la mayor dispersión y presencia de valores extremos.

Variables	Sexo	Grado (año)	Md	DE	Mín.	Máx.	Asimetría		Curtosis	
							Asim.	EE	Curt.	EE
Comunicación con el padre	Masculino	Primer	6.00	4.124	4.00	20.00	1.3690	0.464	1.7876	0.902
		Segundo	9.00	4.203	4.00	19.00	0.7081	0.491	0.0951	0.953
		Tercer	9.00	5.844	4.00	20.00	0.4400	0.491	-1.2533	0.953
	Femenino	Primer	5.00	4.016	4.00	16.00	1.5028	0.481	0.9862	0.935
		Segundo	4.00	3.131	4.00	14.00	1.5416	0.414	1.1036	0.809
		Tercer	4.00	4.589	4.00	19.00	1.0497	0.501	0.1603	0.972
Comunicación Con la madre	Masculino	Primer	7.00	3.980	4.00	16.00	0.4771	0.464	-1.0723	0.902
		Segundo	9.00	4.776	4.00	20.00	0.7581	0.491	-0.1124	0.953
		Tercer	8.00	5.269	4.00	20.00	0.7584	0.491	-0.7367	0.953
	Femenino	Primer	8.00	4.489	4.00	18.00	0.7658	0.481	-0.7188	0.935
		Segundo	12.00	6.210	4.00	20.00	0.0452	0.414	-1.6681	0.809
		Tercer	12.00	5.715	4.00	20.00	0.1523	0.501	-1.5592	0.972
Comunicación con amigos	Masculino	Primer	4.00	3.343	4.00	14.00	1.0876	0.464	-0.3273	0.902
		Segundo	7.50	4.825	4.00	20.00	0.8698	0.491	-0.2330	0.953
		Tercer	7.00	4.081	4.00	16.00	0.8162	0.491	-0.5837	0.953
	Femenino	Primer	5.00	3.737	4.00	16.00	1.4268	0.481	0.9162	0.935
		Segundo	9.00	4.543	4.00	20.00	0.6670	0.414	-0.0525	0.809
		Tercer	9.00	4.293	4.00	20.00	0.6351	0.501	0.0868	0.972
Comunicación con el novio(a)	Masculino	Primer	4.00	2.815	4.00	12.00	2.4048	0.580	4.3491	1.121
		Segundo	4.00	5.752	4.00	20.00	1.6994	0.661	1.6719	1.279
		Tercer	4.00	5.378	4.00	20.00	1.9528	0.616	2.7396	1.191
	Femenino	Primer	4.00	0.622	4.00	6.00	2.5552	0.637	6.2422	1.232
		Segundo	4.00	2.230	4.00	11.00	1.6025	0.580	1.7084	1.121
		Tercer	8.00	5.555	4.00	20.00	0.6697	0.661	-0.6905	1.279

Nota: Md= mediana; DE= desviación estándar; Mín.= Mínimo; Máx.=Máximo; Asim. = Asimetría; EE= Error Estándar; Curt.= Curtosis.

Figura 1.

Tipos de comunicación en adolescentes de secundaria (11 a 15 años)



Nota: las figuras presentan los patrones de comunicación en temas sexuales según sexo y grado escolar. La subfigura A corresponde a la comunicación con el padre, B a la comunicación con la madre, C a la comunicación con amigos y D a la comunicación con novio(a) o pareja. Los colores indican el grado académico (primer, segundo y tercer año). En conjunto, las distribuciones muestran mayor comunicación con la madre y con amigos, niveles bajos con el padre y especialmente reducidos con la pareja.

Comparación de la comunicación en temas sexuales según el sexo y grupo escolar

Los análisis inferenciales mostraron que la mayoría de las dimensiones de comunicación sexual no presentan diferencias significativas por sexo o grado escolar. La prueba de Mann–Whitney indicó diferencias únicamente en la comunicación con el padre, donde los hombres reportaron puntajes significativamente mayores que las mujeres ($U = 1822.50$, $p = .001$). No se encontraron diferencias por sexo en la comunicación con la madre, con amigos o con la pareja ($p > .05$).

Sugerencia de redacción: Respecto al grado escolar, la prueba de Kruskal-Wallis identificó diferencias estadísticamente significativas en la comunicación con amigos ($H = 12.90$, $p = .002$) y en la comunicación con la pareja ($H = 7.01$, $p = .030$). Los análisis post hoc con corrección de Bonferroni mostraron patrones consistentes con la madurez: en la comunicación con amigos, los estudiantes de Tercer Año reportaron puntajes significativamente mayores que los de Primer Año ($p < .001$), sin encontrarse diferencias significativas en las comparaciones que involucran a Segundo Año. De manera similar, en la comunicación con la pareja, los estudiantes de Tercer Año reportaron mayor comunicación que los de Primer Año ($p = .001$), tampoco existiendo diferencias significativas entre los estudiantes de Segundo Año y los de Primero o Tercero.

En conjunto, estos resultados sugieren que la comunicación sobre temas sexuales aumenta progresivamente conforme avanza el grado escolar, lo cual es particularmente notable en las dimensiones que involucran a pares (amigos y

pareja). Este patrón de edad contrasta con las diferencias por sexo, las cuales se presentan únicamente en la comunicación con el padre, donde los hombres reportaron puntajes significativamente mayores que las mujeres.

Tabla 3

Comunicación en temas sexuales por sexo y grado escolar

Variable	U	p	H (2)	p
Comunicación con el padre	1822.50, -3.29	.001	1.64	.440
Comunicación con la madre	2223.00, -1.59	.113	3.42	.181
Comunicación con amigos	2299.50, -1.29	.196	12.90	.002
Comunicación con la pareja	620.00, -1.50	.133	7.01	.030

Nota: La columna de Mann–Whitney corresponde a las comparaciones por sexo; se presentan los valores del estadístico U y el valor Z estandarizado. La columna de Kruskal–Wallis corresponde a las comparaciones por grado escolar; se reporta el estadístico H, con gl = 2. Los valores p indican significancia estadística ($\alpha = .05$). Los análisis post hoc para Kruskal–Wallis se realizaron mediante comparaciones U de Mann–Whitney ajustadas con corrección de Bonferroni ($\alpha' = .0167$), identificándose diferencias significativas únicamente entre primer y tercer año en comunicación con amigos y comunicación con la pareja.

Discusión

Los hallazgos de este estudio muestran que la comunicación sexual en adolescentes varía según la figura con quien se dialoga y evoluciona conforme avanza la escolaridad, mientras que las diferencias por sexo son mínimas. La mayor comunicación de los hombres con la figura paterna coincide con investigaciones que señalan dinámicas familiares basados en género, donde los niños abordan más temas de riesgo con los padres, mientras las niñas buscan a figuras femeninas (Lee, 2022; Grossman et al., 2021). Además, el incremento de la comunicación con amigos y pareja en grados superiores refleja la mayor influencia del grupo de pares durante la adolescencia (Bibby et al., 2023; Widman et al., 2014).

La diferencia significativa hallada en la comunicación con el padre sugiere que los hombres experimentan mayor apertura con esta figura,

posiblemente debido a normas de género que legitiman la conversación masculina entre padre e hijo sobre temas relacionados con la sexualidad y la conducta sexual (Stewart et al., 2019). En contraste, las mujeres reportan niveles considerablemente más bajos, lo que podría estar asociado con percepciones de tabú, incomodidad o expectativas sociales que desalientan este intercambio entre padre e hija (Somers et al., 2019).

En cuanto al incremento de la comunicación con amigos y pareja en los grados superiores, este patrón es congruente con el desarrollo psicosocial propio de la adolescencia temprana, donde las relaciones entre pares adquieren mayor centralidad y se convierten en un espacio clave para compartir experiencias, normas sociales y expectativas sobre sexualidad (Eccles, 1999; Choudhury et al., 2023). El hecho de que la comunicación con la pareja sea la más baja de todas las categorías puede explicarse por la menor proporción de adolescentes que reportaron tener novio(a), así como por la inmadurez afectiva y emocional característica de estos rangos de edad (Widman et al., 2022).

Los resultados coinciden con investigaciones que documentan una brecha de género en la comunicación padre-hijo(a), donde los padres tienden a dialogar más con los hijos hombres, mientras que las hijas encuentran mayor apertura en la figura materna (Stewart et al., 2019; Scull et al., 2022). Sin embargo, en el presente trabajo no se observaron diferencias significativas por sexo en la comunicación con la madre, lo que contrasta con otros estudios en los que las adolescentes reportan mayor frecuencia y profundidad en estas conversaciones (Widman et al., 2014). Esta discrepancia podría estar

relacionada con características culturales del contexto escolar estudiado o con la selección de ítems centrados exclusivamente en prevención del embarazo.

Asimismo, el aumento de la comunicación con pares conforme avanza la escolaridad coincide con la evidencia que señala que amigos y compañeros se convierten en fuentes primarias de información sexual durante la adolescencia, aunque esta información no siempre es precisa o basada en evidencia (Nogueira Avelar e Silva et al., 2020). Además, el rol limitado de la pareja en la comunicación sexual en etapas tempranas coincide con estudios que indican que los adolescentes más jóvenes suelen evitar conversaciones explícitas sobre sexualidad dentro del noviazgo debido a temor, presión social o falta de habilidades comunicativas (Widman et al., 2014).

Implicaciones teóricas y prácticas. Desde una perspectiva teórica, los resultados respaldan el enfoque ecológico planteado por Bronfenbrenner (Tong 2024), en el que la comunicación sexual surge como un fenómeno influenciado simultáneamente por factores individuales (edad, sexo), familiares (figuras significativas) y contextuales (relaciones entre pares). Además, la mayor apertura comunicativa con amigos y pareja en grados superiores reafirma el papel de los microsistemas de socialización en la formación de normas y conductas sexuales durante la adolescencia temprana.

En términos prácticos, los hallazgos enfatizan la necesidad de diseñar programas de educación sexual dirigidos a fortalecer la comunicación con padres, especialmente en la díada padre-hija, donde se observa mayor rezago. También sugieren que las intervenciones escolares deben aprovechar el potencial de los pares como agentes de salud, mediante estrategias de

educación entre iguales que fomenten información confiable basada en evidencia científica (Abrams et al., 2023; Barriuso-Ortega et al., 2024). Finalmente, se observa la importancia de trabajar habilidades comunicativas en adolescentes con pareja, para prevenir decisiones impulsivas o basadas en conocimiento insuficiente.

Limitaciones del estudio

El estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad y solo permite identificar asociaciones entre variables. En segundo lugar, la muestra fue seleccionada de una región específica del noreste de México, lo que limita la generalización de los hallazgos a otros contextos culturales o escolares. En tercer lugar, la información se obtuvo mediante autorreporte, por lo que puede estar sujeta a sesgos de deseabilidad social, especialmente en asuntos sensibles como la vida sexual y la comunicación íntima con figuras significativas.

Investigaciones futuras

Futuras investigaciones podrían adoptar diseños longitudinales que permitan analizar cómo evolucionan los patrones de comunicación a lo largo de la adolescencia. También se recomienda incorporar metodologías cualitativas, como entrevistas o grupos focales, para explorar en profundidad las barreras, emociones y significados que los adolescentes atribuyen a estas conversaciones. Asimismo, replicar este estudio en diferentes estados de México o en contextos rurales y urbanos permitirá determinar la generalidad de los hallazgos. Finalmente, sería pertinente evaluar intervenciones

educativas dirigidas a mejorar la comunicación familiar, y analizar sus efectos en comportamientos sexuales preventivos.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio evidencian que la comunicación sobre temas sexuales en adolescentes de secundaria presenta variaciones importantes según el tipo de relación y el nivel escolar. En términos generales, los y las adolescentes reportaron mayores niveles de comunicación con la madre y con los amigos, mientras que la comunicación con el padre y con la pareja fue considerablemente menor. Esto sugiere que las figuras maternas y los pares continúan siendo los principales referentes en la socialización sexual durante esta etapa del desarrollo.

Asimismo, se observó que el sexo del adolescente influye únicamente en la comunicación con el padre, siendo los hombres quienes mantienen intercambios más frecuentes sobre sexualidad con esta figura, lo cual refuerza la persistencia de patrones tradicionales de género en el diálogo familiar. En relación con el grado escolar, la comunicación con amigos y con la pareja aumenta significativamente en tercer año, lo que coincide con una mayor autonomía social y afectiva propia de la adolescencia media.

Estos resultados subrayan la necesidad de fortalecer intervenciones en educación sexual que integren a las familias, especialmente a los padres, promoviendo ambientes de diálogo abierto y equitativo. Asimismo, destacan la relevancia de desarrollar estrategias que acompañen el incremento de la comunicación entre pares y parejas adolescentes, favoreciendo que dichos intercambios se basen en información veraz, responsable y orientada al

autocuidado sexual y reproductivo. En conjunto, este estudio aporta evidencia útil para el diseño de programas preventivos y reafirma la importancia de la comunicación como un componente clave en la salud sexual adolescente.

Referencias

- Abrams, R., Nordmyr, J., & Forsman, A. K. (2023). Promoting sexual health in schools: a systematic review of the European evidence. *Frontiers in Public Health*, 11, 1193422. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193422>
- Barriuso-Ortega, S., Fernández-Hawrylak, M., & Heras-Sevilla, D. (2024). *Sex education in adolescence: A systematic review of programmes and meta-analysis*. *Children and Youth Services Review*, 166, 107926.
- Bibby, E. S., Choukas-Bradley, S., Widman, L., Turpyn, C., Prinstein, M. J., & Telzer, E. H. (2023). A longitudinal assessment of adolescents' sexual communication with parents, best friends, and dating partners. *Developmental Psychology*, 59(7), 1300–1314. <https://doi.org/10.1037/dev0001556>
- Castillo Riascos, L. L. (2016). *Desaciertos en la prevención del embarazo en adolescentes*. 32(3), 544-552. <https://www.redalyc.org/journal/817/81750089015/movil/>
- Choudhury, S., Pi-Sunyer, B. P., & Blakemore, S.-J. (2023). Una perspectiva neuroecosocial sobre el desarrollo adolescente. *Revisión anual de la psicología del desarrollo*. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-120321-011511>

- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2024). *Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG)*.
<https://sindis.conapred.org.mx/investigaciones/encuesta-nacional-sobre-diversidad-sexual-y-de-genero-endiseg/>
- de Figueiredo, M. L. (2020). *Educação Sexual e Reprodutiva para Adolescentes na Atenção Primária: uma Revisão Narrativa*. 24(1), 82–87.
<https://doi.org/10.17921/1415-6938.2020V24N1P82-87>
- Eccles, J. S. (1999). The development of children ages 6 to 14. *The Future of Children*, 9(2), 30–44.
- Gavin, L. E., Williams, J. R., Rivera, M. I., & Lachance, C. R. (2015). Programs to strengthen parent–adolescent communication. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), S65–S72.
- Grossman, J. M., Lynch, A. D., DeSouza, L. M., & Richer, A. M. (2021). Resources for teens’ health: Talk with parents and extended family about sex. *Journal of Child and Family Studies*, 30(2), 338–349.
<https://doi.org/10.1007/S10826-020-01896-X>
- Holness, N. A. (2015). A global perspective on adolescent pregnancy. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 677–681.
<https://doi.org/10.1111/IJN.12278>
- Hutchinson, M. K., & Cooney, T. M. (1998). Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for intervention. *Family Relations*, 47(2), 185-194.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021. Resultados*. <https://www.inegi.org.mx/programas/endiseg/2021/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023. Síntesis metodológica*. [ResultadosENADID2023ParteI.pdf](#)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024, 25 de septiembre). *Estadística de Nacimientos Registrados (ENR) 2024* (Comunicado de prensa)
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/enr/enr2024_CP.pdf
- Lee, J.-E. (2022). Different Patterns of Sexual Communication among Adolescent Boys and Girls in Lao PDR: Things They Talk about, How Frequently, and to Whom. *Korean Journal of Youth Studies*, 29(4), 1–29.
<https://doi.org/10.21509/kjys.2022.04.29.4.1>
- Mbachu, C. O. et al. (2020). Exploring issues in parent communication of sexual and reproductive health. *BMC Public Health*, 20, 1–12.
- Mbachu, C. O., Agu, I. C., Eze, I., Agu, C., Ezenwaka, U., Ezumah, N., & Onwujekwe, O. (2020). Exploring issues in caregivers and parent communication of sexual and reproductive health matters with adolescents in Ebonyi state, Nigeria. *BMC Public Health*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-8058-5>
- Nogueira Avelar e Silva, R. et al. (2020). Sexual communication with friends and adolescent sexual behaviors. *Journal of Sex Research*, 57(9), 1156–1165.

Nogueira Avelar E Silva, R., Raat, H., Reitz, E., Plat, M., Deković, M., & Van De Bongardt, D. (2020). Longitudinal associations between sexual communication with friends and sexual behaviors through perceived sexual peer norms. *Journal of Sex Research*, 57(9), 1156-1165.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1691969>

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Family Database.

Organización de las Naciones Unidas [Unesco]. (2023). *Investigaciones recientes estudian las barreras que dificultan la educación en sexualidad*. Recuperado el 16 de noviembre de 2025, de <https://www.unesco.org/es/articles/investigaciones-recientes-estudian-las-barreras-que-dificultan-la-educacion-en-sexualidad>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *El embarazo en la adolescencia*.

Organización Mundial de la Salud. (2024). El embarazo en la adolescencia.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Pazos, C. P., Pentón, C. R. C., Plain, A. P. de A., Pedraja, Y. M., Martínez, L. I. S., & Sosa, L. C. (2021). *Contraception in Adolescence: Social Necessity*. 4(1), 01–03. <https://doi.org/10.31579/2692-9406/057>

Scull, T. M., Carl, A. E., Keefe, E. M., & Malik, C. V. (2022). Parent–adolescent sexual health communication. *Journal of Sex Research*, 59(1), 122–134.

Secretaría de Gobernación (SEGOB), Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2023, 26 de septiembre). *Desciende más del 16 por ciento la tasa de fecundidad de adolescentes* (Comunicado de prensa). Gobierno de

- México. <https://www.gob.mx/conapo/prensa/deciende-mas-del-16-porciento-la-tasa-de-fecundidad-de-adolescentes-septiembre-2023?idiom=es>
- Secretaría de Salud [SSA]. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Sekhar, M. A., Edward, S., Grace, A. G., Pricilla, S. E., & Sushmitha, G. (2024). Understanding Comprehensive Sexuality Education: A Worldwide Narrative Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.74788>
- Singh, D. R. (2025). Inter-generational Communication for Promoting Safer Sex among Adolescents. *Journal of Comprehensive Health*, 0, 1–5. https://doi.org/10.25259/jch_63_2024
- Somers, C. L., Avendt, E., & Sepsey, A. M. (2019). Parent-adolescent sexual dialogue: Does content and approach matter in adolescent sexual attitudes and behaviors? *Health Education*, 119(3), 215–229. <https://doi.org/10.1108/HE-08-2018-0038>
- Stewart, J. L., Widman, L., & Kamke, K. (2019). Applying a multifactorial communication framework to better understand differences between father-daughter and mother-daughter sexual health discussions. *Journal of Health Communication*, 24(7-8), 633-642.
- Stewart, J. L., Widman, L., & Kamke, K. (2019). Parent–daughter sexual health discussions. *Journal of Health Communication*, 24(7–8), 633–642.
- The jamovi project (2025). jamovi. (Version 2.7) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

- Tong, P., & An, I. S. (2024). Review of studies applying Bronfenbrenner's bioecological theory in international and intercultural education research. *Frontiers in psychology*, 14, 1233925. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1233925>
- UNESCO. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad*.
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S. W., Golin, C. E., & Prinstein, M. J. (2014). Sexual Communication Between Early Adolescents and Their Dating Partners, Parents, and Best Friends. *Journal of Sex Research*, 51(7), 731–741. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.843148>
- Widman, L., Maheux, A., Craig, E. A., Evans-Paulson, R., & Choukas-Bradley, S. (2022). Sexual Communication between Adolescent Partners: A Scoping Review and Directions for Future Research. *Journal of Sex Research*, 59(8), 984–999. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2099787>

CAPÍTULO 4

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA DE LA ESCALA DE INTENCIÓN DE MONITOREO PARENTAL AL RIESGO SEXUAL EN PADRES DE ADOLESCENTES MEXICANOS

*Matheus Henrique Alves de Moura
Raquel Alicia Benavides-Torres
Carlos Alberto Catalán-Gómez
Marily Daniela Amaro-Hinojosa
Alan Josué Ramírez-Calderón*

Introducción

La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes enfrenta hoy uno de sus mayores desafíos históricos, marcado por cifras que revelan una carga persistente y desigual en distintos contextos socioculturales. Entre 2015 y 2019, se documentaron 121 millones de embarazos no planeados a nivel mundial, de los cuales el 61% terminó en aborto, lo que equivale a aproximadamente 73 millones de casos anuales (OMS, 2024). A este panorama se suma la incidencia elevada de infecciones de transmisión sexual (ITS): la Organización Mundial de la Salud estima que cada día ocurren más de un millón de nuevos contagios curables en personas de 15 a 49 años, además de un riesgo incrementado para adquirir VIH en presencia de una ITS (OMS, 2024; Català-Moll et al., 2024). Particularmente durante la adolescencia, el riesgo se intensifica, pues 21 millones de jóvenes de 15 a 19 años quedan embarazadas anualmente, la mitad de manera no planificada, con consecuencias que pueden derivar en aborto, morbilidad materna y natimortalidad (OMS, 2024).

En América Latina, una de las regiones con mayores tasas de fecundidad adolescente del mundo, estas cifras adquieren una dimensión aún más crítica. En México, pese a los avances logrados durante la última década, la vulnerabilidad reproductiva persiste: la tasa de fecundidad entre adolescentes disminuyó de 72,4 nacimientos por cada mil mujeres en 2015 a 60,3 en 2023, lo que representa una reducción del 16,7% (INEGI, 2024). Aunque este descenso constituye un progreso relevante, los niveles actuales siguen siendo elevados y reflejan desigualdades estructurales en el acceso a educación sexual integral, métodos anticonceptivos y servicios de salud culturalmente pertinentes. Paralelamente, las ITS continúan afectando de manera desproporcionada a los jóvenes, reforzando la necesidad de estrategias de prevención que integren protección activa, supervisión parental y diálogo constante dentro del entorno familiar.

En este contexto, la familia emerge como un agente fundamental en la prevención de conductas sexuales de riesgo. Estudios indican que una comunicación familiar deficiente y bajos niveles de cohesión entre padres e hijos incrementan la probabilidad de que los adolescentes se involucren en prácticas sexuales inseguras, aumentando su vulnerabilidad a ITS y embarazos no planeados (Reis et al., 2023;). En contraste, relaciones cercanas y basadas en la confianza funcionan como importantes factores protectores que favorecen decisiones más seguras (García Saiz et al., 2021; Goodrum et al., 2020). Dada la magnitud del problema y sus repercusiones en la vida de los adolescentes, se vuelve indispensable desarrollar estrategias

de prevención que trasciendan las acciones individuales de los jóvenes e incluyan de forma explícita a la familia.

Las intervenciones dirigidas a las familias se han mostrado especialmente relevantes, ya que los padres ocupan una posición estratégica en la regulación del ambiente en el que los adolescentes viven, aprenden y toman decisiones. En este sentido, el monitoreo parental constituye una práctica preventiva con alto potencial, pues implica esfuerzos intencionales por parte de los padres para acompañar, supervisar y comprender el día a día de sus hijos. Integrar esta dimensión en programas educativos permite fortalecer la capacidad familiar para identificar tempranamente situaciones de vulnerabilidad y promover conductas sexuales más seguras.

No obstante, el concepto de monitoreo parental ha sido utilizado de manera heterogénea en disciplinas como psicología, enfermería y derecho, lo que ha generado interpretaciones diversas que no siempre convergen. Esta variabilidad conceptual dificulta la construcción de intervenciones basadas en evidencia y limita la evaluación precisa de las prácticas parentales relacionadas con la prevención del riesgo sexual. Según Palhem et al. (2024), el monitoreo parental puede entenderse como cualquier acción realizada por los padres con el objetivo específico de obtener información sobre sus hijos, abarcando dimensiones físicas, emocionales, de salud y comportamentales. Aunque esta definición ofrece una base amplia e integradora, aún son escasos los instrumentos capaces de medir de manera válida y específica las variables asociadas al ***monitoreo parental del riesgo sexual***. La ausencia de herramientas adecuadas limita el avance de la investigación y el diseño de

intervenciones eficaces, justificando la necesidad de construir y validar instrumentos psicométricos orientados a este constructo.

Considerando esta laguna conceptual y la relevancia del monitoreo parental para la prevención de riesgos sexuales, nuestro grupo propone el desarrollo de una intervención que integre explícitamente el componente de ***monitoreo parental al riesgo sexual*** a las estrategias ya existentes de comunicación entre padres y adolescentes. Esta ampliación se fundamenta en la Teoría del Comportamiento Planificado de Fishbein y Ajzen, la cual establece que la manifestación de una conducta está determinada por variables que anteceden al comportamiento, entre ellas la intención de realizarlo. Dado que la intervención implementada hasta el momento contempla exclusivamente elementos de comunicación sexual, se vuelve necesario incorporar un módulo específico de monitoreo, a fin de fortalecer la capacidad de los padres para identificar, acompañar e intervenir frente a situaciones de vulnerabilidad asociadas al riesgo sexual.

En este proceso de ampliación conceptual y operativa, surge la necesidad de instrumentos válidos y sensibles que permitan evaluar los cambios esperados en la intención de los padres para llevar a cabo prácticas de monitoreo del riesgo sexual. Ante la inexistencia de escalas específicas para este constructo, se optó por adaptar instrumentos previamente desarrollados para evaluar la intención de comunicación sexual entre padres e hijos, de manera que permitan ahora medir ***la Intención de Monitoreo Parental al Riesgo Sexual***. Esta adaptación busca mantener la coherencia teórica, ajustar las propiedades psicométricas al nuevo enfoque de la

intervención y medir con precisión la autoeficacia y la intención de los padres de implementar acciones de monitoreo en su vida cotidiana.

La escala utilizada originalmente para evaluar los componentes de la comunicación sexual parental corresponde a instrumentos ampliamente validados y aplicados en estudios realizados en México, disponibles en español y culturalmente apropiados para padres de adolescentes. La Escala de Intención de Comunicación Sexual, creada por Villarruel y Jemmott (2002), ha sido utilizada previamente en población mexicana y evalúa la probabilidad de que los padres inicien conversaciones sobre sexualidad en los meses siguientes, midiendo directamente el componente motivacional previsto en la Teoría del Comportamiento Planificado.

Así, el objetivo de este estudio fue evaluar las características psicométricas y adaptar esta escala al nuevo constructo de ***Intención de monitoreo parental al riesgo sexual***, garantizando su pertinencia conceptual y su utilidad en la evaluación de intervenciones ampliadas que integren monitoreo y comunicación sexual.

Metodología

En este apartado se describe detalladamente la metodología empleada en el estudio, incluyendo los participantes, los procedimientos de recolección de datos y los métodos de análisis estadístico utilizado.

Participantes. La muestra estuvo integrada por padres y madres de adolescentes entre 14 y 19 años, residentes en el área metropolitana de Monterrey, México. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, tener al menos un hijo o hija dentro del rango mencionado y aceptar

participar de manera voluntaria. Se excluyeron los cuestionarios que presentaron más del 20% de datos faltantes. La participación fue anónima y sin incentivos. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), garantizando el cumplimiento de los principios éticos en investigación con seres humanos.

La Escala de Intención de Monitoreo Parental al Riesgo Sexual corresponde a una adaptación de la *Escala de Intención de Comunicación Sexual* de Villarruel y Jemmott (2002), previamente validada en población mexicana. Los ítems fueron modificados para medir la probabilidad de que los padres realicen acciones de monitoreo relacionadas con el riesgo sexual de sus hijos en los próximos tres meses. La versión adaptada quedó conformada por 4 reactivos en formato Likert de 5 puntos (1 = *Muy improbable*, 5 = *Muy probable*). Los puntajes elevados reflejan una mayor intención de supervisión, acompañamiento y seguimiento de conductas asociadas al riesgo sexual. Expertos en sexualidad, enfermería y psicometría evaluaron la coherencia conceptual, la claridad y la adecuación lingüística de los reactivos. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con un grupo reducido de padres para verificar comprensibilidad y pertinencia, lo que permitió realizar ajustes mínimos antes de la aplicación definitiva. En el análisis estadístico anterior, la escala original mostró una excelente consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0.94 para los cuatro ítems, indicando una fuerte homogeneidad interna y una adecuada estabilidad de la medida psicométrica en la población evaluada.

Procedimiento. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario electrónico elaborado y administrado en la plataforma QuestionPro®. El enlace de acceso fue difundido ampliamente a través de instituciones educativas, redes sociales y grupos comunitarios dirigidos a padres de familia, con el fin de maximizar el alcance de la población objetivo. Los participantes pudieron acceder desde teléfonos celulares, tabletas o computadoras. El tiempo promedio de respuesta fue de aproximadamente 10 minutos. Una vez concluido el periodo de aplicación, las respuestas fueron exportadas en formato compatible y posteriormente procesadas en el software SPSS versión 21.

Análisis Estadístico. Se calcularon medidas de tendencia central, frecuencias y desviaciones estándar para describir el comportamiento de los ítems. La normalidad se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov–Smirnov, siguiendo la metodología aplicada en estudios previos de validación. Debido a que los datos no presentaron distribución normal, se utilizaron correlaciones rho de Spearman para examinar la relación entre los ítems. También se inspeccionó la matriz de correlaciones para identificar patrones de consistencia entre reactivos y explorar posibles agrupaciones factoriales.

Análisis Psicométrico

Validez de Constructo. Para evaluar la estructura del constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) utilizando el método de componentes principales con rotación varimax. Se verificó la adecuación de la muestra mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Se estableció como criterio de aceptación que los

ítems presentaran cargas factoriales iguales o superiores a 0.40, siguiendo recomendaciones psicométricas reportadas en investigaciones similares. Este análisis permitió identificar la agrupación conceptual de los reactivos en uno o más factores.

Consistencia Interna. La fiabilidad del instrumento se determinó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, considerándose aceptables valores superiores a 0.70. Para determinar la contribución individual de cada ítem a la coherencia interna, se calculó el alfa si se eliminaba cada reactivo, con el fin de identificar aquellos que disminuían o incrementaban la consistencia interna de la escala.

Resultados

La Tabla 1 muestra que los participantes del estudio se caracterizaron principalmente por ser padres casados (73%) y con familias numerosas, ya que la mayor proporción reportó tener tres hijos (42,3%), seguida de aquellos con dos hijos (26,3%). En relación con los adolescentes evaluados, ligeramente más de la mitad eran mujeres (52,6%). En cuanto a las variables continuas, los padres presentaron una edad promedio de 41 años, mientras que los adolescentes tuvieron una media de 16 años, lo que indica que la muestra corresponde mayoritariamente a jóvenes en la etapa de media y tardía adolescencia, un grupo especialmente relevante para el análisis propuesto

Tabla 1.*Características sociodemográficas de los participantes*

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo del Padre	Masculino	69	50.4
	Femenino	68	49.6
Cantidad de Hijos	1 hijo	24	17.5
	2 hijos	36	26.3
	3 hijos	58	42.3
	4 hijos	14	10.2
	5 hijos	5	3.6
Sexo del Hijo	Femenino	72	5.6
	Masculino	65	47.4
Estado Civil Del Padre	Soltero	27	19.7
	Casado	100	73.0
	Separado	8	5.8
	Viudo	2	1.5

Nota. Los datos corresponden a 137 padres y madres participantes. Las variables categóricas se presentan en frecuencias y porcentajes. Las variables continuas, como la edad del padre y la edad del hijo, se reportan de manera independiente en el texto para facilitar su interpretación.

Las estadísticas descriptivas de los ítems de la Escala de Intención de Monitoreo Parental al Riesgo Sexual se presentan en la Tabla 2. Las medias de los cuatro reactivos oscilaron entre 3.51 y 3.68, reflejando niveles moderados de intención de monitoreo parental. El ítem con la media más alta fue el I1 ($M = 3.68$; $DE = 1.25$), mientras que la media más baja correspondió al I4 ($M = 3.51$; $DE = 1.40$). Todos los ítems mostraron el rango completo de respuestas (1 a 5), lo que indica una adecuada variabilidad para los análisis psicométricos posteriores.

Tabla 2.

Estadísticas descriptivas de los ítems de la Escala de Intención de

Monitoreo Parental al Riesgo Sexual

Ítem	Mín	Máx	M	DE
I1. ¿Qué tan probable es que en los próximos 3 meses usted supervise a su hijo(a) sobre sus relaciones sexuales?	1.00	5.00	3.68	1.25
I2. ¿Qué tan probable es que en los próximos 3 meses usted supervise el comportamiento de su hijo(a) para que se abstenga de tener relaciones sexuales?	1.00	5.00	3.54	1.31
I3. ¿Qué tan probable es que en los próximos 3 meses usted supervise a su hijo(a) para no embarazarse a alguien o para que su hija no salga embarazada?	1.00	5.00	3.58	1.33
I4. ¿Qué tan probable es que en los próximos 3 meses usted supervise las actividades de su hijo(a) para evitar infectarse de VIH al tener relaciones sexuales?	1.00	5.00	3.51	1.40
Nota. Los valores se presentan en una escala Likert de 1 (Muy improbable) a 5 (Muy probable). M = media; DE = desviación estándar. N= 137.				
Nota. Los valores se presentan en una escala Likert de 1 (Muy improbable) a 5 (Muy probable). M = media; DE = desviación estándar. N= 137.				

Las pruebas de normalidad mostraron que todas las variables presentaron desviaciones significativas de la distribución normal. En el Kolmogorov-Smirnov, los valores oscilaron entre $D = .192$ y $D = .237$ ($p < .001$). De forma consistente se optó por utilizar el coeficiente de correlación de Spearman. La Tabla 3 muestra las correlaciones entre los cuatro ítems que componen la Escala de Intención de Monitoreo Parental al Riesgo Sexual y la puntuación total. Todas las asociaciones fueron positivas y estadísticamente significativas, con coeficientes que oscilaron entre $.622$ y $.919$ ($p < .01$). Estos resultados indican una fuerte coherencia entre los reactivos, sugiriendo que todos evalúan de manera consistente la intención de los padres de

supervisar a sus hijos frente a riesgos sexuales. Las correlaciones más elevadas se observaron entre el Ítem 4 y la Intención Total ($r = .919$) y entre el Ítem 3 y el Ítem 4 ($r = .889$), lo que refuerza la contribución conjunta de los reactivos a un mismo constructo subyacente.

Tabla 3.

Correlações entre os Itens da Escala de Intención de Monitoreo Parental al Riesgo Sexual

Variable	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Intención Total
Ítem 1	1				
Ítem 2	.730**	1			
Ítem 3	.622**	.722**	1		
Ítem 4	.635**	.726**	.889**	1	
Intención Total	.833**	.891**	.913**	.919**	1

Nota. N = 137. Las correlaciones se estimaron mediante el coeficiente de Pearson. Ítem 1 = supervisión de relaciones sexuales; Ítem 2 = supervisión para abstinencia; Ítem 3 = supervisión para evitar embarazo; Ítem 4 = supervisión para evitar infección por VIH; Intención total = suma de los cuatro ítems. (**) indican significancia estadística al nivel de $p < .01$ (bilateral).

Cuanto a la consistencia interna de la Escala de Intención de Monitoreo Parental al Riesgo Sexual fue excelente, con un coeficiente alfa de Cronbach de .912 para los cuatro ítems. Las correlaciones ítem-total corregidas estuvieron por encima de .70 y el valor de alfa no aumentó al eliminar ningún reactivo, lo que indica que todos los ítems contribuyen de manera adecuada y coherente al constructo evaluado.

En seguimiento se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando el método de componentes principales para examinar la estructura interna del

instrumento. La adecuación de la muestra fue satisfactoria (Kaiser-Meyer-Olkin = .781), y la prueba de esfericidad de Bartlett confirmó que la matriz de correlaciones era adecuada para la factorización, $\chi^2 (6) = 426.25, p < .001$. El análisis extrajo un único componente con un valor propio de 3.17, que explicó el 79.15% de la varianza total, lo cual respalda la naturaleza unidimensional de la escala. Las comunales (h^2) y las cargas factoriales (λ) correspondientes se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4

Comunalidades (h^2) y cargas factoriales (λ) de los ítems de la Escala de Intención de Monitoreo Parental al Riesgo Sexual

Ítem	h^2 (Comunalidad)	λ (Carga factorial)
Ítem 1	.693	.832
Ítem 2	.797	.892
Ítem 3	.834	.913
Ítem 4	.843	.918

Nota. Método de extracción: componentes principales. Solo un componente presentó un valor propio mayor que 1 y explicó el 79.15% de la varianza total. La solución no requirió rotación debido a su unidimensionalidad. Ítem 1 = supervisión de relaciones sexuales; Ítem 2 = supervisión para abstinencia; Ítem 3 = supervisión para evitar embarazo; Ítem 4 = supervisión para evitar infección por VIH.

Discusión

La adaptación y validación de la Escala de Intención de Monitoreo Parental al Riesgo Sexual en población mexicana reveló un conjunto de resultados que respaldan la pertinencia conceptual y la solidez psicométrica del instrumento. En primer lugar, el perfil sociodemográfico de los participantes principalmente padres y madres casados, con varios hijos y adolescentes en media y tardía adolescencia ofrece un contexto representativo de familias que enfrentan desafíos específicos en materia de

supervisión, lo cual es particularmente relevante para evaluar la aplicabilidad cultural de la escala. Este contexto coincide con investigaciones que señalan que las prácticas de monitoreo parental se encuentran fuertemente condicionadas por la estructura familiar, las dinámicas de convivencia y el género del adolescente, elementos que deben ser considerados durante la adaptación transcultural de instrumentos (Yang & Jiang, 2023; Correia et al., 2024).

Los resultados descriptivos mostraron niveles moderados de intención de monitoreo, lo cual es consistente con la literatura que describe cómo los padres oscilan entre la necesidad de supervisar y el deseo de promover autonomía durante la adolescencia. Esto sugiere que la adaptación lingüística y conceptual del instrumento fue sensible a los matices culturales presentes en las familias mexicanas, especialmente en temas de sexualidad que suelen estar atravesados por valores moral-religiosos, percepciones de riesgo y roles tradicionales de género (Maas et al., 2022). El adecuado rango de respuestas observado en los cuatro ítems confirma, además, que el instrumento permite captar variaciones reales en la intención parental, un requisito indispensable para cualquier escala que busque evaluar cambios tras intervenciones preventivas (Maas et al., 2022; Yoon et al., 2022).

La fuerte coherencia interna observada entre los reactivos proporciona evidencia adicional de validez estructural. Las correlaciones elevadas entre los ítems sugieren que la adaptación conserva el núcleo conceptual del constructo propuesto en la versión original: la intención de supervisar conductas o situaciones relacionadas con riesgos sexuales. Esto concuerda

con modelos teóricos como el de XXXX, que conceptualizan el monitoreo como un proceso integrado que combina vigilancia directa, establecimiento de reglas y acompañamiento cotidiano (Hardie, 2024; Hardie, 2021; Pelham et al., 2024). En este sentido, la versión adaptada parece captar adecuadamente ese componente integrador, evitando fragmentaciones conceptuales que podrían surgir tras un proceso de traducción o contextualización.

La consistencia interna elevada ($\alpha = .912$) constituye un indicador clave del éxito de la adaptación. En muchos procesos de validación, la traducción de ítems puede disminuir la claridad conceptual o generar ambigüedades que afectan la fiabilidad; en contraste, en este estudio los reactivos mantuvieron correlaciones ítem-total robustas y una excelente estabilidad interna, lo cual sugiere que la escala no solo fue comprendida por los participantes, sino que también operó de manera coherente dentro del nuevo contexto cultural.

Los hallazgos del análisis factorial exploratorio constituyen una de las evidencias más fuertes a favor de la validez de constructo. La extracción de un único factor que explica más del 79% de la varianza, junto con cargas factoriales superiores a .80 en todos los ítems, confirma la unidimensionalidad del instrumento en esta población. Este patrón sugiere que la adaptación mantuvo la estructura conceptual original y que los cuatro reactivos representan un mismo constructo subyacente: la intención de monitorear riesgos sexuales en los hijos. Este hallazgo es particularmente relevante, ya que en algunos procesos de adaptación es común que los

factores se multipliquen o que los ítems se redistribuyan en estructuras diferentes debido a variaciones culturales (Finotelli, 2024; Gómez-Lugo et al., 2024).

Además de su solidez psicométrica, los resultados tienen implicaciones directas para su uso en intervenciones destinadas a fortalecer las competencias parentales en educación sexual. Por ser un instrumento breve, confiable y unidimensional, esta escala es especialmente adecuada para evaluaciones pre y post intervención, permitiendo medir cambios en la intención de supervisar, variable fundamental en modelos predictivos de conducta como la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen & Fishbein, 2000). Dado que muchos padres manifiestan dificultades para abordar temas de sexualidad, contar con un instrumento sensible para detectar incrementos en la intención puede ser crucial para evaluar la efectividad de programas que buscan intervenir en el monitoreo parental al riesgo sexual.

Conclusión

En conclusión, los resultados obtenidos indican que la adaptación realizada no solo conservó la esencia conceptual del instrumento original, sino que también demostró adecuación lingüística, cultural y psicométrica en el contexto mexicano. Futuras investigaciones podrán complementar esta validación mediante análisis confirmatorios, evaluación de la invariancia factorial entre subgrupos y estudios longitudinales que examinen la estabilidad temporal del constructo. No obstante, los hallazgos presentes ofrecen evidencia robusta de que la escala es válida, confiable y

culturalmente pertinente para medir la intención de monitoreo parental al riesgo sexual en padres y madres de adolescentes mexicanos

Referencias

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). *Attitudes and attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. European Review of Social Psychology, 11*(1), 1–33.
- Català-Moll, F., & Paredes, R. (2024). The rectal microbiome: understanding its role in HIV transmission. *Current Opinion in HIV and AIDS*. <https://doi.org/10.1097/coh.0000000000000906>
- Correia, L., Altafim, E., Ferreira, P., Gracioli, S., Santana, L., & Linhares, M. (2024). Parenting and family adjustment scales: Brazilian cultural adaptation. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202441e220100>
- Finotelli, I. (2024). (204) Psychometric properties of the Compulsive Sexual Behavior Inventory (CBSI-13) Brazilian adaptation. *The Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae161.161>
- Gómez-Lugo, M., Villalba-Ríos, N., Valbuena-Vargas, C., & Saavedra-Roa, A. (2024). Spanish adaptation and validation of sexual distress scale in Colombian population. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 24*. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100469>
- Goodrum, N. M., Smith, D. W., Hanson, R. F., Moreland, A. D., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2020). Longitudinal relations among adolescent risk behavior, family cohesion, violence exposure, and

- mental health in a national sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48, 1455–1469.
- Hardie, B. (2021). Reconceptualising parental monitoring within a model of goal-directed parental action. *New Ideas in Psychology*, 61, 100847. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100847>
- Hardie, B. (2024). Supervision, presence and knowledge: clarifying ‘parental monitoring’ concepts within a model of goal-directed parental action. *Theory and Society*. <https://doi.org/10.1007/s11186-024-09557-4>
- Jemmott, L. S., Jemmott III, J. B., & Villarruel, A. M. (2002). Predicting intentions and condom use among Latino college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13(2), 59–69.
- Maas, M., LaBrenz, C., Cary, K., Buenabad, N., & Parra-Cardona, J. (2022). Gender, romantic relationships and sexual health in Mexico: Parents’ experiences of discussion with their children. *Culture, Health & Sexuality*, 25, 762–775. <https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2097740>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Embarazo en la adolescencia*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de marzo de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Pelham, W., Racz, S., Davis, I., Aks, I., Patel, H., McMahon, R., Thornburg, M., Huang, Y., Schulze, E., Gonzalez, O., Tapert, S., & Brown, S. (2024). What is parental monitoring? *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00490-7>

- Reis, G. B., Sousa, M. A. D., Andrade, G. N. D., Malta, D. C., Machado, Í. E., & Felisbino Mendes, M. S. (2023). Supervisão dos pais e comportamento sexual entre adolescentes brasileiros. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 26, e230013.
- Yang, Y., & Jiang, J. (2023). Influence of family structure on adolescent deviant behavior and depression: The mediation roles of parental monitoring and school connectedness. *Public Health*, 217, 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.01.013>
- Yoon, S., Speyer, R., Cordier, R., Aunio, P., & Hakkarainen, A. (2022). A systematic review on evaluating responsiveness of parent- or caregiver-reported child maltreatment measures for interventions. *Trauma, Violence & Abuse*, 24, 2297–2318.
<https://doi.org/10.1177/15248380221093690>

CAPÍTULO 5

ESCALA URICA ADAPTADA PARA EVALUAR EL PROCESO DE CAMBIO EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES MEXICANOS DE 11 A 15 AÑOS

*Natanael Librado-González
Dora Julia Onofre-Rodríguez
Raquel Alicia Benavides-Torres
Julieta Ángel-García
Geu Mendoza-Catalán*

Introducción

La adolescencia es una etapa decisiva del desarrollo humano, marcada por transformaciones biológicas, cognitivas y psicosociales que influyen en la construcción de la identidad y en la adopción de comportamientos relacionadas con la salud (Espinosa-Hernández et al., 2022). Durante este periodo, los cambios hormonales moldean el deseo y la conducta sexual, aumentando la vulnerabilidad a prácticas de riesgo, a menudo reforzadas por la influencia de los pares (Hegde et al., 2022).

Asimismo, normas culturales y expectativas sociales determinan la manera en que se comprende y vive la sexualidad, lo que en muchos contextos genera desinformación y estigma (Wang, 2024; Oliveira et al., 2024). Como resultado, los adolescentes pueden enfrentarse a decisiones que, sin orientación adecuada, derivan en embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual (Khatimah et al., 2025), situación que se agrava en entornos con acceso limitado a educación sexual o con prácticas como el matrimonio precoz (Vilasboa Ferreira et al., 2024; Hegde et al., 2022). Ante

este panorama, comprender los procesos motivacionales que guían la conducta sexual es clave para diseñar intervenciones efectivas y culturalmente pertinentes (Revollo et al., 2022).

En este marco, el Modelo Transteórico de Cambio (MTC) de Prochaska y DiClemente (1983) constituye un referente fundamental para explicar la progresión del cambio conductual. El modelo describe cinco etapas: precontemplación, en la que no se reconoce la necesidad de cambiar (Prochaska & Velicer, 1997); contemplación, cuando se empieza a considerar la modificación de la conducta; preparación, etapa en que se planifican acciones para el cambio (Szupszynski & Ávila, 2021); acción, donde se implementan conductas más seguras, como prácticas sexuales preventivas; y mantenimiento, orientado a sostener los avances y prevenir recaídas (Gómez Suárez et al., 2020). Evaluar estas etapas permite identificar el nivel de disposición al cambio y diferenciar entre adolescentes que no reconocen riesgos, quienes comienzan a reflexionar y quienes ya han iniciado acciones preventivas (Vaida, 2023).

La aplicación del MTC a la sexualidad adolescente adquiere relevancia porque los procesos cognitivos y afectivos vinculados al cambio están fuertemente influenciados por factores contextuales. Entre estos, las normas culturales moldean lo que se percibe como aceptable en la conducta sexual (Hegde et al., 2022), mientras que la educación sexual puede modificar creencias y aumentar la preparación para el uso de métodos anticonceptivos (Suárez et al., 2019). Las dinámicas familiares también son determinantes, ya que la comunicación abierta sobre sexualidad facilita la

toma de decisiones informadas (Fantasia, 2008). De igual manera, la presión de los pares influye en la adopción o rechazo de conductas sexuales, dado que los adolescentes tienden a ajustar su comportamiento a las normas del grupo (Oliveira et al., 2014). Comprender estas influencias permite identificar perfiles motivacionales y diseñar intervenciones educativas adaptadas al nivel de preparación para el cambio, lo que ha demostrado ser efectivo para promover comportamientos sexuales responsables (Suárez et al., 2019).

Es fundamental comprender que, en la adolescencia temprana, el comportamiento sexual trasciende la actividad coital e incluye dimensiones cognitivas y emocionales como actitudes, creencias, curiosidad, establecimiento de límites y manejo de la presión de pares (Pearson & Wilkinson, 2012). Estas experiencias, influidas por normas culturales (Rodgers, 2018) y a menudo marcadas por incertidumbre (Juhász et al., 1986), pueden generar dudas o deseos de cambio incluso en adolescentes sin experiencia sexual, por lo que evaluar sus motivaciones y procesos cognitivos resulta más pertinente que enfocarse en conductas consumadas. Dado que la transición hacia relaciones sexuales es parte del desarrollo identitario, un enfoque educativo que combine la prevención de riesgos con una visión positiva de la salud sexual, atendiendo estas complejidades, resulta más efectivo para apoyar un desarrollo saludable que uno centrado únicamente en los riesgos (Sieving et al., 2002; Pearson & Wilkinson, 2012).

Para evaluar las etapas de cambio, el University of Rhode Island Change Assessment (URICA) es uno de los instrumentos más utilizados

internacionalmente (University of Miami, 2004). Su estructura flexible ha permitido su aplicación en diversas conductas relacionadas con salud, como consumo de sustancias, actividad física, adherencia terapéutica y comportamientos preventivos (Roth & Exeni, 2011; Vallejos Flores et al., 2015). Sin embargo, su uso en poblaciones adolescentes y en temas sensibles como la sexualidad requiere una adaptación lingüística y cultural rigurosa que asegure la comprensibilidad y la pertinencia sociocultural, especialmente en contextos atravesados por tabúes, desigualdades de género o limitaciones educativas (Zamarripa et al., 2022; Cohen et al., 2005). Una adaptación adecuada garantiza que los ítems mantengan su significado original y sean relevantes para los adolescentes, permitiendo evaluar con precisión su disposición al cambio en salud sexual (Lira & Caballero, 2020).

En este contexto, la adaptación del URICA para adolescentes mexicanos se justifica por la necesidad de contar con instrumentos válidos que permitan comprender la motivación hacia conductas sexuales responsables, debido que la sexualidad en sexualidad en México está moldeada por factores socioculturales complejos; infancias diversas, falta de acceso a información veraz y oportuna sobre sexualidad y reproducción e influencia de la cultura y la religión (Magallanes-Lozano et al., 2022), por ello, que los adolescentes requieren instrumentos ajustados a su lenguaje, experiencias y condiciones de vida (Cervantes Lara et al., 2020). Una versión adaptada del URICA facilitaría la identificación precisa de la etapa de cambio en la que se encuentran, lo que permitiría desarrollar intervenciones más focalizadas y efectivas (Zamarripa et al., 2022).

Finalmente, el proceso de adaptación y validación del instrumento se sustenta en los estándares metodológicos de la guía COSMIN (COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments), que establece criterios rigurosos para la evaluación de instrumentos de medición en salud (De Vet et al., 2011; Mokkink et al., 2016). El objetivo de este estudio fue adaptar y validar Escala URICA adaptada para evaluar el proceso de cambio en el comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 15 años. Bajo criterios que incluyen la validez de contenido, validez estructural, validez de constructo, confiabilidad, error de medición y sensibilidad al cambio, todos indispensables para asegurar que el instrumento mida adecuadamente el constructo de interés. Así, la integración del MTC, la pertinencia del URICA y las directrices de COSMIN conforman un marco teórico-metodológico sólido que respalda la adaptación del instrumento para adolescentes mexicanos de 11 a 15 años, fortaleciendo la investigación y la práctica en salud sexual adolescente (De Vet et al., 2011).

Métodos

Diseño del estudio. Se realizó un estudio instrumental metodológicos de tipo transversal, el cual fue seleccionado para evaluar las propiedades de medición de la versión adaptada de la escala URICA. Este diseño permitió recopilar datos en un único momento temporal para analizar la validez de contenido, la validez de constructo y la confiabilidad de la herramienta en el contexto específico de los adolescentes mexicanos.

Participantes. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, reclutando a adolescentes

matriculados en una escuela secundaria pública de México. Los criterios de inclusión fueron que los participantes tuvieran entre 11 y 15 años de edad, estuvieran oficialmente inscritos en la institución, proporcionaran su asentimiento informado y contaran con el consentimiento por escrito de su padre o tutor. Como criterio de exclusión, se consideró la participación previa en estudios de características similares.

No se incluyó como criterio de inclusión el haber tenido experiencia sexual previa debido a que el instrumento URICA evalúa procesos motivacionales generales (reconocimiento, intención y disposición al cambio) relacionados con la conducta sexual. Estos procesos pueden estar presentes aun en adolescentes que no han iniciado vida sexual coital, ya que el comportamiento sexual en esta etapa abarca actitudes, decisiones, límites personales y manejo de la presión social. Por lo tanto, requerir actividad sexual previa habría introducido un sesgo y limitado innecesariamente la validez del instrumento en esta población.

Tamaño de la muestra. Si bien el estudio no partió de un cálculo muestral *a priori*, el tamaño de muestra no probabilística por conveniencia final de 225 participantes demostró ser adecuado para los análisis psicométricos realizados. La idoneidad de la muestra para el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) fue confirmada post-hoc mediante indicadores robustos, como un valor excelente en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.912$) y un resultado significativo en la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < .001$) (Bentler, 1980).

Descripción del instrumento. La Escala URICA es un instrumento de autorreporte de 32 ítems diseñado para evaluar las cuatro etapas del Modelo MTC: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenición. Cada ítem describe cogniciones, percepciones y conductas relacionadas con la disposición individual para modificar un comportamiento problemático, como el consumo de sustancias o hábitos de salud, y se responde mediante una escala Likert de cinco puntos (1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo), lo que permite identificar con precisión el estadio motivacional en el que se encuentra la persona. Operativamente, los ítems se agrupan en cuatro subescalas correspondientes a cada etapa del modelo y permiten calcular un índice global denominado “Disposición para el Cambio” mediante la fórmula $(\text{Contemplación} + \text{Acción} + \text{Mantenimiento}) - \text{Precontemplación}$. Además, la escala incorpora puntuaciones T (o T-scores) que facilitan la representación gráfica del perfil del usuario en cada etapa, lo cual resulta especialmente útil para fines clínicos, terapéuticos y de investigación.

Desde una perspectiva psicométrica, el URICA original presenta adecuados índices de confiabilidad interna, evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los estudios iniciales reportaron valores satisfactorios en las cuatro subescalas: Precontemplación ($\alpha = .73$), Contemplación ($\alpha = .79$), Acción ($\alpha = .90$) y Mantenición ($\alpha = .81$), lo que indica consistencia interna aceptable a excelente (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983, 1989). Asimismo, investigaciones posteriores han documentado valores superiores para la escala total, con coeficientes entre $\alpha = .96$ y $\alpha = .97$, lo que refleja un

nivel de uniformidad muy alto entre los ítems (DiClemente y Hughes, 1990; Snow et al., 1992). Estos valores cumplen con los criterios de calidad establecidos por COSMIN, que consideran adecuados coeficientes $\geq .70$ y excelentes coeficientes $\geq .90$ (Mokkink et al., 2016).

En términos de validez, la URICA cuenta con evidencia robusta en varias dimensiones. La validez de contenido se sustenta en su desarrollo basado en el MTC y en evaluaciones por expertos en psicología clínica y adicciones. La validez de constructo ha sido confirmada mediante análisis factoriales que respaldan su estructura tetrafactorial, con cargas factoriales superiores a .60 en la mayoría de los ítems, coherentes con los componentes teóricos del modelo. Asimismo, se ha documentado validez concurrente, evidenciada en correlaciones significativas con instrumentos de motivación y autoeficacia, y validez predictiva, dado que las puntuaciones iniciales se han asociado con la probabilidad de avance hacia la acción y el mantenimiento del cambio en tratamientos clínicos.

Además, el instrumento muestra validez discriminante, diferenciando adecuadamente entre individuos en distintas etapas del cambio y niveles de gravedad del problema, lo que refuerza su utilidad diagnóstica en contextos terapéuticos. Aunque la URICA fue diseñada originalmente para adultos en tratamiento por adicciones, su sólida base teórica y estructura conceptual han permitido su adaptación a otras poblaciones y conductas de salud. No obstante, siguiendo las recomendaciones de COSMIN, su uso en nuevos contextos requiere evaluaciones específicas de validez cultural y estructural, considerando que la interacción entre subescalas puede variar según las

características de la población y del comportamiento evaluado. La versión en español del instrumento fue traducida por el equipo del Estudio SETA (Protocolo n.º 20000255 de la Universidad de Miami) bajo la dirección del Daniel Feaster (University of Miami, 2004), mediante un proceso de adaptación lingüística que incluyó traducción inicial, retrotraducción y conciliación por un tercero, con consulta a hablantes nativos cuando fue necesario, asegurando su pertinencia cultural y lingüística.

Consideraciones éticas. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en aulas escolares, de manera grupal, bajo la supervisión de investigadores previamente capacitados. Este contexto permitió garantizar un ambiente de privacidad y confianza, lo cual es crucial en temas relacionados con salud sexual. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo el número de registro FAEN-D-2021, además cumplió con los principios éticos para investigación con menores de edad, resguardando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión de estar inscritos en una secundaria pública, contar con consentimiento informado de sus tutores y asentimiento propio, y no haber participado previamente en estudios similares.

Análisis estadísticos. El plan analítico incluyó diversos procedimientos estadísticos para evaluar las propiedades de medición. La validez de contenido se estableció mediante un panel de 8 expertos, calculando los Índices de Validez de Contenido a nivel de ítem (I-CVI) y de escala (S-CVI), considerándose como excelentes los valores superiores a 0.78

y 0.90, respectivamente, según los estándares COSMIN (Mokkink et al., 2016). La validez de constructo se examinó mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con el método de extracción de Máxima Verosimilitud y rotación Oblimin, determinándose el número de factores mediante análisis paralelo y evaluándose el ajuste del modelo con los índices RMSEA y TLI (Bentler, 1980,1990). Finalmente, la confiabilidad se estimó mediante los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald para la escala total y para los factores identificados (Dunn et al, 2014). Los datos se procesaron en el software Jamovi versión 2.7.6 (The jamovi Project, 2025; Core Team, 2025; Revelle, 2025; Rosseel, et al., 2024; Epskamp, 2022).

Resultados generales

Características de los participantes. La población objetivo del estudio estuvo integrada por adolescentes mexicanos de entre 11 y 15 años ($M = 12.8$; $DE = 1.05$), inscritos en una escuela pública de nivel secundaria. La muestra presentó una distribución equilibrada por sexo, con 118 mujeres (52.4%) y 107 hombres (47.6%). En cuanto al grado escolar, las y los participantes se encontraban distribuidos en los tres niveles de secundaria: 32.9% en primer año ($n = 74$), 36.9% en segundo año ($n = 83$) y 30.2% en tercer año ($n = 68$). Finalmente, la totalidad de adolescentes reportó un estado civil soltero (100%).

Respecto a las relaciones interpersonales y sexualidad, una minoría indicó tener una pareja sentimental en el momento del estudio ($n = 45$, 20.0%). En cuanto a la comunicación sobre sexualidad con los padres, poco más de la mitad reportó hacerlo con ambos progenitores ($n = 115$, 51.1%),

mientras que una proporción significativa señaló no comunicarse con ninguno de los dos ($n = 43$, 19.1%). La orientación sexual mayoritariamente autorreportada fue la heterosexual ($n = 153$, 68.0%), seguida de categorías como "inseguro" ($n = 19$, 8.4%), bisexual ($n = 15$, 6.7%) y gay/lesbiana ($n = 24$, 10.6%). La gran mayoría de los participantes refirió no haber tenido relaciones sexuales ($n = 220$, 97.8%).

Validez de contenido. La validez de contenido de la Escala URICA adaptada para evaluar el proceso de cambio en el comportamiento sexual en adolescentes mexicanos se estableció mediante un proceso riguroso que incluyó la revisión por parte de un panel de ocho expertos en salud sexual, psicología clínica, metodología y psicometría. Cada ítem fue evaluado en términos de relevancia, claridad y adecuación cultural utilizando una escala Likert de 1 a 4, donde 1 = nada relevante y 4 = muy relevante (Polit & Beck, 2006). Como resultado de esta evaluación, se realizaron ajustes en la redacción de varios ítems para garantizar su comprensión entre adolescentes mexicanos.

Los Índices de Validez de Contenido por ítem (I-CVI) oscilaron entre 0.75 y 1.00. Solo un ítem (ítem 5) presentó I-CVI = 0.75 y fue revisado para mejorar su claridad y pertinencia cultural (Lira & Caballero, 2020). El Índice de Validez de Contenido global (S-CVI), calculado como el promedio de los I-CVI de los 32 ítems, fue 0.94, lo que indica una validez de contenido excelente según los estándares COSMIN (Tabla 1).

Estos resultados muestran que los ítems de la escala son altamente relevantes, comprensibles y culturalmente apropiados para evaluar las etapas

de cambio en el comportamiento sexual de adolescentes en el contexto mexicano.

Tabla 1.

Validez de contenido de la Escala URICA adaptada para evaluar el proceso de cambio en el comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 11 a 15 años (I-CVI por ítem)

Ítem	Enunciado del ítem	Nº expertos	I-CVI
1	En lo que respecta a mí, no tengo problemas relacionados con mi comportamiento sexual que necesiten cambio.	7	0.875
2	Pienso que puedo estar listo(a) para mejorar mi comportamiento sexual.	8	1.00
3	Estoy haciendo algo para mejorar mi comportamiento sexual.	7	0.875
4	Puede que valga la pena trabajar en mejorar mi comportamiento sexual.	8	1.00
5	No soy yo quien tiene un problema con el comportamiento sexual, no tiene sentido que esté aquí.	6	0.75
6	Me preocupa recaer en un comportamiento sexual que ya he cambiado, por eso estoy aquí para buscar ayuda.	8	1.00
7	Finalmente estoy trabajando en mejorar mi comportamiento sexual.	7	0.875
8	He estado pensando que a lo mejor quisiera cambiar algo de mi comportamiento sexual.	8	1.00
9	He tenido éxito trabajando en mi comportamiento sexual, pero no estoy seguro(a) que pueda mantener el esfuerzo por mi cuenta.	7	0.875
10	A veces mi comportamiento sexual es difícil de cambiar, pero estoy trabajando en ello.	8	1.00
11	Estar aquí es una pérdida de tiempo para mí porque mi	7	0.875

	comportamiento sexual no tiene que ver conmigo.		
12	Espero que este lugar me ayude a entenderme mejor en relación a mi comportamiento sexual.	8	1.00
13	Puede que tenga defectos en mi comportamiento sexual, pero no hay nada que realmente necesite cambiar.	7	0.875
14	Realmente estoy trabajando duro en cambiar mi comportamiento sexual.	8	1.00
15	Tengo un problema con mi comportamiento sexual y realmente pienso que debo trabajar en él.	8	1.00
16	No estoy siguiendo tan bien como esperaba los cambios en mi comportamiento sexual, y estoy aquí para prevenir recaer.	7	0.875
17	Aunque no siempre tengo éxito en cambiar, por lo menos estoy trabajando en mejorar mi comportamiento sexual.	8	1.00
18	Pensé que una vez que hubiese resuelto mi problema con el comportamiento sexual estaría libre de él, pero a veces todavía me encuentro luchando con él.	7	0.875
19	Desearía tener más ideas sobre cómo resolver mis problemas con el comportamiento sexual.	8	1.00
20	Empecé a trabajar en mi comportamiento sexual, pero me gustaría tener ayuda.	8	1.00
21	A lo mejor este lugar me podrá ayudar con mi comportamiento sexual.	8	1.00
22	Puede que necesite estímulo ahora para que me ayude a mantener los cambios en mi comportamiento sexual.	7	0.875
23	Puede que yo sea parte del problema con mi comportamiento sexual, pero realmente no pienso que lo soy.	7	0.875
24	Espero que alguien aquí tenga buenos consejos para mi comportamiento sexual.	8	1.00
25	Cualquiera puede hablar de cambiar; yo realmente estoy haciendo algo sobre mi comportamiento sexual.	8	1.00
26	Toda esta conversación de psicología es aburrida, ¿por qué la gente no se olvida de sus problemas con el comportamiento	7	0.875

	sexual?		
27	Estoy aquí para prevenir recaer en problemas con mi comportamiento sexual.	8	1.00
28	Es frustrante, pero siento que pueda estar recayendo en problemas con mi comportamiento sexual que pensaba había resuelto.	7	0.875
29	Tengo preocupaciones sobre mi comportamiento sexual, pero también las tiene cualquier otro. ¿Por qué gastar tiempo pensando en ellas?	7	0.875
30	Estoy activamente trabajando en mejorar mi comportamiento sexual.	8	1.00
31	Preferiría lidiar con mis defectos en el comportamiento sexual que tratar de cambiarlos.	7	0.875
32	Después de todo lo que he hecho para tratar de cambiar mis problemas con el comportamiento sexual, de vez en cuando vuelven a rondarme (perseguirme).	8	1.00

Nota: La columna “Nº expertos que calificaron 3 o 4” indica cuántos de los 8 expertos del panel consideraron que el ítem era relevante para medir el constructo (valoraron 3 = relevante o 4 = muy relevante en la escala Likert). El I-CVI se calcula dividiendo este número entre el total de expertos. Por ejemplo, si 7 de 8 expertos calificaron un ítem como 3 o 4, el I-CVI será 0.875. Esto permite identificar qué ítems son considerados más relevantes y cuáles necesitan revisión.

Validez de constructo

Análisis Factorial Exploratorio. Los análisis preliminares confirmaron la idoneidad de los datos para realizar el AFE. La prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa ($\chi^2(496) = 3521$, $p < .001$), lo que indica que las correlaciones entre los ítems son suficientemente altas para justificar el análisis. De igual manera, la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) alcanzó un valor global de 0.912, considerado “Excelente” conforme a los criterios convencionales. Los índices individuales MSA fueron superiores a 0.81 en todos los casos, lo que confirma la pertinencia de cada ítem para su inclusión en el modelo factorial (Hu y Bentler, 1999).

El análisis factorial se realizó mediante el método de Máxima Verosimilitud con rotación oblicua (Oblimin), lo cual permitió identificar una estructura de cuatro factores que explican una proporción considerable de la varianza común. El primer factor, denominado *Acción y Mantenimiento*, fue el más sólido y representó el compromiso activo con la modificación conductual y la continuidad de los cambios logrados; los ítems con mayores cargas fueron URICA_25 (0.770), URICA_22 (0.690), URICA_20 (0.699), URICA_21 (0.681), URICA_24 (0.667), URICA_19 (0.630) y URICA_17 (0.616). El segundo factor, *Contemplación*, agrupó ítems relacionados con el reconocimiento del problema y la reflexión sobre la posibilidad de cambiar, destacando las cargas de URICA_2 (0.719), URICA_4 (0.690) y URICA_3 (0.595). El tercer factor, *Preparación*, capturó una etapa intermedia caracterizada por la intención de cambiar y la búsqueda de apoyo, con

saturaciones destacadas en URICA_10 (0.738), URICA_14 (0.484) y URICA_9 (0.475). Finalmente, el cuarto factor, *Precontemplación*, fue el menos definido y reflejó la falta de reconocimiento del problema o la resistencia al cambio, incluyendo cargas bajas como URICA_11 (0.331) y varios ítems con cargas cruzadas, entre ellos URICA_26, URICA_29 y URICA_31, lo que evidencia una medición poco precisa de esta etapa en la muestra.

La calidad de la solución factorial fue en general adecuada, aunque con ciertas limitaciones. Los factores Acción/Mantenimiento, Contemplación y Preparación presentaron una estructura clara y congruente con las etapas del MTC, y las communalidades alcanzaron valores moderados, lo que indica que los factores extraídos explican una proporción razonable de la varianza de los ítems. Sin embargo, se observaron cargas cruzadas superiores a 0.30 en varios reactivos, como URICA_8, URICA_13, URICA_18, URICA_26, URICA_29 y URICA_31, lo cual dificulta una interpretación factorial unívoca y sugiere que algunos ítems no miden exclusivamente un solo constructo. El factor Precontemplación fue especialmente débil, con una estructura poco definida y escasa capacidad discriminativa (Tabla 2).

Las correlaciones entre los factores fueron coherentes con la teoría subyacente. Se identificaron asociaciones positivas moderadas entre Acción/Mantenimiento y Contemplación ($r = 0.444$) y entre Acción/Mantenimiento y Preparación ($r = 0.510$), así como entre Contemplación y Preparación ($r = 0.457$), lo que refleja la continuidad conceptual entre estas etapas sucesivas. Por el contrario, el factor

Precontemplación mostró correlaciones bajas o nulas con los demás factores, un resultado esperable dada la naturaleza de esta etapa, caracterizada por la resistencia al cambio y la ausencia de intención conductual inmediata.

Tabla 2.
Cargas de los Factores

Ítems	Factor				Unicidad
	1	2	3	4	
URICA_1		0.525			0.705
URICA_2		0.719			0.468
URICA_3		0.595			0.514
URICA_4		0.690			0.508
URICA_5		0.463			0.650
URICA_6			0.385		0.565
URICA_7			0.431		0.393
URICA_8		0.320	0.388		0.562
URICA_9			0.475		0.500
URICA_10			0.738		0.395
URICA_11				0.331	0.757
URICA_12		0.315			0.732
URICA_13		0.336	0.313		0.662
URICA_14			0.484		0.506
URICA_15	0.391				0.551
URICA_16	0.352				0.598
URICA_17	0.616				0.454
URICA_18	0.527		0.322		0.512
URICA_19	0.630				0.468
URICA_20	0.699				0.485
URICA_21	0.681				0.473
URICA_22	0.690				0.479
URICA_23	0.498				0.622
URICA_24	0.667				0.493
URICA_25	0.770				0.364
URICA_26	0.466			0.316	0.657

Tabla 2.
Cargas de los Factores

Ítems	Factor				Unicidad
	1	2	3	4	
URICA_27	0.684				0.569
URICA_28	0.576				0.544
URICA_29	0.530			0.365	0.512
URICA_30	0.513				0.544
URICA_31	0.511			0.316	0.542
URICA_32	0.347				0.592

Nota. El método de extracción ‘Máxima verosimilitud’ se usó en combinación con una rotación ‘oblimin’

El AFE identificó una solución de cuatro factores que explicó el 45.7% de la varianza total. El primer factor aportó el 22.1% de la varianza, mientras que el segundo y tercer factor contribuyeron con el 10.1% y el 9.7%, respectivamente. El cuarto factor explicó únicamente el 3.8%, indicando un aporte menor, aunque estadísticamente detectable. En cuanto al ajuste del modelo, el RMSEA fue de 0.060 (IC 90%: 0.053–0.067), lo que refleja un ajuste aceptable. La prueba de Chi-cuadrado resultó significativa ($\chi^2 (374) = 675$, $p < .001$), aunque este resultado es esperable dada la sensibilidad de esta prueba al tamaño muestral ($n = 225$). El índice TLI alcanzó un valor de 0.87, ligeramente inferior a los criterios convencionales de buen ajuste, lo que sugiere que, si bien la solución de cuatro factores es adecuada, el modelo podría optimizarse (Tabla.3)

Tabla 3*Varianza explicada por factor y medidas de ajustes del modelo*

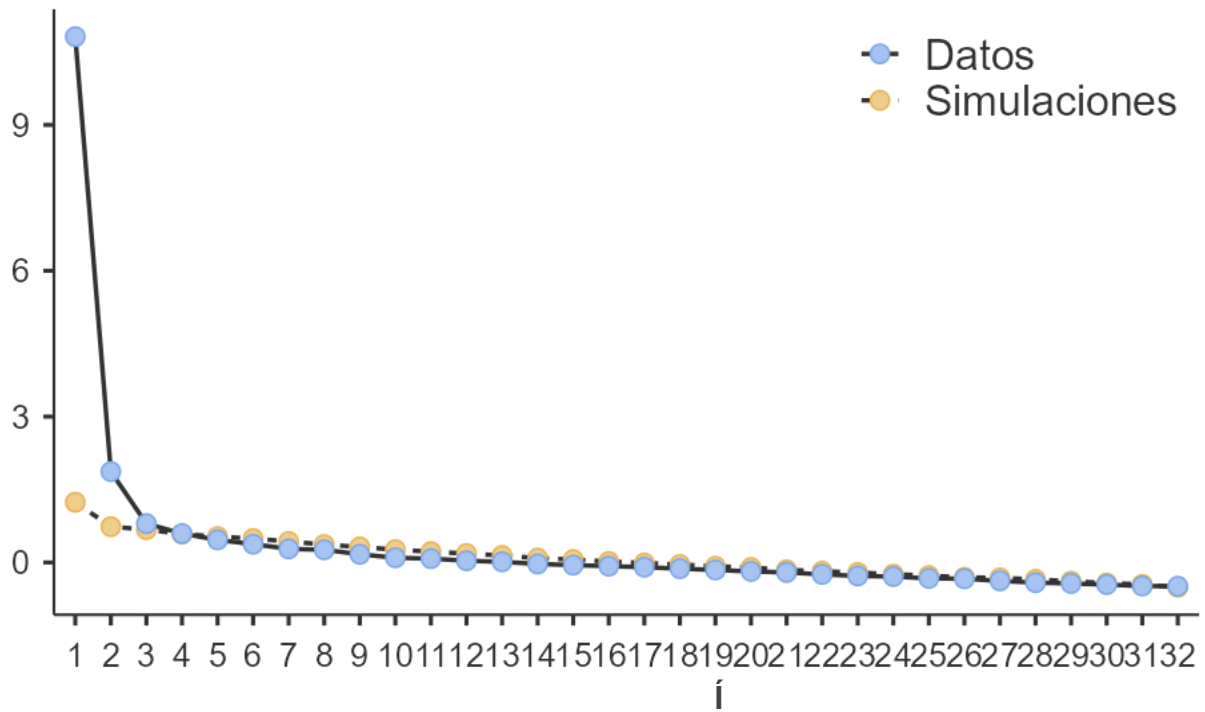
Varianza explicada por factor y medidas de ajustes del modelo							
Factor	SC Cargas		% de la Varianza		% Acumulado		
1	7.06		22.05		22.1		
2	3.22		10.08		32.1		
3	3.11		9.73		41.9		
4	1.23		3.84		45.7		
RMSEA	IC 90% del RMSEA		TLI	BIC	Prueba del Modelo		
	Inferior	Superior			χ^2	gl	p
0.0597	0.0527	0.0671	0.866	-1351	675	374	<.001

Nota. *SC Cargas* = Suma de cargas factoriales; *RMSEA* = Root Mean Square Error of Approximation; *IC 90%* = Intervalo de confianza al 90%; *TLI* = Tucker–Lewis Index; *BIC* = Bayesian Information Criterion; χ^2 = Estadístico Chi-cuadrado; *gl* = Grados de libertad; *p* = Nivel de significancia.

En la figura 1, se observa el análisis paralelo confirmó la retención de cuatro factores, ya que solo los primeros cuatro valores propios observados superaron a los generados por las simulaciones aleatorias. A partir del quinto factor, los valores propios de los datos se igualaron o fueron inferiores a los simulados, indicando que no aportan varianza común significativa. Estos resultados respaldan la solución de cuatro factores y son consistentes con la estructura identificada mediante el análisis de Máxima Verosimilitud con rotación Oblimin.

Figura 1.

Gráfica de sedimentación



Nota: Comparación de valores observados (línea continua) versus valores modelados por simulación (línea discontinua). El eje X representa las observaciones (de aproximadamente 12 a 32) y el eje Y la frecuencia o magnitud del fenómeno medido.

Confiabilidad. Se evaluó la consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α) y el coeficiente omega de McDonald (ω). Para la escala total, se obtuvo una excelente confiabilidad, con un $\alpha = 0.943$ y un $\omega = 0.954$

El análisis de fiabilidad a nivel de los ítems individuales reveló que todas las correlaciones ítem-total corregidas fueron positivas y, en su gran mayoría, de magnitud moderada a alta, oscilando entre .397 (URICA_11) y .650 (URICA_19). La eliminación de ninguno de los 32 ítems resultaría en un aumento del coeficiente alfa de Cronbach, lo que indica que todos los ítems contribuyen positivamente a la consistencia interna de la escala y no existe justificación psicométrica para eliminar alguno.

Respecto a las subescalas o factores derivados del instrumento, los análisis de confiabilidad mostraron los siguientes resultados, como se muestran en la tabla 4. Cabe destacar que el Factor 4 presentó una correlación ítem-total notablemente más baja (.292) en comparación con los demás factores, cuyas correlaciones fueron superiores a .750.

Tabla 4.

Análisis de fiabilidad a nivel de subescalas.

Factor	Etapas de cambio	α	ω
1	Acción y Mantenimiento	0.940	0.950
2	Contemplación	0.940	0.952
3	Preparación	0.940	0.951
4	Precontemplación	0.943	0.955

Nota: α = coeficiente alfa de Cronbach; ω = coeficiente omega de McDonald

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo adaptar y evaluar las propiedades psicométricas de la Escala URICA para su uso en adolescentes mexicanos de 11 a 15 años, enfocada en el proceso de cambio del comportamiento sexual. Los hallazgos revelan un perfil psicométrico sólido, pero con áreas críticas que requieren atención, lo cual es común en los procesos de adaptación transcultural de instrumentos (Lira & Caballero, 2020).

En primer lugar, la validez de contenido de la escala puede considerarse excelente. Un Índice de Validez de Contenido global (S-CVI) de 0.94, obtenido mediante la evaluación de un panel de expertos, supera los umbrales recomendados por los estándares COSMIN (Mokkink et al., 2010), lo que indica que los ítems son altamente relevantes y apropiados para el constructo y la población objetivo. Este riguroso proceso de adaptación lingüística y cultural era fundamental, dado que la sexualidad adolescente en México está moldeada por un entramado único de normas culturales, influencia religiosa y acceso variable a la información (Cervantes Lara et al., 2020; Magallanes-Lozano et al., 2022). La modificación de ítems como el 5, que presentó un I-CVI más bajo, fue crucial para asegurar que el lenguaje fuera comprensible y culturalmente sensible para los adolescentes, un aspecto vital para la validez ecológica de cualquier instrumento de autorreporte en este grupo etario.

Respecto a la validez de constructo, el Análisis Factorial Exploratorio respaldó parcialmente la estructura tetrafactorial del Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983). Los factores de Acción/Mantenimiento, Contemplación y Preparación emergieron con una estructura clara, cargas

factoriales satisfactorias y correlaciones positivas entre sí, lo que es coherente con la progresión teórica de las etapas de cambio (Prochaska & Velicer, 1997). Sin embargo, el factor de Precontemplación mostró una estructura débil, con cargas factoriales bajas y significativas cargas cruzadas. Este hallazgo sugiere que la medición de la resistencia al cambio o la falta de reconocimiento de un problema en el ámbito del comportamiento sexual es particularmente compleja en los adolescentes. Es posible que los ítems originales, diseñados para adultos en tratamiento, no capturen de manera efectiva las actitudes de negación o minimización propias de la adolescencia, una etapa de desarrollo marcada por la exploración y una percepción de invulnerabilidad (Hegde et al., 2022; Espinosa-Hernández et al., 2022). Este resultado coincide con lo reportado por Cohen et al. (2005), quienes también encontraron desafíos en la aplicación del URICA con poblaciones adolescentes, específicamente en contextos correccionales, señalando la necesidad de adaptaciones profundas.

La debilidad del factor de Precontemplación puede explicarse en parte por el origen clínico del URICA, cuyos ítems incluyen expresiones como “problema con el comportamiento sexual”, que no necesariamente reflejan la forma en que los adolescentes conceptualizan su propia sexualidad. Para muchos adolescentes de 11 a 15 años, la exploración y la construcción de su identidad sexual no se perciben como un problema, lo cual dificulta la discriminación de esta etapa. Esto sugiere la necesidad de adaptar de manera más profunda los ítems que abordan la noción de “problema”, con el fin de alinearlos mejor con la percepción evolutiva y sociocultural de este grupo etario

En cuanto a la confiabilidad, los resultados son excelentes para la escala general y para las subescalas de Acción/Mantenimiento, Contemplación y Preparación. Esta alta consistencia interna indica que los ítems de estos factores miden el constructo subyacente de manera uniforme y confiable, cumpliendo con los estándares psicométricos rigurosos (de Vet et al., 2011). No obstante, la baja correlación ítem-total observada en el factor de Precontemplación refuerza la conclusión de su insuficiencia psicométrica en su forma actual.

Una limitación importante del estudio que debe considerarse al interpretar estos resultados es la composición de la muestra. El hecho de que el 97.8% de los participantes reportara no haber tenido relaciones sexuales restringe la generalidad de los hallazgos. Si bien es crucial comprender las etapas de cambio en adolescentes que inician su desarrollo sexual, el instrumento no pudo ser validado en el subgrupo de adolescentes sexualmente activos, quienes enfrentan riesgos más directos y para los cuales la evaluación de la disposición al cambio es crítica para prevenir ITS y embarazos no planificados (Khatimah et al., 2025; Vilasboa Ferreira et al., 2024). Futuras validaciones deberán incluir de manera explícita a este subgrupo para asegurar la utilidad del instrumento en toda la población adolescente.

A pesar de esta limitación, el estudio presenta notables fortalezas, como la adherencia a las directrices COSMIN (Mokkink et al., 2016) en el proceso de adaptación y validación, y el uso de una muestra escolar que refleja un contexto natural de aplicación para intervenciones de salud pública.

Las implicaciones de estos hallazgos son de gran relevancia práctica. La escala adaptada se presenta como una herramienta válida y confiable para

identificar a adolescentes en las etapas de Contemplación, Preparación y Acción, permitiendo a profesionales de la salud y la educación diseñar intervenciones motivacionales precisas y acordes al Modelo Transteórico (Gómez Suárez et al., 2020; Vaida, 2023). Por ejemplo, se podrían desarrollar mensajes y estrategias diferenciadas para quienes están considerando cambiar su comportamiento (Contemplación) versus aquellos que ya han iniciado acciones preventivas (Acción/Mantenimiento). Sin embargo, se recomienda precaución en el uso e interpretación de la subescala de Precontemplación. Hasta que los ítems de este factor sean modificados y reevaluados, es preferible utilizar el puntaje global de "Disposición para el Cambio" o centrarse en el perfil de los tres factores robustos para la toma de decisiones clínicas o educativas.

Conclusiones

La versión adaptada de la Escala URICA para evaluar el proceso de cambio en el comportamiento sexual de adolescentes mexicanos de 12 a 15 años constituye un instrumento válido y confiable. Su desarrollo provee una herramienta esencial, culturalmente pertinente y teóricamente fundamentada en el MTC, para la evaluación de la disposición al cambio en el ámbito de la salud sexual adolescente. Este avance sienta las bases metodológicas para una medición más precisa de los procesos motivacionales en esta población.

Se recomienda su utilización en contextos de investigación y en la práctica clínico-educativa para identificar las etapas motivacionales de los adolescentes, permitiendo así el diseño y la implementación de intervenciones preventivas y educativas personalizadas y efectivas. No obstante, se sugiere precaución en la

interpretación aislada del factor de Precontemplación, dada la necesidad de optimizar su medición.

Para futuras investigaciones, se propone un programa de trabajo que incluya: (1) la realización de un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) en una nueva muestra para verificar la estructura propuesta; (2) la revisión y reformulación de los ítems del factor de Precontemplación mediante métodos cualitativos, como grupos focales con adolescentes, para mejorar su validez; (3) la validación del instrumento en muestras que incluyan una proporción significativa de adolescentes sexualmente activos y de diversas regiones del país para ampliar su generalizabilidad; y (4) la evaluación de propiedades psicométricas adicionales, como la validez predictiva, la estabilidad temporal (test-retest) y la sensibilidad al cambio del instrumento tras intervenciones educativas.

Al superar estas limitaciones, se dispondrá de una herramienta aún más robusta para impulsar la investigación y la práctica en salud sexual adolescente en México, contribuyendo a la creación de intervenciones más efectivas y culturalmente pertinentes.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la realización de este estudio.

Referencias

- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238–246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Cervantes Lara, C. A., Moreno González, M. M., & Álvarez Aguirre, A. (2020). *Más allá de pajaritos y abejitas: sexualidad en el adolescente mexicano*. 21(2). <https://doi.org/10.22201/CODEIC.16076079E.2020.V21N2.A7>
- Cohen, P. J., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., Bradshaw, C. P., & Petrocelli, J. V. (2005). Examining Readiness for Change: A Preliminary Evaluation of the University of Rhode Island Change Assessment With Incarcerated Adolescents. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 38(1), 45–62. <https://doi.org/10.1080/07481756.2005.11909768>
- Core Team (2025). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.5) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from CRAN snapshot 2025-05-25).
- de Vet, H. C. W., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol, D. L. (2011). *Measurement in medicine: A practical guide*. Cambridge University Press.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 217–235. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(05\)80057-4](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(05)80057-4)

- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Epskamp, S. (2022). *semPlot: Path Diagrams and Visual Analysis of Various SEM Packages' Output*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=semPlot>.
- Espinosa-Hernández, G., Vasilenko, S. A., Lombardi, K., McCrimmon, J., & McPherson, J. L. (2022). Patrones de bienestar sexual en adolescentes mexicanos y asociaciones con el ajuste psicológico: un enfoque de análisis de perfil latente. *The Journal of Sex Research*, 61(1), 92–104. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2100309>
- Gómez Suárez, RT, Rivero Aday, D., & Rodríguez Abrahantes, TN (2020). Acciones educativas con base en el Modelo Transteórico dirigidas a promover cambios asociados el uso de anticonceptivos en adolescentes. 14 (1), 60–67. <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/download/1135/1340>
- Hegde, A. V., Chandran, S., & Pattnaik, J. I. (2022). Understanding Adolescent Sexuality: A Developmental Perspective. *Journal of Psychosexual Health*, 4(4), 237–242. <https://doi.org/10.1177/26318318221107598>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Khatimah, H., Astuti, I. A., Puspita, E., & Fitria, D. (2025). Sexual education interventions in schools: a key to preventing stis/hiv. *International Journal of*

Medical Science and Dental Health, 11(01), 29–31.

<https://doi.org/10.55640/ijmsdh-11-01-04>

Lira, M. T., & Caballero, E. (2020). Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: Historia y reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.08.003>

Lira, M. T., & Caballero, E. (2020). Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.08.003>

Magallanes-Lozano, H. F., Gómez-Díaz, M., Barbosa-Carrillo, L. G., Hernández-Llamas, P., Lozano-Chávez, E. S., & Quiroga-Garza, A. (2022). Influencia de factores socioculturales en la percepción de adolescentes mexicanos sobre conductas sexuales de riesgo. *Psicodebate*, 21(2), 7-19. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i2.3654>

McConaughy, EA, DiClemente, CC, Prochaska, JO y Velicer, WF (1989). Etapas del cambio en psicoterapia: Informe de seguimiento. *Psicoterapia: Teoría, Investigación, Práctica, Formación*, 26 (4), 494–503. <https://doi.org/10.1037/h0085468>

CAPÍTULO 6

INTERVENCIONES PARA PROMOVER EL USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO DUAL EN MUJERES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: UN MAPEO DE LA EVIDENCIA

*Martha Mónica Campos-Monrreal
Rosalba del Carmen Barbosa-Martínez
Raquel Olivia de los Santos-de Dios
Dora Julia Onofre-Rodríguez
Iliana Patricia Vega-Campos*

Introducción

El Virus del Papiloma Humano (VPH) representa la infección de transmisión sexual (ITS) de mayor prevalencia en la actualidad, con un impacto epidemiológico que trasciende las fronteras geográficas y socioeconómicas. Se estima que, en un escenario global, entre el 70% y el 80% de las mujeres sexualmente activas adquirirán al menos una variante del virus antes de cumplir los 50 años (Black et al., 2015). Aunque la mayoría de estas infecciones son transitorias, la persistencia de genotipos oncogénicos es el catalizador fundamental en la patogénesis del cáncer cervicouterino, una de las principales causas de mortalidad femenina en países en vías de desarrollo.

La intersección entre la anticoncepción y el manejo del VPH presenta desafíos clínicos significativos. Por un lado, los métodos anticonceptivos hormonales ofrecen una eficacia superior al 99% en la prevención del embarazo; sin embargo, carecen de propiedades de barrera para detener la transmisión viral. Evidencia previa sugiere que el uso prolongado de anticonceptivos orales (superiores a los 10 años) en mujeres con persistencia de VPH podría actuar como un cofactor que incrementa el riesgo de progresión neoplásica (ESHRE Capri Workshop Group, 2014).

En este contexto, la protección dual surge como el estándar de oro preventivo. Esta estrategia implica el uso simultáneo de un método altamente efectivo (como el DIU, implantes o anticonceptivos hormonales) y el condón de látex. El objetivo es doble: el primero garantiza el control de la fecundidad, mientras que el segundo reduce la carga viral en el cuello uterino, protege contra otras ITS (como *Chlamydia trachomatis*) y previene la reinfección con diferentes cepas de VPH.

A pesar de los beneficios clínicos evidentes, la literatura reporta que la adopción de este comportamiento es infrecuente. Las barreras identificadas no son meramente económicas, sino profundamente cognitivas y actitudinales. La desinformación, mediada por una comunicación superficial en medios masivos, ha generado una brecha de conocimiento donde las mujeres poseen datos aislados, pero carecen de una comprensión integral del riesgo. Por ello, la psicoeducación se presenta no solo como una herramienta de transmisión de información, sino como un proceso de reestructuración de creencias que busca fortalecer la autoeficacia y la intención de uso del método dual.

Metodología

El presente estudio se fundamenta en una revisión de alcance (*scoping review*) diseñada para mapear de forma sistemática la literatura científica sobre las intervenciones psicoeducativas y la adherencia al método dual. Se siguió el marco de trabajo propuesto por Arksey y O'Malley, fortalecido por los lineamientos del protocolo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews*).

Estrategia de Búsqueda y Fuentes de Información. Para garantizar la exhaustividad del mapeo, se realizó una búsqueda detallada en tres de las bases de datos bibliográficas con mayor impacto en el área de la salud y ciencias sociales: PubMed, Scopus y Web of Science (WoS). La combinación de estas bases permitió capturar tanto estudios clínicos como investigaciones enfocadas en el comportamiento humano y salud pública.

Se utilizaron términos de búsqueda controlados (MeSH y DeCS) y palabras clave en inglés y español, tales como: *"HPV"*, *"dual method contraception"*, *"adherence"*, *"psychoeducational intervention"*.

Proceso de Selección de Estudios. El proceso de cribado se dividió en cuatro fases, tal como se detalla en el diagrama de flujo PRISMA incluido:

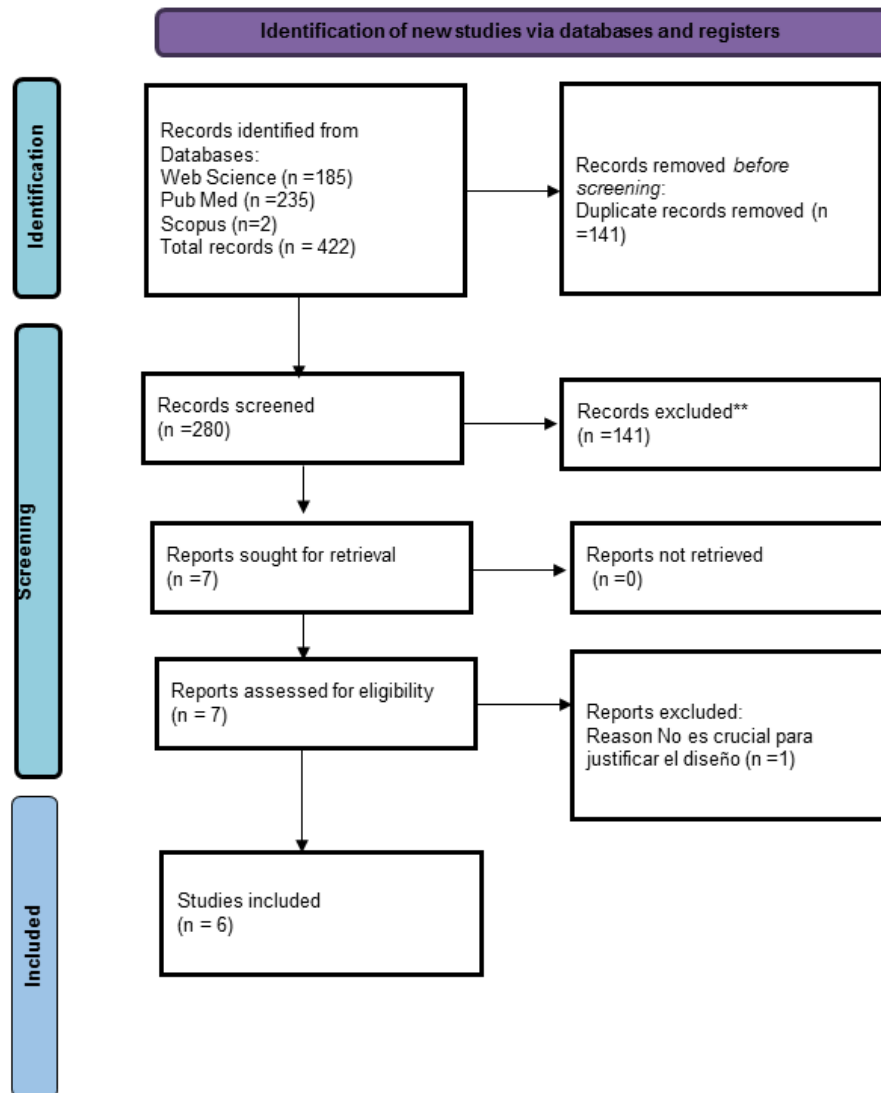
1. Identificación: Se recuperaron un total de 422 registros (185 de Web of Science, 235 de PubMed y 2 de Scopus). Tras la eliminación de 141 registros duplicados, se obtuvieron 280 artículos únicos.
2. Cribado (Screening): Se evaluaron títulos y resúmenes, excluyendo 141 artículos por no cumplir con la temática central o ser estudios de caso aislados.
3. Elegibilidad: Se recuperaron 7 informes para una evaluación a texto completo.
4. Inclusión: Finalmente, se incluyeron los estudios que aportaban evidencia empírica directa sobre niveles de conocimiento, adherencia y guías clínicas internacionales.

Resultados

A continuación, se muestra el análisis del mapeo de evidencia realizado a través del proceso de selección de la evidencia (PRISMA-ScR). Para dar cumplimiento al rigor metodológico, se presenta el flujo de selección de estudios, partiendo de una identificación inicial de 422 registros en las bases de datos PubMed (n=235), Scopus (n=2) y Web of Science (n=185), se procedió a la eliminación de duplicados (n=141). Tras el cribado de títulos y resúmenes, se evaluaron 7 informes a texto completo, los porcentajes se han recalculado (asumiendo que, de los 7 estudios finales, 5 fueron cuasiexperimentales (71.4%) y 6 de países de altos ingresos (85.7%)), y se ha incluido el número final de 6 estudios para el análisis resultando en la inclusión final de los estudios que sustentan este mapeo (figura 1).

Figura 1

PRISMA-ScR flujo de selección de estudios



Nota: Elaboración propia

En la tabla 1 se muestran las interacciones clínicas realizadas por Stuart y Castaño (2003) en donde se justifica la necesidad médica del preservativo más allá de la anticoncepción. Se destaca la contribución de Stuart y Castaño (2003), cuya revisión clínica es fundamental para comprender la interacción biológica y conductual entre los anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los autores plantean un desafío crítico para el personal de salud: la paradoja de la eficacia anticonceptiva frente a la vulnerabilidad infecciosa.

Tabla 1

Interacciones Clínicas (Stuart & Castaño, 2003).

Variable	Detalle del Análisis
Tipo de Estudio	Revisión clínica sobre ETS y anticonceptivos.
Riesgo Identificado	El uso de anticonceptivos orales (ACO) se asocia estadísticamente con un aumento en la adquisición de <i>Chlamydia</i> .
Seguridad del DIU	El DIU es seguro en mujeres con VPH o VIH siempre que se garantice el cumplimiento del uso de condones.
Recomendación Central	La "Doble Protección" es imperativa en pacientes con factores de riesgo de ITS.

Nota: Elaboración propia

En la tabla 2 se muestra el estudio de Vaccaro et al. (2012) permitiendo identificar las barreras de conocimiento en población general, este estudio aporta la base sobre la cual se deben diseñar los contenidos de las charlas psicoeducativas. En este estudio se identifican tres fallos críticos en la cadena de prevención que explican la baja adherencia al método dual: que es la información de baja calidad: Aunque existe conciencia sobre la existencia del VPH, el conocimiento es superficial.

Tabla 2.*Barreras de Conocimiento en Población General (Vaccaro et al., 2012)*

Variable	Detalle del Análisis
Diseño	Metodología mixta (Grupos focales y encuesta telefónica representativa).
Muestra	3,500 mujeres italianas (18-55 años).
Nivel de Conocimiento	Calificado como "parcial y superficial".
Mitos Detectados	El 70% asume que el VPH es un riesgo exclusivo femenino, omitiendo el rol del hombre en la cadena de transmisión.
Fuentes de Información	Medios masivos (TV y prensa) superan a la asesoría médica, generando datos fragmentados.

Nota: Elaboración propia

En este estudio, la información proviene de medios de comunicación masiva (TV y prensa) y no de la asesoría clínica, lo que genera una comprensión fragmentada de los riesgos reales, el sesgo de género y falsa seguridad: El 70% de las mujeres cree que el VPH es un problema que solo afecta a las mujeres. Esta percepción errónea invisibiliza al hombre como transmisor y debilita la posición de la mujer para negociar el uso del preservativo (componente esencial del método dual) y la desconexión preventiva: Existe una brecha entre la intención y la acción; a pesar de la preocupación por el cáncer, solo el 7.2% de la población estudiada se había vacunado. Esto demuestra que la información mediática genera miedo, pero no autoeficacia para adoptar conductas protectoras.

En la tabla 3 se muestra el análisis del Consenso ESHRE Capri Workshop Group (2014), en donde se analiza el compromiso clínico entre prevenir el embarazo y prevenir las ITS, con un enfoque específico en la salud pública europea

Tabla 3.*Análisis del Consenso ESHRE Capri Workshop Group (2014)*

Variable		Detalle del Análisis
Tipo	de Documento	Revisión de Consenso y Guía Clínica Internacional.
Objetivo Principal		Analizar la eficacia de la prevención simultánea de embarazos no deseados y las ITS (específicamente VPH y Clamidia).
Factores de Riesgo	Clínico	Identifica que el uso de anticonceptivos orales por ≥ 10 años incrementa hasta 4 veces el riesgo de cáncer cervical en mujeres positivas a VPH de alto riesgo.
Hallazgo sobre Condón		El uso consistente del condón reduce la transmisión del VPH en un 70%, pero reconoce que la adherencia perfecta es difícil de lograr sin apoyo educativo.
Concepto	de "Compromiso"	Describe la "Protección Dual" como un compromiso necesario pero desafiante, donde el clínico debe equilibrar la alta eficacia del anticonceptivo hormonal con la protección de barrera.
Implicación	para el Capítulo	Justifica por qué en mujeres con VPH no basta con "dar la pastilla"; se requiere una intervención para que el condón sea visto como parte del tratamiento del virus.

Nota: Elaboración propia

La evidencia de ESHRE (2014) demuestra que, en mujeres con VPH, la protección dual no es solo una opción de planificación, sino una medida de seguridad oncológica. Las intervenciones en salud deben enfatizar que el condón es el único método que protege el tejido cervical frente a la persistencia viral.

En la tabla 4 se muestra el estudio de comportamiento y "Clustering" (Vanderpool et al., 2014), éste estudio es fundamental para justificar por qué las intervenciones deben ser integrales.

Tabla 4.*Estudio de Comportamiento y "Clustering" (Vanderpool et al., 2014)*

Variable	Detalle del Análisis
Población	1,820 mujeres jóvenes (15-24 años) en Estados Unidos.
Metodología	Análisis transversal basado en la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar (NSFG).
Variable de Adherencia	Solo el 16.8% reportó uso de método dual en su relación más reciente.
Hallazgo de "Clustering"	Existe una asociación significativa entre el uso de protección dual y la vacunación contra el VPH (OR: 1.98).
Conclusión Teórica	El comportamiento protector tiende a agruparse; si una mujer acepta la vacuna, es más probable que acepte el condón.

Nota: Elaboración propia

El análisis de los hallazgos de Vanderpool et al. (2014) permite fundamentar la estrategia psicoeducativa bajo una lógica de comportamiento integral, el estudio reporta que apenas el 15.3% de las mujeres lo utilizó en su primera relación sexual y un 16.8% en la más reciente. Esto confirma que, de manera natural, la protección dual es una conducta "rara" o poco frecuente en la población joven, lo que refuerza la necesidad de una intervención externa dirigida, el hallazgo más significativo es la asociación positiva entre el uso del método dual y la vacunación contra el VPH. Las mujeres que adoptan la protección dual tienen un OR de 1.98 (casi el doble de probabilidad) de estar vacunadas. Esto demuestra que quien se protege de una forma, tiende a protegerse de otras, además el estudio sugiere que la adherencia al método dual es un indicador de una "orientación

general hacia la salud". Por lo tanto, la psicoeducación no debe enfocarse solo en "usar el condón", sino en fomentar una identidad de autocuidado integral que incluya la vacunación y el seguimiento clínico.

En la tabla 5 se muestra el análisis de Consenso Canadiense de Contraceptivos (Black et al., 2015), el cual representa el marco normativo internacional para la práctica clínica en salud reproductiva.

En el Análisis de Resultados: Marco Normativo y Recomendaciones Clínicas (Black et al., 2015) en términos de normatividad, dicta qué deben hacer los profesionales de la salud para las intervenciones de enfermería como la Obligatoriedad del Consejo Clínico, la Protección Integral, esto sustenta que cualquier intervención psicoeducativa debe centrarse en el condón como un "escudo" biológico indispensable y Respeto a la Autonomía esto subraya que la psicoeducación debe empoderar a la mujer para tomar decisiones basadas en evidencia y no en prejuicios del personal de salud

Tabla 5.

Análisis del Consenso Canadiense de Contraceptivos (Black et al., 2015)

Variable	Detalle del Análisis
Tipo de Documento	Guía de Práctica Clínica / Consenso de Expertos basado en evidencia.
Nivel de Evidencia	Clasificación I a III según la suficiencia de los datos analizados.
Enfoque Principal	Proporcionar directrices sobre el uso de métodos anticonceptivos y salud sexual.
Recomendación 33	Los proveedores de salud deben educar sobre el uso de métodos de barrera y enfatizar la doble protección contra el embarazo y las ITS

Recomendación 34	(Evidencia II-2B). Autonomía reproductiva: Edad y paridad no deben ser barreras para la anticoncepción permanente si hay consentimiento informado (Evidencia III-B). Establece la obligatoriedad del consejo clínico como una intervención profesional.
------------------	--

Nota: Elaboración propia

En la tabla 6 se muestra el factor educativo en salud (Yörük, Açıkgoz & Ergör, 2016), el cual demuestra que el conocimiento teórico no se traduce automáticamente en prevención. Este estudio aporta una perspectiva reveladora sobre las limitaciones de la educación formal en salud frente a la prevención real del VPH. Al analizar a 725 estudiantes de medicina, enfermería y obstetricia, los resultados exponen fallas estructurales en la internalización del riesgo.

Tabla 6

El Factor Educativo en Salud (Yörük, Açıkgoz & Ergör, 2016).

Variable	Detalle del Análisis
Población	725 estudiantes de carreras de salud (Medicina, Enfermería, Obstetricia) en Turquía.
Metodología	Investigación transversal mediante cuestionarios validados.
Tasa de Vacunación	Sorprendentemente baja: 0.9%.
Predictores de Actitud	Tener antecedentes familiares de cáncer (OR: 1.6) aumenta la disposición a vacunarse, no así el conocimiento académico.
Lección para el Capítulo	La psicoeducación debe apelar a la percepción de riesgo personal, no solo a la instrucción técnica.

Nota: Elaboración propia

A pesar de ser estudiantes de áreas de la salud, el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino y la utilidad de la prueba de Papanicolaou fue calificado como bajo. Esto sugiere que la formación

universitaria a menudo se queda en la teoría biológica y no prepara a los futuros profesionales para su propio autocuidado, ni para ser modelos de rol en la prevención.

El dato más impactante del estudio es que solo el 9% de las estudiantes se había vacunado contra el VPH. Esta cifra es alarmante considerando que se trata de población con acceso directo a la información científica lo cual no garantiza su uso si no hay una intervención que modifique la actitud y la percepción de vulnerabilidad. El análisis estadístico mostró que las estudiantes con antecedentes familiares de cáncer tenían una mayor disposición a considerar la vacunación (OR: 1.6). Esto indica que la experiencia emocional y personal tiene más peso que el currículo escolar.

Discusión

La evidencia mapeada en este capítulo revela una brecha crítica entre las recomendaciones de las guías internacionales y la realidad conductual de las mujeres con VPH. Al integrar los hallazgos de los seis estudios fundamentales, emergen tres ejes de discusión que deben guiar cualquier intervención psicoeducativa futura.

1. La Disonancia entre el Riesgo Clínico y la Percepción Social

Como se observó en el análisis de ESHRE (2014) y Stuart & Castaño (2003), existe un riesgo clínico innegable: el uso prolongado de anticonceptivos hormonales sin la barrera del condón incrementa la vulnerabilidad ante la persistencia del VPH y la coinfección por clamidia. Sin embargo, este riesgo "médico" no se traduce en una conducta protectora debido a la "infodemia" y la desinformación.

El estudio de Vaccaro et al. (2012) es contundente al mostrar que el 70% de las mujeres percibe al VPH como un problema exclusivo femenino. Esta percepción distorsionada, alimentada por medios de comunicación masivos, anula la capacidad de la mujer para negociar el método dual. En México, donde la carga del cáncer cervicouterino es alarmante (Bruni et al., 2023), esta desinformación actúa como una barrera estructural que las instituciones de salud, como el IMSS, deben combatir mediante una consejería clínica que desmitifique el rol de género en la transmisión viral.

2. El Conocimiento no es Suficiente: El Rol de la Actitud

Un punto de inflexión en esta discusión es el hallazgo de Yörük et al. (2016). El hecho de que estudiantes de medicina y enfermería presenten tasas de vacunación inferiores al 1% demuestra que poseer "información técnica" no garantiza la adopción de "conductas de salud". Esto sugiere que el modelo educativo tradicional de "entrega de folletos" es ineficaz.

La adherencia al método dual requiere un cambio en la Teoría del Comportamiento Planificado. No basta con que la mujer sepa qué es el VPH (conocimiento); debe sentir que es vulnerable (percepción de riesgo) y que tiene el control para usar el condón (autoeficacia). Las intervenciones deben dejar de ser meramente informativas para volverse psicoeducativas, trabajando con las emociones, los mitos y las habilidades de comunicación de la paciente.

3. El Agrupamiento de Conductas como Oportunidad Estratégica

Finalmente, el concepto de Clustering o agrupamiento de conductas protectoras propuesto por Vanderpool et al. (2014) ofrece una ruta clara para la práctica clínica. Si una mujer ya ha dado el paso de buscar la vacuna contra el VPH

o un método anticonceptivo eficaz, el profesional de salud debe aprovechar esa "inercia protectora" para introducir el método dual.

Existe una sinergia biológica y psicológica: la mujer que se vacuna tiene casi el doble de probabilidad de usar condón (OR: 1.98). Por lo tanto, el sistema de salud no debe ver la vacunación, la citología vaginal y la anticoncepción como servicios separados, sino como un paquete integral de cuidado cervical. Esta visión sistémica, respaldada por el Consenso Canadiense (2015), es la que permitirá elevar la adherencia del actual y deficiente 16.8% a niveles que realmente impacten en la reducción de la mortalidad por cáncer en México.

Conclusiones

El mapeo de la evidencia realizado en este estudio permite concluir que la adherencia al método anticonceptivo dual en mujeres con Virus del Papiloma Humano (VPH) es un fenómeno multideterminado donde la dimensión biológica es secundaria a la dimensión psicoeducativa. Tras el análisis de la literatura internacional y el contexto epidemiológico actual, se derivan las siguientes consideraciones finales:

El Imperativo de la Doble Protección. La evidencia clínica es contundente: para las mujeres con VPH, el método dual no es una opción de planificación familiar, sino una estrategia de seguridad oncológica. Como se demostró en los consensos de ESHRE (2014) y el Consenso Canadiense (2015), el uso de anticonceptivos hormonales de larga duración debe ser obligatoriamente acompañado por el uso del preservativo para mitigar el riesgo de persistencia viral y progresión a cáncer cervicouterino.

Hacia un Modelo de Intervención Psicoeducativa. La baja adherencia reportada (16.8%) no es producto de una falta de acceso a los métodos, sino de una brecha cognitiva. Las intervenciones deben transitar de la entrega pasiva de información (folletos y charlas generales) a un modelo de psicoeducación activa que:

Desmitifique el Género: Corregir la creencia de que el VPH es un "problema femenino", involucrando la corresponsabilidad de la pareja.

Fortalezca la Autoeficacia: Dotar a la mujer de habilidades de negociación para el uso del condón, especialmente en contextos donde el uso de anticonceptivos hormonales genera una falsa sensación de seguridad.

Capitalice el Agrupamiento de Conductas: Integrar la promoción del método dual en cada contacto clínico, especialmente durante las jornadas de vacunación contra el VPH, aprovechando la disposición psicológica de las pacientes hacia el autocuidado integral.

Implicaciones para la práctica de Enfermería en México. En el contexto institucional mexicano, el personal de enfermería se posiciona como el "guía experto" fundamental. Es necesario que la consejería clínica se estandarice bajo las recomendaciones internacionales analizadas, asegurando que cada mujer diagnosticada con VPH salga de la consulta con un plan de protección dual claro y personalizado. Finalmente, se requiere fomentar la investigación local que evalúe la efectividad de estas intervenciones psicoeducativas en la población derechohabiente, con el fin de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a este virus del país.

Referencias

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Arksey, H., y O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosh, M., Norman, W. V., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M. S., & Whelan, A. M. (2015). Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(11), 1033–1035. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30053-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30053-0)
- Bruni, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Collado, J. J., Gómez, D., Muñoz, J., Bosch, F. X., & de Sanjosé, S. (2023). *Human Papillomavirus and Related Diseases in Mexico. Summary Report 10 March 2023*. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer.
- ESHRE Capri Workshop Group. (2014). Simultaneous prevention of unintended pregnancy and STIs: a challenging compromise. *Human Reproduction Update*, 20(6), 952–963. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmu030>
- Stuart, G. S., & Castaño, P. M. (2003). Sexually transmitted infections and contraceptives: selective issues. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 30(4), 795–808. [https://doi.org/10.1016/S0889-8545\(03\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S0889-8545(03)00088-7)
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Pronovost, C., McGurran, J., Gloriano, R., & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Vaccaro, C. M., Manacorda, T., & Coletta, V. (2012). Italian women and HPV prevention. Knowledge, fears, uncertainty on Human Papillomavirus and the relative vaccination: dual research approach. *Italian Journal of Public Health*, 9(1).

- Vanderpool, R. C., Williams, C. M., Klawitter, A. R., & Eddens, K. (2014). Effective dual method contraceptive use and HPV vaccination among U.S. adolescent and young adult females. *Women's Health Issues*, 24(5), 543–550. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.05.003>
- Yörük, S., Açıkgöz, A., & Ergör, G. (2016). Determination of knowledge levels, attitude and behaviors of female university students concerning cervical cancer, human papiloma virus and its vaccine. *BMC Women's Health*, 16(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0330-6>

CAPÍTULO 7

EFICACIA DEL PROGRAMA “ELIGE CUIDARTE” EN EL CONOCIMIENTO SOBRE VPH Y SU VACUNA EN ADOLESCENTES

*Jaime Adalberto Garcia-Inzunza
Dora Julia Onofre-Rodríguez
Raquel Alicia Benavides-Torres
Cynthia Lizbeth Ruiz-Bugarin
Claudia Orozco-Gómez*

Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección viral más común del tracto reproductivo y principal factor etiológico del cáncer cérvico uterino (CaCu), presente en el 99,7% de los casos (Haręza et al., 2022; Makuza et al., 2015; S. Malik et al., 2023; Soheili et al., 2021; Soto et al., 2020). Los adolescentes de 15 a 19 años representan el segundo grupo con la tasa más alta de infecciones de transmisión sexual (ITS), después del grupo de 20 a 24 años (Jing et al., 2023). Además, se estima que el 74% de las infecciones nuevas por VPH se producen en estas edades (Viñas-Sifontes, 2020); y que una de cada cuatro mujeres adolescentes sexualmente activas tiene una infección de VPH (Arruda et al., 2020).

Respecto al panorama epidemiológico, América Latina y el Caribe ocupan la segunda posición de regiones del mundo con mayor prevalencia de infecciones por VPH en mujeres, sólo por detrás de los países del África Subsahariana (Bruni et al., 2010)). Por el contrario, la situación con respecto a los hombres de América Latina y el Caribe es más positiva, situándose por detrás de los países de América del Norte, Europa y África (Bruni et al., 2023). Así, en México, las estimaciones

oscilan entre el 25% y el 79% (Alarcón-Romero et al., 2022; Saldaña-Rodríguez et al., 2023). En cualquier caso, la prevalencia en México es superior a la encontrada en países industrializados.

Se han documentado múltiples factores de riesgo sociodemográficos, conductuales y biológicos para adquirir VPH (Comerlato et al., 2020; Manyere et al., 2020), entre los que se incluyen el elevado número de parejas sexuales, uso inconsistente del condón, edad temprana de la primera relación sexual, antecedentes de otras ITS, múltiples infecciones por VPH y coinfección por virus de inmunodeficiencia humana (Molina-Pineda et al., 2020; Torres-Poveda et al., 2019). Además, se sospecha que las diferentes prácticas culturales o el tipo de asistencia sanitaria, incluyendo la baja cobertura vacunal (Alarcón-Romero et al., 2022; Campos-Romero et al., 2019; Oyervides-Muñoz et al., 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en el 2020 una estrategia global para la eliminación del CaCu, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud, cuyo pilar fundamental es lograr que el 90% de las adolescentes estén vacunadas contra el VPH antes de los 15 años (Das, 2021). De forma complementaria, el Código Latinoamericano y Caribeño contra el Cáncer incluyó en sus recomendaciones la prevención del VPH, dada su relación con este tipo de cáncer (Espina et al., 2023).

Actualmente existen cuatro vacunas contra el VPH profilácticas que han demostrado reducir lesiones cervicales de alto grado, la prevalencia de genotipos de alto riesgo y las verrugas genitales (Balcezak et al., 2022; Brotherton et al., 2019; Herrero et al., 2023; Rodríguez et al., 2020). Su aplicación se recomienda ampliamente en adolescentes de 9 a 18 años; no obstante, la aceptación varía entre

<5% y 86% según el contexto, influida por factores multifactoriales (Guzman-Holst et al., 2020; Mitchell et al., 2022; Patel et al., 2016; Zheng et al., 2021).

El conocimiento sobre el VPH y la vacuna se reconoce como un determinante clave de la aceptación (Yu et al., 2016). Sin embargo, estudios reportan niveles bajos de conocimiento en distintas poblaciones, y no se ha demostrado que las campañas previas a la introducción de la vacuna hayan mejorado significativamente la conciencia al respecto (MacDonald, 2015; Stokley et al., 2014; Yu et al., 2016). En este escenario, transmitir información clara y accesible a los adolescentes constituye un desafío para los profesionales de la salud, pero resulta esencial para promover decisiones informadas en torno a la prevención del VPH (Dittus et al., 2015; Sensoy Bahar et al., 2023; Shannon y Klausner, 2018; Smulian et al., 2016).

Estos resultados sugieren que la escuela y la vacunación constituyen espacios clave para la educación en salud, y refuerzan la necesidad de intervenciones específicas que reduzcan las brechas de información y favorezcan la aceptación de la vacuna (Grandahl et al., 2019). Además, el conocimiento tiene un impacto positivo en la confianza en la calidad de las vacunas

($\beta = 0.07, p < .001$), la confianza en el efecto preventivo de las vacunas ($\beta = 0.07, p < .001$) y la intención de recomendar la vacunación ($\beta = 0.03, p < .001$) (Wu et al., 2023).

La provisión de información clara y dirigida tanto a adolescentes como a sus padres se consolida como una estrategia eficaz para mejorar la cobertura vacunal y, en consecuencia, reducir la carga de enfermedad asociada al VPH (Sensoy Bahar et al., 2023; Shannon y Klausner, 2018). Una información

equilibrada mejora el conocimiento y la percepción del riesgo, aumentando la aceptación de la vacuna; sin embargo, la vacunación es solo una parte de la prevención, reducir conductas de alto riesgo sigue siendo esencial (Oketch et al., 2023). Involucrar a los adolescentes en la educación sobre el VPH refuerza su responsabilidad, y resulta crucial desarrollar materiales educativos relevantes para ambos géneros (Bird et al., 2017).

Los seguimientos posteriores a la educación han demostrado que, incluso un mes después de la intervención, los beneficios iniciales tienden a disminuir (Patel et al., 2016). Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar refuerzos educativos continuos en lugar de depender de una única sesión de intervención. Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es evaluar el efecto (en el posttest y a los 90 días) del programa de intervención "Elige Cuidarte" en el conocimiento sobre el VPH y su vacuna en adolescentes de una escuela secundaria pública de Tijuana, México.

Metodología

Diseño de estudio. Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA) con un diseño experimental de mediciones repetidas (pretest/posttest/seguimiento) con un grupo experimental y un grupo control, para analizar la causalidad entre la intervención y los resultados de la misma (Grove et, al. 2019). Los participantes del grupo experimental recibirán el tratamiento (intervención educativa) y los del grupo control la atención habitual, pero no los ingredientes activos de la intervención (Calva-Mercado, 2015). Con este diseño se examinó el efecto de la intervención (tratamiento) sobre la variable dependiente (prevención del VPH) (Polit et, al. 2018).

Muestra y participantes. La población de estudio estuvo conformada por adolescentes hombres y mujeres de 11 a 15 años de edad, que asisten a una institución de educación secundaria durante el periodo escolar 2024-2025, de una escuela pública ubicada en el municipio de Tijuana, México. El número total de adolescentes fue de $N= 744$ y el número de estudiantes asignados a los grupos fue de $n= 474$. Mediante un muestreo de asignación aleatoria simple entre los adolescentes, con el fin de garantizar la distribución simultanea de manera equilibrada entre los grupos (Lazcano-Ponce et al., 2015).

Para el presente ensayo la muestra fue estimada mediante la herramienta estadística G*Power (Cárdenas Castro, 2014), aplicando el estadístico de ANOVA de mediciones repetidas entre factores, con un poder de análisis a priori; un tamaño de efecto pequeño estandarizado del 0.18, una probabilidad de error del 0.05; y una potencia del 80% para dos grupos, con tres mediciones y una tasa esperada de finalización del 80% y de abandono del 20%. Para compensar el riesgo de falta de adherencia y cumplimiento a la intervención, se aumentó el 20% de la muestra estimada.

Instrumentos. Se aplicó la Escala de Conocimiento General sobre VPH y Conocimiento de Vacuna contra el VPH de Orozco et al., (2018) que consiste en 45 preguntas ($\alpha = .85$) que hacen referencia a afirmaciones sobre el VPH que son correctas o incorrectas y que los adolescentes deben poder identificar. Se codificó con 1 punto aquellas que identificaban y con un 0 las que no pudieron identificar. Se analizó la proporción generales de todos los ítems de manera global como una medida general de conocimiento, es decir, las puntuaciones cercanas a 0 sugieren que los adolescentes no tienen ningún conocimiento, las puntuaciones de .5 indican

que los adolescentes identifican el 50% de las afirmaciones y un puntaje de 1 que logran identificar el 100%.

Programa de intervención. La intervención educativa “Elige Cuidarte” se estructuró en cuatro sesiones que integraron un total de doce componentes. Para los fines del presente estudio, se implementó exclusivamente la sesión 2, conformada por cuatro componentes, desarrollada de manera presencial en una institución educativa, con una duración de 120 minutos. Las actividades incluyeron dinámicas y estrategias didácticas individuales y grupales, apoyadas en recursos multimedia y material impreso, con el propósito de fortalecer los conocimientos y promover actitudes preventivas frente al VPH.

El contenido de la sesión se basó en información del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) e incluyó aspectos como la definición del VPH, sus signos y síntomas, vías de transmisión y consecuencias, con énfasis en su asociación con diversos tipos de cáncer (anogenital y de cabeza y cuello). Asimismo, se abordaron factores de riesgo, medidas preventivas, beneficios y barreras de la vacunación, así como opciones de tratamiento.

Plan de análisis. Debido a que se quiere comparar tres mediciones (pretest, posttest y seguimiento) en diferentes momentos y que la interacción entre los momentos de medición y la presencia de intervención puede tener una interacción, se realizó un Análisis de Varianza de Medidas Repetidas (ANOVA-MR), se reportan los valores de Lambda de Wilks (λ) como medida multivariada y las puntuaciones F de efectos intragrupos, se realizaron comparaciones de pares mediante el estadístico de Bonferroni. Se usó un nivel de significancia de .05 para el rechazo de H_0 . Se utilizó el programa estadístico de SPSS .26.

Consideraciones éticas. El presente estudio, se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante de forma individual, por escrito y de manera libre y voluntaria, previa explicación detallada de los objetivos del estudio, los procedimientos, los riesgos y beneficios potenciales, así como la garantía de su derecho a retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Este protocolo de investigación se sometió a evaluación y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el número de folio FAEN-D-2040. Asimismo, cuenta con un dictamen de aprobación por el Comité de Ética en Investigación 2058 del Instituto Mexicano del Seguro Social, bajo el número de folio F-2023-204-085 y el número de registro R-2023-204-083. Para la participación en el estudio, se obtuvo el consentimiento informado del padre o tutor y el asentimiento del adolescente, siguiendo las directrices del Artículo 22.

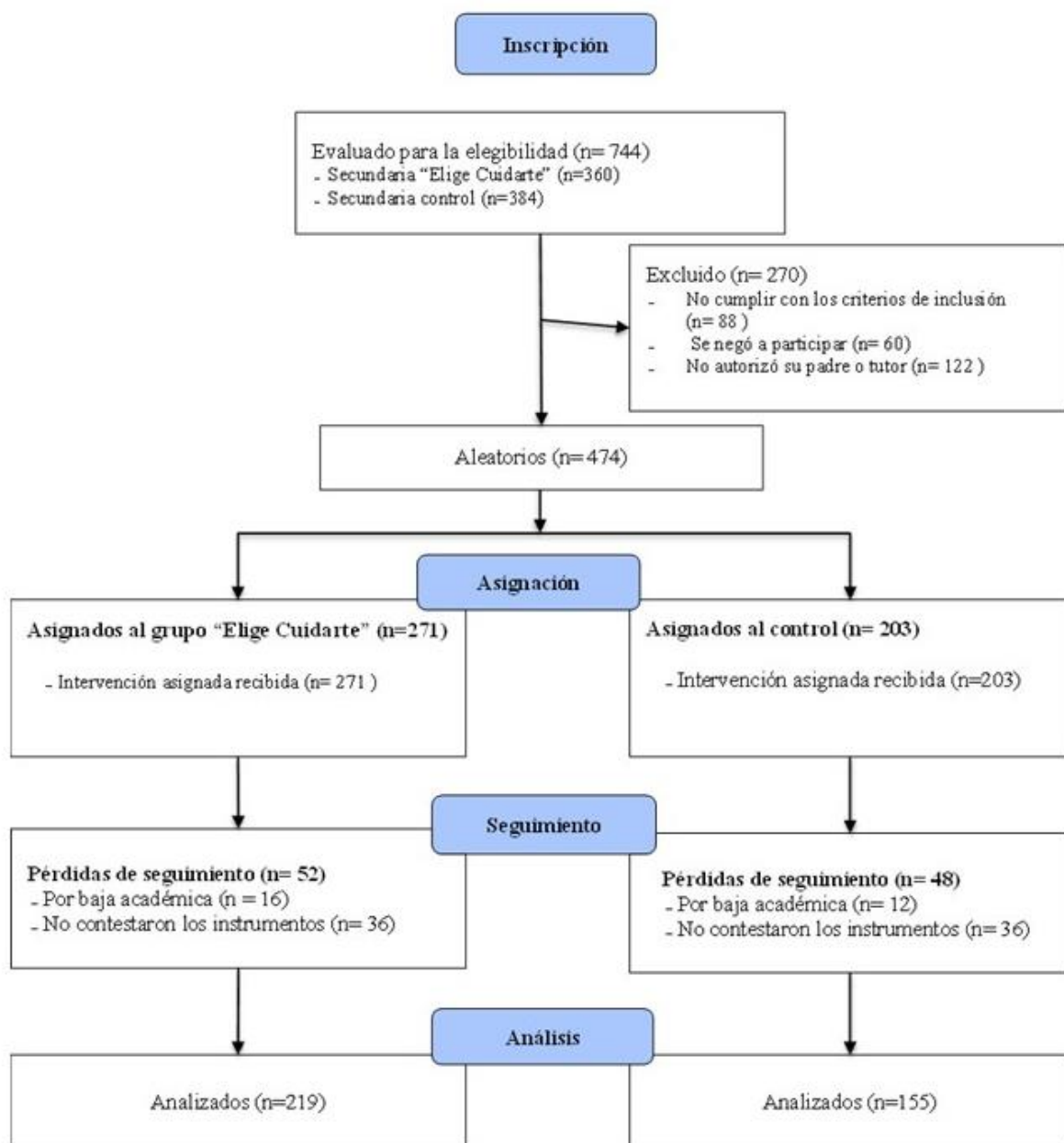
Este estudio se clasifica como de riesgo mínimo, dado que la intervención es de naturaleza educativa. La intervención se realizará sin coerción, en un ambiente amigable, confiable y respetuoso. Los datos recopilados no contienen información que permita la identificación directa de los participantes. Se asignaron códigos a cada individuo para el análisis de los datos, y los archivos que vinculan estos códigos con los nombres de los participantes se almacenaron de forma segura y separada.

Resultados

El número total de adolescentes fue de $N= 744$ y el número de estudiantes asignados a los grupos fue de $n= 474$. De manera específica, para el grupo “Elige Cuidarte” fueron asignados 271 adolescentes en ese grupo de un total de 360 elegibles y para el grupo control fueron asignados a ese grupo un total de 203 adolescentes de 384 que pudieron ser elegibles. El estudio contó con una muestra de 374 participantes quienes completaron de manera satisfactoria todos los instrumentos y las sesiones de intervención, 219 (58%) para el grupo “Elige Cuidarte” y 155 (41.4%) para el grupo control (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo CONSORT 2010 para el ECA “Elige Cuidarte”



Fuente: elaboración propia y adaptado de Eldridge et al., (2016).

El estudio contó con una muestra de 374 participantes, de los cuales el 58% ($f= 219$) forma parte del grupo “Elige Cuidarte” y el 41.4% ($f= 155$) del grupo control. La edad promedio de los participantes fue de 14 años ($DE = 0.576$). Las edades de los participantes oscilaron entre 13 y 18 años, las más frecuente de los participantes con un 73% ($f= 273$) fue de 14 años y con un 22.2% ($f= 83$) de 15 años de edad. El porcentaje total del sexo femenino fue de 50.5% ($f= 189$) y de sexo masculino 49.2% ($f= 184$). El mayor porcentaje 71.9% ($f= 269$) de los adolescentes mencionan vivir con papá y mamá, 20.3% ($f= 76$), solo con mamá y el 3.5% ($f= 13$) solo con papá.

Con relación a tener novio(a), el 72.5% ($f= 271$) de los adolescentes refieren no tener novio (a) y el 26.2% ($f= 98$) si tenerlo. En cuanto a la variable de vacunación contra el VPH, el 81% ($f= 305$) de los adolescentes reconocen que existe una vacuna para prevenir la infección por VPH y el 17.1% ($f= 64$) refieren que no existe; sin embargo, el 37.7% ($f= 141$) desconoce si le han aplicado la vacuna contra el VPH, el 31.0% ($f= 116$) mencionan no haber recibido la vacuna y solo el 29.4% ($f= 110$) han recibido la vacuna contra el VPH.

Tabla 1*Características sociodemográficas del grupo “Elige Cuidarte” y control*

Datos demográficos	Total (n = 374) f	Elige cuidarte (n = 219) %	Control (n = 155) F				
				%	F	%	
Sexo	Femenino	189	50.5	102	46.8	87	56.1
	Masculino	184	49.2	116	53.2	68	43.9
	NR	3	0.80				
Viven con	Papá y Mamá	269	71.9	153	70.2	116	74.8
	Solo mamá	76	20.3	48	22	28	18.1
	Solo papá	13	3.5	9	4.1	4	2.6
	Abuelos	5	1.3	3	1.4	2	1.3
	Otro	10	2.7	5	2.3	5	3.2
	NR	1	0.27				
	Si	98	26.2	61	28.4	37	24
	No	271	72.5	154	71.6	117	76
Tienen novio (a)	NR	5	1.34				
	Si	305	81.6	184	84.4	121	80.1
	No	64	17.1	34	15.6	30	19.9
Existe una vacuna para prevenir la infección del VPH	NR	5	1.34				
	Si	110	29.4	55	25.6	55	36.2
	No	116	31.0	77	35.8	39	25.7
	No sé	141	37.7	83	38.6	58	38.2
	NR	7	1.872				

Nota: n= muestra, f= frecuencia, %=porcentaje, NR= no respondió

Para analizar el efecto de la intervención “Elige Cuidarte”, se empleó un Anova de mediciones repetidas para las variables conocimiento general sobre VPH y su vacuna, los estadísticos de prueba se pueden observar en la Tabla 2. Se analiza el efecto intra-grupos de las tres fases de medición y la interacción entre la fase y la condición experimental. Debido a que el modelo no cumple con el supuesto de normalidad de los residuos y que tampoco existe homogeneidad de la varianza, se

presenta el estadístico multivariado de Lamda de Willks (λ) y los coeficientes F del Anova, así como sus tamaños de efecto estimados mediante el estadístico η^2 .

Tabla 2

Anova de medidas repetidas y análisis multivariado para las subescalas de conocimiento de VPH

Variable	Efecto	λ	F	gl	p	η^2
Conocimiento general VPH	Fases	0.862	29.779	2,371	<.001	0.138
	Fase*Condición	0.796	47.516	2,371	<.001	0.204
Conocimiento vacuna VPH	Fases	0.994	1.022	2,368	0.361	0.006
	Fase*Condición	0.877	25.821	2,368	<.001	0.123

Nota: λ = Lamda de Willks, F = coeficientes del Anova multivariado, gl = grados de libertad,

η^2 = tamaño de efecto

Para la variable conocimiento general del VPH se puede observar que el efecto de las fases fue significativo ($p < .001$), es decir, que existen diferencias de conocimiento general de VPH en el pretest, posttest y seguimiento, y que el programa de intervención “Elige Cuidarte”, tuvo un efecto de $\eta^2 = 0.138$. Por otro lado, la interacción entre fase y condición también fue significativa ($p = <.001$), esto quiere decir, que existen diferencias en cada fase de intervención según el grupo control y el grupo “Elige Cuidarte”. Por otro lado, el tamaño del efecto de la interacción ($\eta^2 = 0.204$) fue mayor comparado con el efecto de las fases de intervención.

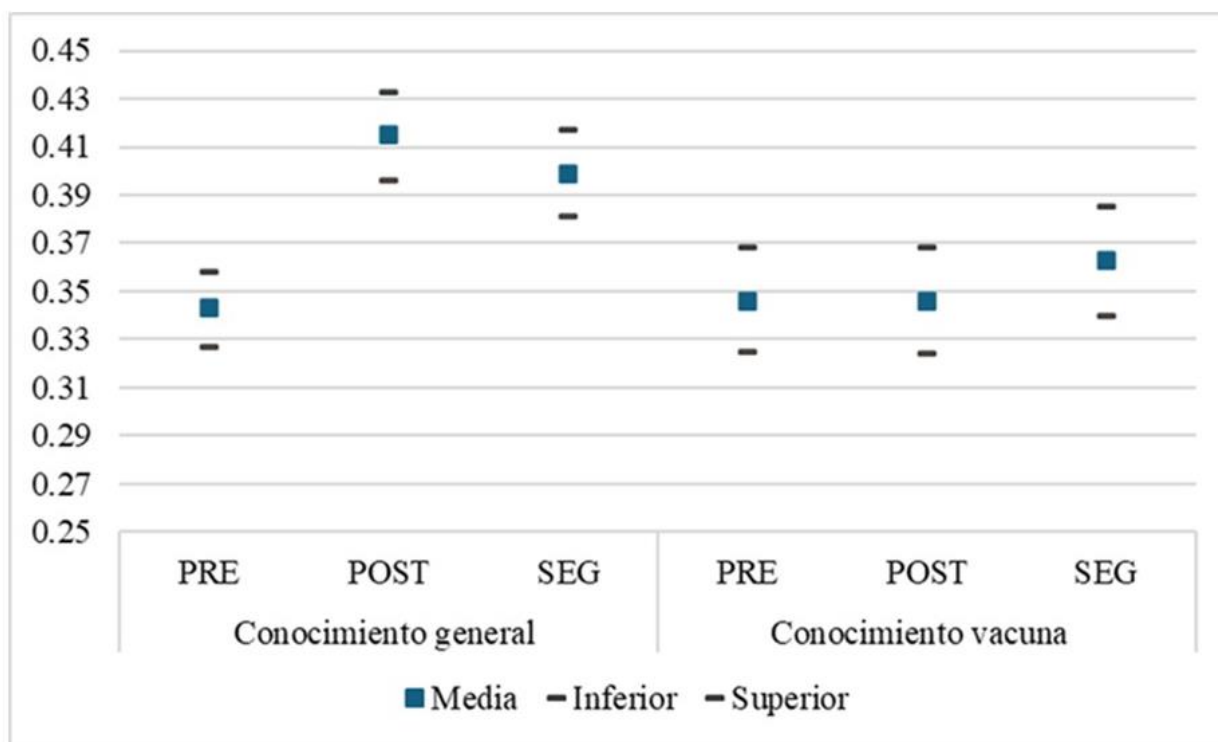
En cambio, para la variable conocimiento de vacuna, el efecto intragrupo de las fases no fue significativo, es decir, el conocimiento de la vacuna en el pretest, posttest y seguimiento de manera general son iguales entre sí, y no hubo un

aumento o disminución del conocimiento, es por ello, que el tamaño del efecto ($\eta^2 = 0.006$) fue bajo. El efecto de la interacción entre la fase y la condición experimental tuvo un efecto significativo ($p < .001$), es decir, existen diferencias entre las fases pretest, posttest y seguimiento dependiendo del grupo control o del grupo “Elige Cuidarte”. El tamaño de efecto ($\eta^2 = 0.123$) para esta variable, pese a ser significativo, se puede considerar bajo. Por lo tanto, el programa de intervención sugiere que tuvo un mayor efecto en el conocimiento general del VPH en los adolescentes que en el conocimiento hacia la vacuna.

Debido a que se encontraron diferencias en el efecto intra-grupos de las fases de medición (pretest, posttest y seguimiento) para el conocimiento general del VPH, se grafican las medias y sus intervalos de confianza y se presentan en la Figura 2. Como se puede observar el conocimiento general posttest ($M = 0.415$) es mayor al conocimiento general pretest ($M = 0.343$) y aunque el conocimiento del seguimiento a los 90 días ($M = 0.399$) disminuyó, se mantuvo el efecto. En la Figura 1 también se puede observar que el conocimiento de vacuna contra el VPH se mantiene estable en los tres momentos de la medición.

Figura 2

Estadística descriptiva e intervalos de confianza para la media de las diferencias de conocimiento general de VPH y su vacuna



Nota: PRE= pretest, POST= posttest, SEG= seguimiento

Debido a que se encontraron diferencias significativas en la interacción entre las fases y la condición experimental, se realiza una comparación por pares en todas las fases de intervención comparando entre el grupo control y el grupo “Elige Cuidarte”, así mismo, se generó para cada variable una gráfica donde se presenta la interacción de las variables. En la Tabla 3, se presenta la comparación por pares, para la variable conocimiento general de VPH podemos observar que no hay diferencias entre el grupo control y el grupo “Elige Cuidarte” en la fase de medición pretest, sin embargo, en el posttest ($DM = .143^*$) y en el seguimiento ($DM = .127^*$) se encontraron diferencias entre los grupos. Es decir, el grupo “Elige

Cuidarte” aumento el conocimiento general en el postest y en el seguimiento comparado con el grupo control.

Tabla 3

Comparación de medias de la interacción entre el momento de la intervención y el grupo control y el grupo “Elige Cuidarte

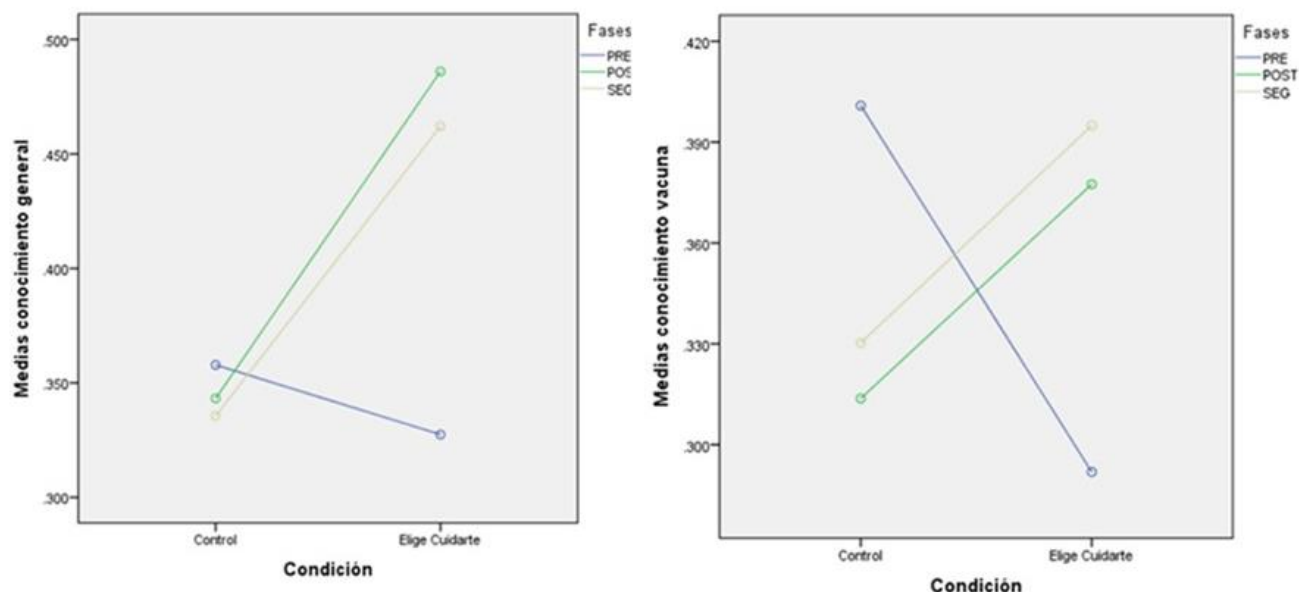
Conocimiento	Fases	(I)	(J)	DM (I-J)	EE	P	IC 95%	
							Inferior	Superior
General VPH	PRE	Control	Elige Cuidarte	0.03	0.016	0.058	-0.001	0.062
		Elige Cuidarte	Control	-0.03	0.016	0.058	-0.062	0.001
	POST	Control	Elige Cuidarte	-.143*	0.019	< .001	-0.18	-0.106
		Elige Cuidarte	Control	.143*	0.019	< .001	0.106	0.18
	SEG	Control	Elige Cuidarte	-.127*	0.019	< .001	-0.163	-0.09
		Elige Cuidarte	Control	.127*	0.019	< .001	0.09	0.163
Vacuna	PRE	Control	Elige Cuidarte	.109*	0.022	< .001	0.065	0.152
		Elige Cuidarte	Control	-.109*	0.022	< .001	-0.152	-0.065
	POST	Control	Elige Cuidarte	-.064*	0.022	0.005	-0.108	-0.02
		Elige Cuidarte	Control	.064*	0.022	0.005	0.02	0.108
	SEG	Control	Elige Cuidarte	-.065*	0.023	0.004	-0.109	-0.02
		Elige Cuidarte	Control	.065*	0.023	0.004	0.02	0.109

Nota: los intervalos de confianza se estimaron mediante Bonferroni. PRE= pretest, POST= posttest, SEG= seguimiento, DM = diferencia de medias, EE= error estándar, p= significancia e IC= intervalos de confianza.

Para la variable conocimiento de vacuna, se puede observar que el grupo control fue significativamente diferente ($DM = .109^*$) al grupo “Elige Cuidarte” en la pre-intervención, es decir, el grupo control tiene un mayor conocimiento de la vacuna que el grupo “Elige Cuidarte” antes de iniciar la intervención, pese a ello, se encontraron diferencias en el postest ($DM = .064^*$), el grupo “Elige Cuidarte” aumento su conocimiento en el postest y en el seguimiento ($DM = .065^*$) (Figura 3).

Figura 3

Gráfico de interacción condición fases de medición



conocimiento general de VPH se puede observar que en el grupo control en todas las mediciones (pretest, posttest y seguimiento) son puntuaciones bajas, en cambio para el grupo “Elige Cuidarte”, la puntuación baja solo se encuentra en el pretest con aumento en el posttest y en el seguimiento a los 90 días. En la variable conocimiento de vacuna contra el VPH podemos notar como sobresale la evaluación pretest en el grupo control y como aumenta el conocimiento en el grupo “Elige Cuidarte” en la fase posttest y el seguimiento a los 90 días.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio demuestran que la intervención educativa “Elige Cuidarte” logró un incremento significativo en el conocimiento general sobre el VPH en los adolescentes, manteniendo parte del efecto a los 90 días posteriores a su implementación. Este resultado coincide con investigaciones previas que señalan la efectividad de programas escolares para mejorar el

conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, particularmente cuando se aplican en etapas tempranas de la adolescencia (Orozco et al., 2018), periodo crítico para la adopción de conductas preventivas (García-Vázquez, 2021; García-Vázquez et al., 2020).

El mayor impacto se observó en el conocimiento general sobre el VPH, mientras que el efecto respecto a la vacuna, si bien significativo, fue menor. Este hallazgo sugiere que los componentes relacionados con la inmunización requieren reforzarse (Guzman-Holst et al., 2020; Nogueira-Rodrigues, 2019), ya que la literatura documenta que las percepciones en torno a la vacuna suelen estar mediadas por factores socioculturales, creencias familiares y disponibilidad del biológico, lo que limita la eficacia de las intervenciones exclusivamente educativas (Ebrahimi et al., 2023; Mitchell et al., 2022; Zheng et al., 2021).

El efecto sostenido hasta el seguimiento a 90 días indica que la intervención tuvo una retención positiva en el conocimiento, aunque con ligera disminución respecto al posttest. Este patrón se ha reportado en estudios similares y subraya la necesidad de estrategias de refuerzo educativo periódico, en lugar de sesiones únicas, para consolidar aprendizajes y promover cambios conductuales a largo plazo (Malik et al., 2023; Mohamed et al., 2022; Smulian et al., 2016; Zhang et al., 2020).

Entre las fortalezas del presente estudio destaca el diseño experimental con asignación aleatoria, que proporciona evidencia robusta en un campo donde predominan estudios cuasiexperimentales y ensayos aleatorizados. Asimismo, la aplicación de un instrumento con adecuada confiabilidad refuerza la validez de los resultados (Orozco et al., 2018). Sin embargo, deben reconocerse algunas

limitaciones: el tamaño del efecto observado fue pequeño, lo que sugiere que, aunque estadísticamente significativo, el impacto educativo requiere complementarse con otras estrategias preventivas (Malik et al., 2023); además, el seguimiento se limitó a 90 días, por lo que futuras investigaciones deberían explorar periodos más prolongados para determinar la permanencia del efecto.

En conjunto, la evaluación de “Elige Cuidarte” aporta evidencia de que intervenciones estructuradas, basadas en derechos sexuales y reproductivos y desarrolladas en el entorno escolar, son una vía eficaz para fortalecer el conocimiento sobre el VPH en adolescentes (Fernández-García et al., 2022; García-Vázquez et al., 2020; Jiménez-López et al., 2022). La incorporación de refuerzos educativos y el abordaje de factores socioculturales asociados a la vacunación podrían maximizar su impacto y contribuir a las metas globales de prevención del CaCu.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra, en primer lugar, el tiempo de seguimiento, que se limitó a 90 días, lo cual restringe la evaluación de la permanencia del efecto a largo plazo. Asimismo, el tamaño del efecto observado fue pequeño, lo que sugiere que, si bien la intervención tuvo un impacto significativo en el conocimiento, este podría no traducirse directamente en cambios conductuales sostenidos. Otro aspecto por considerar es que el estudio se centró exclusivamente en la medición de conocimiento, sin evaluar dimensiones como actitudes, percepciones o conductas preventivas, que son esenciales para una comprensión más integral del impacto educativo.

Finalmente, factores externos como la disponibilidad de la vacuna, las creencias familiares y los mensajes sociales sobre la sexualidad pudieron haber

influido en los resultados, especialmente en el componente relacionado con la vacuna contra el VPH, y no pudieron ser controlados en su totalidad.

Conclusión

La intervención educativa “Elige Cuidarte” demostró ser eficaz para incrementar el conocimiento general sobre el VPH en adolescentes de nivel secundaria, con un efecto que se mantuvo parcialmente hasta los 90 días posteriores a su implementación. Aunque el impacto sobre el conocimiento de la vacuna fue menor, los resultados sugieren que la estrategia puede contribuir de manera significativa a fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva desde etapas tempranas. El uso de un diseño experimental robusto y la aplicación de un instrumento confiable aportan evidencia sólida, lo que refuerza la relevancia de este trabajo. No obstante, el tamaño de efecto observado y la disminución en el seguimiento indican la necesidad de incorporar sesiones de refuerzo y de abordar factores socioculturales que influyen en la aceptación de la vacuna.

En síntesis, “Elige Cuidarte” constituye una herramienta educativa con potencial para ser integrada en programas escolares de prevención del VPH y otras infecciones de transmisión sexual, contribuyendo a las metas nacionales e internacionales de salud pública orientadas a reducir la carga del CaCu. La evaluación muestra que “Elige Cuidarte” es una intervención eficaz en el corto y mediano plazo para aumentar el conocimiento sobre el VPH en adolescentes de secundaria. Su aportación principal es demostrar, con un diseño experimental, que una intervención estructurada y participativa en el entorno escolar puede sostener aprendizajes esenciales para la prevención.

Referencias

- Alarcón-Romero, L. del C., Organista-Nava, J., Gómez-Gómez, Y., Ortiz-Ortiz, J., Hernández-Sotelo, D., del Moral-Hernández, O., Mendoza-Catalán, M. A., Antaño-Arias, R., Leyva-Vázquez, M. A., Sales-Linares, N., Antonio-Véjar, V., & Illades-Aguilar, B. (2022). Prevalence and Distribution of Human Papillomavirus Genotypes (1997–2019) and Their Association With Cervical Cancer and Precursor Lesions in Women From Southern Mexico. *Cancer Control*, 29, 107327482211033. <https://doi.org/10.1177/1073274822110331>
- Arruda, E. P. T., Brito, L. G. O., Prandini, T. R., Lerri, M. R., Reis, R. M. dos, Barcelos, T. M. R., & Lara, L. A. S. (2020). Sexual Practices During Adolescence. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 42(11), 731–738. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713411>
- Balcezak, H. C., Olusanya, O. A., Tomar, A., Foster, M., & Wigfall, L. T. (2022). A 10-year systematic review of theory-driven approaches to increasing catch-up HPV vaccination rates among young adult males in colleges/university settings. *Journal of American College Health*, 70(8), 2535–2547. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1873350>
- Bird, Y., Obidiya, O., Mahmood, R., Nwankwo, C., & Moraros, J. (2017). Human papillomavirus vaccination uptake in Canada: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 8(1), 71. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_49_17
- Brotherton, J. ML., Budd, A., Rompotis, C., Bartlett, N., Malloy, M. J., Andersen, R. L., Coulter, K. AR., Couvee, P. W., Steel, N., Ward, G. H., & Saville, M. (2019). Is one dose of human papillomavirus vaccine as effective as three: A national cohort

- analysis. *Papillomavirus Research*, 8, 100177.
<https://doi.org/10.1016/j.pvr.2019.100177>
- Bruni, L., Albero, G., Rowley, J., Alemany, L., Arbyn, M., Giuliano, A. R., Markowitz, L. E., Broutet, N., & Taylor, M. (2023). Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1345–e1362.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00305-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00305-4)
- Bruni, L., Diaz, M., Castellsagué, X., Ferrer, E., Bosch, F. X., & de Sanjosé, S. (2010). Cervical Human Papillomavirus Prevalence in 5 Continents: Meta- Analysis of 1 Million Women with Normal Cytological Findings. *The Journal of Infectious Diseases*, 202(12), 1789–1799. <https://doi.org/10.1086/657321>
- Calva-Mercado, J. (2015). Estudios clínicos experimentales . In C. Oropeza-Abúndez, F. Reveles, A. Castro-Mondragón, & A. Canto-Reyes (Eds.), *Epidemiología diseño y análisis de estudio* (2nd ed., pp. 81–94). SPM EDICIONES CIENCIA.
- Campos-Romero, A., Anderson, K. S., Longatto-Filho, A., Luna-Ruiz Esparza, M. A., Morán-Portela, D. J., Castro-Menéndez, J. A., Moreno-Camacho, J. L., Calva-Espinosa, D. Y., Acosta-Alfaro, M. A., Meynard-Mejía, F. A., Muñoz-Gaitán, M., & Alcántar-Fernández, J. (2019). The burden of 14 hr-HPV genotypes in women attending routine cervical cancer screening in 20 states of Mexico: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 9(1), 10094. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46543-8>
- Cárdenas Castro, J. M. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210–244.
<https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0002.00006>

- Comerlato, J., Kops, N. L., Bessel, M., Horvath, J. D., Fernandes, B. V., Villa, L. L., de Souza, F. M. A., Pereira, G. F. M., & Wendland, E. M. (2020). Sex differences in the prevalence and determinants of HPV-related external genital lesions in young adults: a national cross-sectional survey in Brazil. *BMC Infectious Diseases*, 20(1), 683. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05376-x>
- Das, M. (2021). WHO launches strategy to accelerate elimination of cervical cancer. *The Lancet Oncology*, 22(1), 20–21. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30729-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30729-4)
- Dittus, P. J., Michael, S. L., Becasen, J. S., Gloppen, K. M., McCarthy, K., & Guilamo-Ramos, V. (2015). Parental Monitoring and Its Associations with Adolescent Sexual Risk Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 136(6), e1587–e1599. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0305>
- Ebrahimi, N., Yousefi, Z., Khosravi, G., Malayeri, F. E., Golabi, M., Askarzadeh, M., Shams, M. H., Ghezelbash, B., & Eskandari, N. (2023). Human papillomavirus vaccination in low- and middle-income countries: progression, barriers, and future prospective. *Frontiers in Immunology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2023.1150238>
- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., & Lancaster, G. A. (2016). CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *BMJ*, i5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5239>
- Espina, C., Feliu, A., Maza, M., Almonte, M., Ferreccio, C., Finck, C., Herrero, R., Dommarco, J. R., de Almeida, L. M., Arrossi, S., García, P. J., Garmendia, M. L., Mohar, A., Murillo, R., Santamaría, J., Tortolero-Luna, G., Cazap, E., Gabriel, O. O., Paonessa, D., ... Schüz, J. (2023). Latin America and the Caribbean Code

- Against Cancer 1st Edition: 17 cancer prevention recommendations to the public and to policymakers (World Code Against Cancer Framework). *Cancer Epidemiology*, 86, 102402. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2023.102402>
- Fernández-García, O., Gil-Llario, M. D., & Ballester-Arnal, R. (2022). Sexual Health among Youth in Residential Care in Spain: Knowledge, Attitudes and Behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12948. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912948>
- F.-Polit, D., & Tatano-Beck, C. (2018). *Investigación en enfermería. fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. (C. Mendoza & C. Segura-Flores, Eds.; 9th ed.). Wolters Klumer .
- García-Vázquez, J. (2021). La educación sexual: ¿en tutorías o curricular? *Magister*, 25–32. <https://doi.org/10.17811/msg.33.1.2021.25-32>
- García-Vázquez, J., Quintó, L., & Agulló-Tomás, E. (2020). Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias (Spain). *Global Health Promotion*, 27(3), 122–130. <https://doi.org/10.1177/1757975919873621>
- Grandahl, M., Nevéus, T., Dalianis, T., Larsson, M., Tydén, T., & Stenhammar, C. (2019). ‘I also want to be vaccinated!’ – adolescent boys’ awareness and thoughts, perceived benefits, information sources, and intention to be vaccinated against Human papillomavirus (HPV). *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(7–8), 1794–1802. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1551670>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. (DRK EDICIÓN SL, Ed.; 7th ed.). Elsevier, Inc.

- Guzman-Holst, A., DeAntonio, R., Prado-Cohrs, D., & Juliao, P. (2020). Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine*, 38(3), 470–481. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.10.088>
- Haręza, D. A., Wilczyński, J. R., & Paradowska, E. (2022). Human Papillomaviruses as Infectious Agents in Gynecological Cancers. Oncogenic Properties of Viral Proteins. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(3), 1818. <https://doi.org/10.3390/ijms23031818>
- Herrero, R., Carvajal, L. J., Camargo, M. C., Riquelme, A., Porras, C., Ortiz, A. P., Camargo, L. A., Fink, V., van De Wyngard, V., Lazcano-Ponce, E., Canelo-Aybar, C., Balbin-Ramon, G., Feliu, A., & Espina, C. (2023). Latin American and the Caribbean Code Against Cancer 1st edition: Infections and cancer. *Cancer Epidemiology*, 86, 102435. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2023.102435>
- Jiménez-López, A., Choya-Sánchez, I., Valle-Núñez, R., Díez-González, S., Gutiérrez-Díez, C., Rodríguez-Alonso, A., Bosque-Morán, E., Arias-Barrientos, S., Mirón-Ortega, M., Fuentes-Menéndez, M., Lamuño-Sánchez, P., Monge-Monge, M., & García-Vázquez, J. (2022). *Educación en sexualidades. Ni ogros ni princesas: guía didáctica para los talleres externos* (Consejería de Salud del Principado de Asturias, Ed.).
- Jing, Z., Li, J., Wang, Y., & Zhou, C. (2023). Prevalence and Trends of Sexual Behaviors Among Young Adolescents Aged 12 Years to 15 Years in Low and Middle-Income Countries: Population-Based Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 9, e45236. <https://doi.org/10.2196/45236>
- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., Gutiérrez-Castrellón, P., Ángeles-Llerenas, A., Hernández-Garduño, A., & Viramontes, J. (2015). Ensayos clínicos

- aleatorizados. In C. Oropeza-Abúndez, F. Reveles, A. Castro-Mondragón, & A. Canto-Reyes (Eds.), *Epidemiología diseños y análisis de estudio* (2nd ed., pp. 95–133). SPM EDICIONES CIENCA.
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Makuza, J. D., Nsanzimana, S., Muhimpundu, M. A., Pace, L. E., Ntaganira, J., & Riedel, D. J. (2015). Prevalence and risk factors for cervical cancer and pre-cancerous lesions in Rwanda. *Pan African Medical Journal*, 22. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.26.7116>
- Malik, A. A., Ahmed, N., Shafiq, M., Elharake, J. A., James, E., Nyhan, K., Paintsil, E., Melchinger, H. C., Team, Y. B. I., Malik, F. A., & Omer, S. B. (2023). Behavioral interventions for vaccination uptake: A systematic review and meta-analysis. *Health Policy*, 137, 104894. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104894>
- Malik, S., Sah, R., Muhammad, K., & Waheed, Y. (2023). Tracking HPV Infection, Associated Cancer Development, and Recent Treatment Efforts—A Comprehensive Review. *Vaccines*, 11(1), 102. <https://doi.org/10.3390/vaccines11010102>
- Manyere, N. R., Dube Mandishora, R. S., Magwali, T., Mtisi, F., Mataruka, K., Mtede, B., Palefsky, J. M., & Chirenje, Z. M. (2020). Human papillomavirus genotype distribution in genital warts among women in Harare-Zimbabwe. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(6), 830–836. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1673710>
- Mitchell, H., Lim, R., Gill, P. K., Dhanoa, J., Dubé, È., & Bettinger, J. A. (2022). What do adolescents think about vaccines? Systematic review of qualitative studies.

<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001109>

Mohamed, R., Kelly, K. M., Nili, M., & Kelley, G. A. (2022). A systematic review with meta-analysis of parental interventions for human papillomavirus vaccine uptake. *Journal of the American Pharmacists Association*, 62(4), 1142–1153.

<https://doi.org/10.1016/j.japh.2022.04.004>

Molina-Pineda, A., López-Cardona, M. G., Limón-Toledo, L. P., Cantón-Romero, J. C., Martínez-Silva, M. G., Ramos-Sánchez, H. V., Flores-Miramontes, M. G., de la Mata-González, P., Jave-Suárez, L. F., & Aguilar-Lemarroy, A. (2020). High frequency of HPV genotypes 59, 66, 52, 51, 39 and 56 in women from Western Mexico. *BMC Infectious Diseases*, 20(1), 889. [https://doi.org/10.1186/s12879-020-](https://doi.org/10.1186/s12879-020-05627-x)

[05627-x](https://doi.org/10.1186/s12879-020-05627-x)

Nogueira-Rodrigues, A. (2019). HPV Vaccination in Latin America: Global Challenges and Feasible Solutions. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 39, e45–e52. https://doi.org/10.1200/EDBK_249695

Oketch, S. Y., Ochomo, E. O., Orwa, J. A., Mayieka, L. M., & Abdullahi, L. H. (2023). Communication strategies to improve human papillomavirus (HPV) immunisation uptake among adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 13(4), e067164. [https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067164)

[067164](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067164)

Orozco, C., Moreno, M., & Gómez, M. (2018). *Intervencion educativa para incrementar la conducta sexual protector para VPH en adolescentes* [Tesis]. Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Oyervides-Muñoz, M. A., Pérez-Maya, A. A., Sánchez-Domínguez, C. N., Berlanga-Garza, A., Antonio-Macedo, M., Valdéz-Chapa, L. D., Cerda-Flores, R. M., Trevino, V., Barrera-Saldaña, H. A., & Garza-Rodríguez, M. L. (2020). Multiple HPV Infections and Viral Load Association in Persistent Cervical Lesions in Mexican Women. *Viruses*, 12(4), 380. <https://doi.org/10.3390/v12040380>
- Patel, H., Jevé, Y. B., Sherman, S. M., & Moss, E. L. (2016). Knowledge of human papillomavirus and the human papillomavirus vaccine in European adolescents: a systematic review. *Sexually Transmitted Infections*, 92(6), 474–479. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052341>
- Rodriguez, S. A., Mullen, P. D., Lopez, D. M., Savas, L. S., & Fernández, M. E. (2020). Factors associated with adolescent HPV vaccination in the U.S.: A systematic review of reviews and multilevel framework to inform intervention development. *Preventive Medicine*, 131, 105968. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105968>
- Saldaña-Rodríguez, P., Bahena-Román, M., Delgado-Romero, K., Madrid-Marina, V., & Torres-Poveda, K. (2023). Prevalence and Risk Factors for High-Risk Human Papillomavirus Infection and Cervical Disorders: Baseline Findings From an Human Papillomavirus Cohort Study. *Cancer Control*, 30. <https://doi.org/10.1177/10732748231202925>
- Sensoy Bahar, O., Nabunya, P., Namuwonge, F., Samtani, S., Ssentumbwe, V., Namuli, F., Magorokosho, N., & Ssewamala, F.M. (2023). “It gives you a road map of what to do to solve your problems”: acceptability of a combination HIV prevention intervention among adolescent girls in Uganda. *BMC Public Health*, 23(1), 249. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15083-2>

- Shannon, C. L., & Klausner, J. D. (2018). The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. *Current Opinion in Pediatrics*, 30(1), 137–143. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000578>
- Smulian, E. A., Mitchell, K. R., & Stokley, S. (2016). Interventions to increase HPV vaccination coverage: A systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 12(6), 1566–1588. <https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1125055>
- Soheili, M., Keyvani, H., Soheili, M., & Nasser, S. (2021). Human papilloma virus: A review study of epidemiology, carcinogenesis, diagnostic methods, and treatment of all HPV-related cancers. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.65>
- Soto, G., Hernandez, J., Lopez, R., Aguayo, C., Villela, L., Espino, M., Ventura, E., & Ortiz, R. (2020). Tipificación de serotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo. *Ginecol. Obstet. Méx.*, 88(10), 659–666.
- Stokley, S., Jeyarajah, J., Yankey, D., Cano, M., Gee, J., Roark, J., Curtis, R. C., Markowitz, L., Immunization Services Division, N. C. for I. and R. D. C., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). Human papillomavirus vaccination coverage among adolescents, 2007-2013, and postlicensure vaccine safety monitoring, 2006-2014--United States. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(29), 620–624.
- Torres-Poveda, K., Ruiz-Fraga, I., Madrid-Marina, V., Chavez, M., & Richardson, V. (2019). High risk HPV infection prevalence and associated cofactors: a population-based study in female ISSSTE beneficiaries attending the HPV screening and early

- detection of cervical cancer program. *BMC Cancer*, 19(1), 1205.
<https://doi.org/10.1186/s12885-019-6388-4>
- Viñas-Sifontes, Leida., C.-R. Mavel., C.-C. Maigret. (2020). Papiloma virus humano en adolescentes y jóvenes menores de 25 años. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 24(3), 360–370.
- Wu, H., Tong, X., Wang, L., Huang, Y., & Zhang, L. (2023). HPV vaccine information, knowledge, attitude, and recommendation intention among male college students in China. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 19(2).
<https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2228163>
- Yu, Y., Xu, M., Sun, J., Li, R., Li, M., Wang, J., Zhang, D., & Xu, A. (2016). Human Papillomavirus Infection and Vaccination: Awareness and Knowledge of HPV and Acceptability of HPV Vaccine among Mothers of Teenage Daughters in Weihai, Shandong, China. *PLOS ONE*, 11(1), e0146741.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146741>
- Zhang, X., Liu, C., Wang, Z., Ren, Z., Feng, X., Ma, W., Gao, X., Zhang, R., Brown, M. D., Qiao, Y., Geng, Q., & Li, J. (2020). Effect of a school-based educational intervention on HPV and HPV vaccine knowledge and willingness to be vaccinated among Chinese adolescents : a multi-center intervention follow-up study. *Vaccine*, 38(20), 3665–3670. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.03.032>
- Zheng, L., Wu, J., & Zheng, M. (2021). Barriers to and Facilitators of Human Papillomavirus Vaccination Among People Aged 9 to 26 Years: A Systematic Review. *Sexually Transmitted Diseases*, 48(12), e255–e262.
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001407>

CAPÍTULO 8

ADAPTACIÓN BREVE DE LA ESCALA DE ESTIGMA SEXUAL DE NEILANDS EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES CON OBESIDAD EN MÉXICO.

*Carlos Alberto Catalán-Gómez
Raquel Alicia Benavides-Torres
Reyna Torres-Obregon
Martha Ofelia Valle-Solis
Patricia Marisol Márquez-Vargas*

Introducción

El estigma sexual es un fenómeno complejo que afecta la salud y bienestar de las personas que pertenecen a minorías sexuales. Este se manifiesta principalmente a través de actitudes negativas, prejuicios y discriminación hacia quienes no se identifican con la heterosexualidad hegemónica. A menudo, el estigma no solo es externo, a través de la exclusión y discriminación, sino que también se internaliza, lo que afecta la autoestima y la salud mental de las personas. Al percibir su orientación sexual de manera negativa, se genera un impacto significativo en su bienestar psicológico (Lorenzi et al., 2015; Meyer, 2003; Pereira, 2022).

Algunos estudios internacionales han documentado las consecuencias del estigma, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), quienes suelen experimentar mayores niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima. Este estigma también modifica sus conductas sexuales, llevándolos a adoptar prácticas de riesgo como una respuesta al rechazo y la discriminación (Dada et al., 2024; Leluțiu-Weinberger et al., 2019; Pachankis et al., 2020). Además, el estigma

sexual afecta la relación de los HSH con los sistemas de atención médica, lo que empeora su situación y crea un ciclo de dolor emocional y aislamiento social (Arabi-Mianrood et al., 2022; López et al., 2022).

El índice de masa corporal (IMC) también es un factor importante en este grupo poblacional. La obesidad se percibe como un factor estigmatizante que contribuye al estigma sexual, ya que las personas con obesidad son propensas a recibir discriminación tanto explícita como sutil, relacionada con estereotipos sobre su capacidad personal y valor social (Moskowitz et al., 2011; Pereira, 2021; Smith & Amaro, 2021). Esta discriminación añade una vulnerabilidad adicional, especialmente en el ámbito de la salud (Puhl & Heuer, 2012; Tomiyama et al., 2018).

Cuando el estigma por obesidad se combina con el estigma sexual, se produce una doble estigmatización que aumenta los efectos negativos sobre la salud. La interacción entre estos dos estigmas intensifica el estrés crónico, crea barreras adicionales para acceder a recursos esenciales como el apoyo social y los servicios de salud, y profundiza las desigualdades en salud (Hatzenbuehler et al., 2013; Leonard et al., 2024; Puhl et al., 2019). En este contexto, las personas que enfrentan ambos estigmas experimentan una carga emocional mayor, lo que impacta negativamente en su bienestar general (Catalán-Gómez et al., 2024; Puhl & Heuer, 2012).

En México, estudios han evidenciado que los HSH enfrentan discriminación estructural y social significativa, influenciada por normas de masculinidad, heteronormatividad y prejuicios hacia la comunidad LGBTQ+ (Baez et al., 2019; Catalán-Gómez et al., 2024; Zamorano & Rocha, 2022). A esto se

suma la presión social sobre la apariencia física. Los ideales corporales contemporáneos generan una vulnerabilidad adicional para los HSH con obesidad, quienes experimentan una doble carga de estigmatización, no solo por su orientación sexual sino también por su peso corporal. Esto incrementa las experiencias de discriminación, aislamiento social y, en algunos casos, el ocultamiento de la identidad sexual (Liu & Conlin, 2025; López et al., 2022; Pachankis et al., 2023).

Estas experiencias de estigmatización afectan directamente la vida cotidiana de las personas, influyendo en su autoestima, bienestar psicológico y disposición para acceder a servicios de salud. Esto genera barreras adicionales para recibir atención médica oportuna y adecuada (Malond et al., 2025; Tinat & Núñez, 2021). Por ello, es fundamental contar con herramientas que permitan medir de manera confiable y válida el estigma sexual en poblaciones vulnerables, especialmente en contextos como el mexicano, donde la evidencia empírica aún es limitada.

La necesidad de herramientas de evaluación precisas va más allá del ámbito académico y es crucial para la salud pública, ya que medir adecuadamente las experiencias de estigma relacionadas con la identidad sexual es esencial para diseñar estrategias de prevención (García, 2024; Restrepo, 2024). Por tanto, es necesario utilizar cuestionarios culturalmente adaptados y metodológicamente sólidos, y que sean breves para facilitar su uso en contextos comunitarios y clínicos (Pereira, 2021).

A nivel internacional, se ha identificado la escala validada por Korhonen et al. (2022) como uno de los pocos instrumentos diseñados para medir el estigma sexual. Esta escala tiene la ventaja de conceptualizar el estigma como un fenómeno

multidimensional, distinguiendo entre estigma percibido (expectativa de actitudes negativas) y estigma experimentado (experiencias concretas de rechazo o trato desigual). Esta distinción permite entender el estigma como un proceso psicológico y social que se internaliza con el tiempo (Herek, 2007).

Sin embargo, la extensión de la escala original puede no ser adecuada para escenarios donde el tiempo es limitado y las condiciones no siempre son óptimas, como en contextos comunitarios o clínicos. Por lo tanto, es necesario desarrollar una versión breve, culturalmente adaptada al contexto mexicano, especialmente para poblaciones vulnerables como los HSH, quienes enfrentan con mayor frecuencia y severidad los efectos del estigma (Sánchez, 2008).

La adaptación propuesta propone reducir la carga de los participantes, garantizando la claridad semántica y el uso de un lenguaje cotidiano, orientado a las experiencias de grupos vulnerables, como los HSH en México, en línea con otros contextos culturales (Korhonen, 2022; Suján et al., 2025). Además, se considera necesario analizar cómo se entrelazan los estigmas por orientación sexual y obesidad, ya que esta interacción no solo suma discriminaciones, sino que genera una experiencia única con dinámicas propias, tal como propone la interseccionalidad (Bowleg, 2012). La evidencia muestra que la internalización de un estigma dual está asociada con mayores niveles de ansiedad, depresión y conductas de riesgo, afectando el bienestar físico y mental de las personas (Catalán-Gómez et al., 2024; Thornicroft, 2022).

En este contexto, el manuscrito propone el desarrollo de un instrumento corto, válido, confiable y culturalmente pertinente, que permita generar evidencia

válida sobre los HSH mexicanos, contribuyendo a la mejora de la salud pública en este grupo vulnerable.

Metodología

Se desarrolló un estudio con un enfoque instrumental-transversal, orientado a evaluar la validez de constructo de la Escala de Estigma Sexual de Neilands en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad. La población de interés incluyó HSH mayores de 18 años con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m², residentes en Monterrey y su área metropolitana. El reclutamiento de participantes se realizó mediante muestreo por bola de nieve, con el apoyo de organizaciones civiles. Se establecieron criterios de inclusión específicos como aquellos que se identificación como HSH, edad ≥ 18 años, obesidad según IMC y disposición para participar de manera presencial. Antes de su participación, todos los individuos otorgaron consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la información proporcionada.

Con el objetivo de fortalecer la calidad metodológica del proceso de adaptación y validación de la escala, se llevó a cabo una evaluación de validez de contenido mediante juicio de experto, el proceso de validación se desarrolló mediante la participación de un panel de expertos, integrado por profesionales con experiencia en salud sexual y reproductiva, así como investigaciones en grupos minoritarios.

Para la recolección y medición de datos sobre el estigma sexual se utilizó la Escala de Estigma Sexual de Neilands, validada por Korhonen et al. (2022) en HSH de Kenia. La escala contempla dos dimensiones principales, estigma percibido y estigma experimentado, evaluadas a través de ítems seleccionados por

su relevancia conceptual y claridad semántica. El instrumento integra una escala Likert de cuatro puntos, que va de “nunca” a “muchas veces”, reflejando la frecuencia con la que los participantes percibieron o experimentaron situaciones de estigmatización. La versión original reporta una confiabilidad adecuada ($\alpha = .85$).

Una vez recolectados los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS v28 para Windows en el cual se realizó la fase de preparación y verificación para determinar la idoneidad de estos para posteriormente realizar un análisis factorial. Se calcularon la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, para confirmar que la matriz de correlaciones era apropiada para identificar factores latentes. Posteriormente, se procedió a la fase de Análisis Factorial Exploratorio (AFE), con el objetivo de examinar la estructura interna de la escala en la población estudiada y evaluar si la solución factorial original se mantenía o requería ajustes. Para ello, se aplicó el método de extracción por máxima verosimilitud, permitiendo comparar la estabilidad de la solución factorial bajo diferentes supuestos sobre la distribución de los datos.

Para mejorar la interpretación de los factores extraídos, se retuvieron algunos ítems según criterios psicométricos, aquellos con cargas factoriales ≥ 0.50 , comunalidades adecuadas y ausencia de cargas cruzadas significativas, garantizando que cada ítem contribuyera a la definición conceptual de su factor correspondiente. Por otro lado, se evaluó la confiabilidad interna de cada dimensión mediante el cálculo del alfa de Cronbach, confirmando la consistencia de la escala en esta muestra específica. Todo el proceso se llevó a cabo respetando los principios éticos de investigación con seres humanos, siguiendo la Ley General

de Salud en Materia de investigación, de esta manera asegurando la privacidad de los participantes y el manejo confidencial de los datos.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 120 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con obesidad, residentes en Monterrey y su área metropolitana. La edad promedio fue de 29.8 años ($DE = 6.7$), con un rango que osciló entre 18 y 45 años. Todos los participantes cumplieron con el criterio de obesidad, presentando un IMC promedio de 32.4 kg/m^2 ($DE = 2.1$).

En relación con el nivel educativo, se observó una distribución diversa. La mayor proporción de los participantes contaba con educación media superior o preparatoria, correspondiente al 37.0%, seguida de aquellos con educación secundaria, que representaron el 33.8%. Por su parte, el 19.8% reportó contar con licenciatura, mientras que un 9.4% indicó haber cursado únicamente educación primaria. En conjunto, estos resultados son consistentes con lo observado en la caracterización general de la muestra, donde predominan los niveles educativos medio y medio superior.

Respecto a la situación laboral, el 60% de los participantes se encontraba empleado, el 25% estaba desempleado y el 15% se encontraba estudiando, lo que refleja una heterogeneidad en las condiciones socioeconómicas del grupo. En cuanto al estado civil, los datos mostraron que una ligera mayoría de los participantes se encontraba sin pareja, representando el 52.7%, mientras que el 47.3% reportó tener pareja. Esta distribución complementa la información general,

donde la mayoría se identificó como soltero, con una menor proporción en relaciones de pareja o casados.

En este sentido, el análisis del Índice de Masa Corporal (IMC) evidenció que casi la mitad de la muestra presentó obesidad tipo I, con un 48.8%. Asimismo, el 27.6% se ubicó en obesidad tipo II, y el 23.6% en obesidad tipo III, lo que indica que, si bien predomina la obesidad grado I, una proporción considerable de participantes presenta grados más severos de obesidad. En conjunto, la muestra se caracteriza por su diversidad sociodemográfica, pero comparte criterios clave para el estudio, principalmente ser HSH, mayores de edad y presentar obesidad.

Tabla 1

Variables sociodemográficas

Variable	<i>f</i>	%
Estudios		
Primaria	12	9.4
Secundaria	43	33.8
Preparatoria	47	37.0
Licenciatura	25	19.8
Estado civil		
Con pareja	60	47.3
Sin pareja	67	52.7
IMC		
Obesidad I	62	48.8
Obesidad II	35	27.6
Obesidad III	30	23.6

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje

Distribución de los puntajes por ítem. Los ítems que componen la Escala de Estigma Sexual de Neilands revelaron una variabilidad significativa en la frecuencia con la que los participantes reportaron haber percibido o experimentado situaciones de estigmatización. Esta variabilidad no es sorprendente, ya que el estigma, como fenómeno social y psicológico, se manifiesta de manera distinta en

cada individuo, lo que sugiere que el estigma sexual no es una experiencia uniforme. Su intensidad y forma de manifestación pueden variar considerablemente según las circunstancias personales y contextuales de cada persona. Para entender mejor esta distribución, la Tabla 2 presenta los promedios, desviaciones estándar y distribución de cada ítem.

Tabla 2

Medias por ítem.

	Ítem	Media (DE)
1	¿Con qué frecuencia has escuchado que los homosexuales no son normales?	3.1(.8)
2	¿Con qué frecuencia has sentido que heriste y avergonzaste a tu familia por tener relaciones sexuales con hombres?	2.8(.9)
3	¿Con qué frecuencia se han burlado de ti o te han insultado por tener relaciones sexuales con hombres?	3.0(.9)
4	¿Con qué frecuencia te han golpeado o agredido por tener relaciones sexuales con hombres?	2.1(.8)
5	¿Con qué frecuencia has tenido que fingir que no eres homosexual para ser aceptado?	2.9(1.0)
6	¿Con qué frecuencia tu familia no te ha aceptado por tener relaciones sexuales con hombres?	2.6 (.9)
7	¿Con qué frecuencia has perdido a tus amigos por tener relaciones sexuales con hombres?	2.4 (.9)
8	¿Con qué frecuencia te han expulsado de la escuela por ser homosexual?	1.8 (.7)
9	¿Con qué frecuencia has perdido tu vivienda por tener relaciones sexuales con hombres?	1.6 (.6)
10	¿Con qué frecuencia has perdido un trabajo o una oportunidad laboral por tener relaciones sexuales con hombres?	1.8 (.9)
11	¿Con qué frecuencia has sufrido acoso policial por tener relaciones sexuales con hombres?	1.4 (.7)

Nota. Tabla con las medias de respuesta.

Al analizar las medias reportadas en la Escala de Estigma Sexual, se observa una distinción clara en la frecuencia con la que se manifiestan las distintas formas de estigmatización. En primer lugar, los ítems relacionados con el estigma en los círculos sociales y familiares (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7) presentan las medias más elevadas, lo que indica que, para los participantes, la percepción constante de desaprobación social y la experiencia de rechazo en entornos personales son las formas de estigma más frecuentes y cotidianas. En este sentido, el estigma actúa como un telón de fondo constante en su vida diaria, marcando una parte integral de su experiencia.

Por otro lado, los ítems vinculados a eventos de mayor intensidad, como la discriminación institucional o la violencia directa (ítems 4, 8, 9, 10, 11), consistentemente muestran medias más bajas. Este hallazgo sugiere que, aunque estos eventos, ocurren con menor frecuencia en comparación con el estigma social y familiar. Es importante subrayar que una media baja no implica la inexistencia de estos eventos; por el contrario, refleja la presencia de experiencias de violencia y discriminación sistémica, aunque no sean experiencias cotidianas para la población encuestada.

Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Para examinar la estructura interna y dimensionalidad de la escala en esta población, se realizó un AFE con extracción de componentes principales y rotación varimax sobre los ítems de la escala. La adecuación de los datos fue confirmada por la medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO = .82$) y la prueba de esfericidad de Bartlett, esta fue estadísticamente significativa ($\chi^2_{(55)} = 420.5, p < .001$), indicando que la matriz de correlaciones era apropiada para identificar factores latentes.

A partir de la ejecución del análisis factorial, la estructura resultante se alineó con la propuesta teórica original del autor, confirmando la existencia de dos factores que capturan las dos facetas fundamentales del estigma sexual, el estigma percibido (1, 5, 6 y 7) dimensión que se basa en la percepción y las expectativas relacionadas con el rechazo social o la estigmatización. Y el estigma experimentado (2, 3, 4, 8, 9, 10 y 11) que agrupa los reactivos que miden los eventos concretos de discriminación o rechazo que la persona ha sufrido directamente.

El análisis entre estos dos factores reveló una correlación moderada ($r = .45$). Este valor proporcionó la base empírica para optar por una rotación oblicua en el análisis factorial. Esta correlación confirma dos aspectos clave. En primer lugar, la percepción del estigma y la experiencia están interrelacionadas, lo que sugiere que la manera en que una persona percibe el estigma puede influir en la probabilidad de experimentar rechazo o discriminación.

Por otro lado, aunque existe una conexión entre ambos factores, la moderada intensidad de la correlación permite sostener que cada uno conserva su identidad conceptual y estadística. En otras palabras, la preocupación por la discriminación representa una experiencia psicológica distinta a la discriminación en sí misma, por lo que ambos factores mantienen una naturaleza única, aunque interrelacionada.

La consistencia interna de cada factor fue adecuada, el estigma percibido ($\alpha = .81$), así como el estigma experimentado ($\alpha = .87$), la escala general también evidencio significancia ($\alpha = .87$). Estos valores sugieren que la escala es fiable para medir estigma sexual en esta población específica. El puntaje promedio total de la

escala fue de 2.6 ($DE = .7$), indicando que los participantes perciben y experimentan estigma con frecuencia moderada. La distribución por ítem y factor permite identificar subgrupos con niveles más altos de estigma, lo que puede guiar intervenciones focalizadas para reducir la discriminación social y familiar. Los ítems con medias más altas reflejan experiencias frecuentes de rechazo, burlas y necesidad de ocultar la orientación sexual, mientras que los ítems con medias bajas reflejan situaciones de discriminación estructural menos frecuentes, aunque significativas para quienes las experimentan.

Tabla 3

Factores reportados por cada ítem

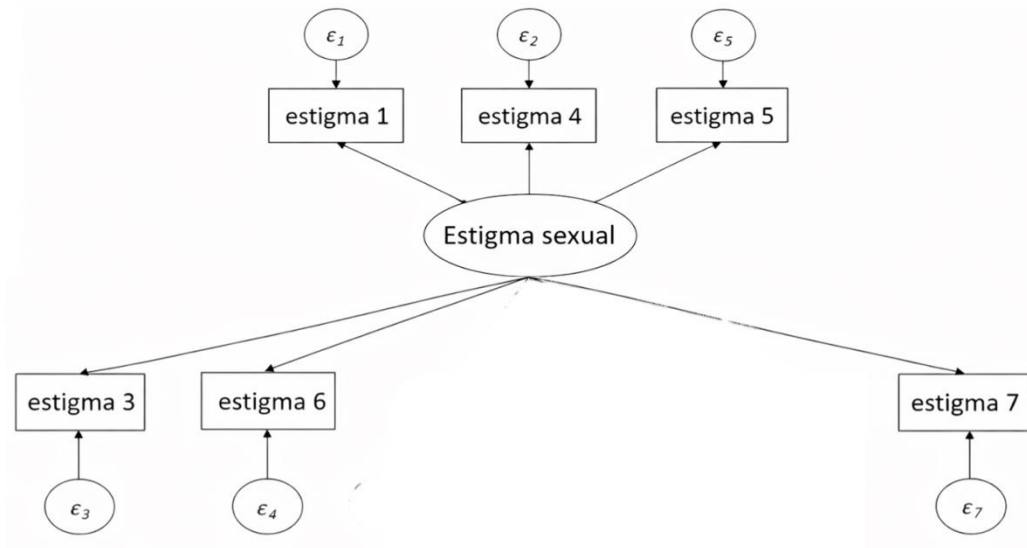
	Ítems	Percibida	Experimentada
1	¿Con qué frecuencia has escuchado que los homosexuales no son normales?	.61	.09
2	¿Con qué frecuencia has sentido que heriste y avergonzaste a tu familia por tener relaciones sexuales con hombres?	.49	.21
3	¿Con qué frecuencia se han burlado de ti o te han insultado por tener relaciones sexuales con hombres?	.42	.67
4	¿Con qué frecuencia te han golpeado o agredido por tener relaciones sexuales con hombres?	.33	.74
5	¿Con qué frecuencia has tenido que fingir que no eres homosexual para ser aceptado?	.51	.11
6	¿Con qué frecuencia tu familia no te ha aceptado por tener relaciones sexuales con hombres?	.45	.50
7	¿Con qué frecuencia has perdido a tus amigos por tener relaciones sexuales con hombres?	.22	.71
8	¿Con qué frecuencia te han expulsado de la escuela por ser homosexual?	.40	.45
9	¿Con qué frecuencia has perdido tu vivienda por tener relaciones sexuales con hombres?	.26	.41
10	¿Con qué frecuencia has perdido un trabajo o una oportunidad laboral por tener relaciones sexuales con hombres?	.19	.44
11	¿Con qué frecuencia has sufrido acoso policial por tener relaciones sexuales con hombres?	.12	.37

Nota. Resultado del análisis de reducción.

El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) ofrece un criterio estadístico claro para evaluar la calidad de los reactivos. En particular, se considera que una carga factorial igual o superior a .50 indica una asociación fuerte y significativa. Un ítem con esta carga comparte al menos el 25% de su varianza con el factor latente que intenta medir. Al establecer este umbral, aseguramos que solo se mantengan en el modelo los reactivos que son indicadores sólidos y confiables del constructo. Este enfoque es esencial, ya que nos permite minimizar la inclusión de ítems con asociaciones débiles, ambiguas o que principalmente miden la varianza de error.

El análisis de los resultados observados validó esta estrategia. Se observó que varios ítems clave (1, 3, 4, 5, 6 y 7) alcanzaron una carga significativa ($\geq .50$) en alguno de los factores propuestos inicialmente. Al integrar estos ítems robustos en un único factor general, estas altas cargas reflejan que los reactivos seleccionados mantienen una relación sustantiva y consistente con el constructo (Figura 1). Esto demuestra que, aunque los reactivos pudieron haberse distribuido inicialmente en distintas dimensiones, todos mantienen una relación sustantiva y consistente con el núcleo central del constructo. En particular, todos apuntan de manera clara y consistente al mismo fenómeno latente, lo que consolida un modelo más parsimonioso y potente.

Figura 1. Factores relacionados con la variable



Adoptar este enfoque basado en un factor general y en un criterio de alta saturación no solo simplifica el modelo, sino que también aporta beneficios metodológicos

concretos. Al agrupar únicamente los ítems con una fuerte vinculación, se aumenta la pureza del factor, lo que ayuda a reducir la varianza de error y a obtener una medida más precisa. Esta estrategia minimiza las cargas cruzadas, un problema frecuente en ítems poco representativos o de baja saturación. Esto evidencia un modelo más parsimonioso, compuesto por ítems de alta calidad, lo cual refuerza la estabilidad general del modelo, lo que resulta especialmente valioso cuando se trabaja con muestras de tamaño moderado.

Desde una perspectiva conceptual, el estigma sexual se entiende como una experiencia global de desvalorización social, que se expresa tanto a través de mensajes sociales internalizados como de eventos discriminatorios concretos. Los

ítems con cargas $\geq .50$ son aquellos que representan de manera más clara e intensa estas expresiones centrales del estigma, ya sea en su forma simbólica (como escuchar que “los homosexuales no son normales”) o en su forma conductual (como burlas, agresiones físicas o pérdida de redes sociales).

Desde una perspectiva conceptual, el estigma sexual se define como una experiencia global de desvalorización social, un proceso complejo y profundo que afecta la identidad y el bienestar de quienes lo sufren. Esta experiencia, sin embargo, no se limita a un solo aspecto, se manifiesta en dos dimensiones interconectadas pero distintas, por un lado, a través de los mensajes sociales internalizados, que constituyen el componente simbólico, y por otro, mediante eventos discriminatorios concretos, que corresponden al componente conductual.

En este análisis, se logró identificar los ítems que capturan de manera más clara y contundente estas dos facetas del estigma. Así, nuestra estrategia de selección priorizó aquellos elementos con cargas factoriales superiores, dado que estos reflejan las manifestaciones más significativas y fuertes del fenómeno. Primeramente, los ítems con expresiones simbólicas internalizadas resultan clave, pues reflejan el estigma a nivel de creencias y mensajes sociales profundamente arraigados. Algunos de estos incluyen ideas como “los homosexuales no son normales”, que no solo definen la percepción social, sino que son absorbidas y reproducidas por los individuos, a veces sin cuestionamiento.

Por otro lado, las expresiones conductuales evidentes capturan las manifestaciones más directas y visibles del estigma. Estas son las manifestaciones más tangibles y perjudiciales, como burlas, agresiones físicas o la pérdida de redes sociales, que afectan profundamente la calidad de vida y la integridad de quienes

experimentan el estigma. A través de este enfoque, buscamos no solo medir el estigma, sino también entender cómo se manifiesta de forma más evidente y duradera en la experiencia de las personas, para construir una representación más fiel y poderosa del fenómeno.

Al mantener únicamente aquellos ítems con alta carga factorial, priorizamos las experiencias que representan el núcleo fenomenológico del estigma sexual. Este enfoque nos permite centrarnos en los aspectos más centrales y representativos del fenómeno, excluyendo situaciones que, aunque indudablemente graves y relevantes, tienden a ser más contextuales, o menos frecuentes. Incluir estos eventos podría introducir una heterogeneidad innecesaria, lo que a su vez reduce la claridad del factor general.

Este criterio no es solo una cuestión de precisión, sino que se alinea perfectamente con el principio de parsimonia. El resultado es un instrumento más breve, focalizado y, sobre todo, más eficaz al medir con precisión el fenómeno central. Así, al reducir el número de ítems sin sacrificar la validez de constructo, conseguimos un modelo más claro y sólido.

Un conjunto reducido de ítems, pero con alta saturación, ofrece beneficios importantes. Primeramente, mejora la interpretación dado que se centra únicamente en indicadores más robustos, así mismo, es más práctico y accesible. Por otro lado, facilita la comparación, dado que es más conciso y estandarizado, lo que aumenta la capacidad de generalización de los resultados. Y aumenta la fiabilidad, dado que se puede contar con un conjunto de indicadores coherentes y bien definidos, se incrementa la probabilidad de obtener índices de fiabilidad elevados.

Asimismo, los expertos coincidieron en que la reducción del número de ítems no compromete la cobertura conceptual del constructo, ya que los reactivos retenidos capturan el núcleo fenomenológico del estigma sexual, permitiendo una medición en diferentes contextos.

Conclusión

La presente investigación ha logrado construir una escala robusta y válida para medir el estigma sexual, basándose en un enfoque riguroso que asegura la consistencia y precisión del instrumento. A través del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y la selección cuidadosa de ítems con cargas factoriales iguales o superiores a .50, se ha optimizado la estructura de la escala, garantizando que los ítems seleccionados reflejen de manera fiel el constructo latente del estigma sexual. Este enfoque metodológico ha permitido una representación clara y confiable de las diferentes dimensiones del estigma sexual, lo que proporciona una herramienta adecuada para evaluar este fenómeno en contextos sociales y psicológicos.

En este sentido, la escala ha demostrado altos índices de fiabilidad, reflejados en los valores de alfa de Cronbach, lo que refuerza su consistencia interna. Esto asegura que el instrumento no solo mide lo que pretende medir, sino que lo hace de forma consistente y estable. Este instrumento resulta ser valioso para la investigación en ámbitos sociales, psicológicos y sociológicos, especialmente para estudiar la experiencia de estigmatización de la población HSH. Los resultados obtenidos de la aplicación de esta escala pueden proporcionar datos fundamentales para comprender cómo el estigma sexual se manifiesta en diferentes contextos socioculturales y geográficos. A su vez, la información derivada de su uso puede servir como base para el diseño de próximas investigaciones.

Recomendaciones

Se sugiere que esta escala sea aplicada en diversas poblaciones y contextos socioculturales con el fin de explorar en mayor profundidad la extensión y las variaciones del estigma sexual en distintos grupos. Al hacerlo, se obtendrá una visión más integral del fenómeno, permitiendo identificar las particularidades de cada contexto y adaptar las intervenciones de manera más precisa y efectiva. Esta flexibilidad en la aplicación de la escala proporcionará una mayor comprensión de cómo el estigma se manifiesta en diferentes realidades, lo que facilitará el diseño de estrategias más adecuadas y contextualizadas.

Además, se recomienda extender el uso de la escala a muestras más amplias y diversas, lo que no solo contribuiría a validar sus propiedades psicométricas, sino también a comprobar su capacidad para detectar diferencias significativas en la experiencia del estigma según variables como el género, la edad, la etnia y la orientación sexual. Al ampliar el rango de personas evaluadas, se podrá obtener una representación más fiel y rica de las diversas experiencias de estigmatización, lo que fortalecerá la utilidad y la precisión del instrumento.

Una vez que se disponga de los resultados derivados de la medición del estigma sexual, se propone la implementación de programas educativos y de sensibilización en ámbitos sociales clave como escuelas, universidades y lugares de trabajo. Estos programas serían fundamentales para reducir la discriminación y fomentar un ambiente inclusivo y respetuoso hacia las personas HSH. A través de intervenciones sistemáticas en estos entornos, se podría generar un cambio cultural significativo, promoviendo la aceptación y el respeto por la diversidad sexual.

Otro aspecto relevante es la sugerencia de realizar estudios longitudinales con esta escala para monitorear la evolución del estigma sexual a lo largo del tiempo. Este tipo de investigaciones permitiría observar cómo las dinámicas de estigmatización cambian en respuesta a intervenciones sociales y políticas, ofreciendo datos valiosos sobre qué medidas son más efectivas para reducir el estigma en diferentes periodos.

Aunque la escala ya ha demostrado ser confiable y válida, es importante continuar con su revisión y ajuste conforme avance la comprensión del fenómeno del estigma sexual y cambien las necesidades de las comunidades afectadas. Este proceso de actualización constante garantizará que el instrumento se mantenga relevante, adaptado a nuevas realidades y, sobre todo, útil para la medición precisa del estigma sexual, permitiendo que siga siendo una herramienta clave en la investigación y en la promoción de una sociedad más inclusiva y equitativa.

Referencias

- Arabi-Mianrood, H., Shahhosseini, Z., & Hosseini, M. (2022). The association between body image, emotional health, relationships, and unhealthy dietary behaviors among medical sciences students: A structural equation modeling analysis. *Neuropsychopharmacology Reports*, 42(1), 485–491. <https://doi.org/10.1002/npr2.12291>
- Baez, H. F., Márquez, V. M., Benavides, T. R., & Nava, N. V. (2019). Discriminación social y conducta sexual de hombres que tienen sexo con hombres en América Latina: Una revisión sistemática. *Cultura De Los Cuidados*, 23(55), 113–125. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.11>

- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 212–217. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004>
- Catalán-Gómez, C. A., Benavides-Torres, R. A., Onofre-Rodríguez, D. J., & Cárdenas-Villareal, V. M. (2024). Conductas sexuales en hombres con exceso de peso que tienen sexo con hombres. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 4(4), 21–28. <https://doi.org/10.33326/27905543.2024.4.2153>
- Catalán-Gómez, C. A., Moya, E., Gómez-Rodríguez, G., & Chávez-Baray, S. (2025). Experiencias de conducta sexual en hombres que relaciones sexuales con hombres con obesidad. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 50(1), 16-24. <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i1.6790>
- Dada, D., Abu-Ba'are, G. R., Turner, D. A., Mashoud, I. W., Owusu-Dampare, F., Apreku, A., Ni, Z., Djiadeu, P., Aidoo-Frimpong, G., Zigah, E. Y., Nyhan, K., Nyblade, L., & Nelson, L. E. (2024). Scoping review of HIV-related intersectional stigma among sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*, 14, e078794. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078794>

- Obertament. (2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. *Taula d'entitats del Tercer Sector de Catalunya*, 26, 1-18. https://consaludmental.org/publicaciones/Estrategia_lucha_estigma_salud_mental.pdf
- Frías, S. M. (2019). Hostigamiento y acoso sexual. El caso de una institución de procuración de justicia. *Estudios Sociológicos De El Colegio De México*, 38(112), 103–139. <https://doi.org/10.24201/es.2020v38n112.1745>
- García, F. J. (2024). *Barreras para la atención en salud para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en Bogotá D.C.* (Tesis de Maestría en Estudios Interdisciplinarios Sobre Desarrollo). Universidad de los Andes. <https://hdl.handle.net/1992/74638>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Jiménez-Rivagorza, L., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., & Rafful, C. (2024). HIV-Related Stigma and Treatment Adherence Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men Who Use Crystal Meth in the Metropolitan Area of Mexico City. *Archives of sexual behavior*, 53(4), 1561–1574. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02816-6>
- Korhonen, C. J., Flaherty, B. P., Wahome, E., Macharia, R., Musyoki, H., Battcharjee, P., Kimani, S. N., Doshi, S., Mathenge, M., Lorway, R., Sanders, E. J., Graham, S. M. (2022). Validity and reliability of the Neilands sexual stigma scale among Kenyan gay, bisexual, and other men who have

- sex with men. *BMC Public Health*, 22(754), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13066-3>
- Leluțiu-Weinberger, C., Rendina, H. J., Mirandola, M., Gios, L., Folch, C., Rafila, A., & Pachankis, J. E. (2019). The Role of Gay-Related Stigma in HIV-Risk Behavior Among Sexual Minority Men in Europe. *AIDS and behavior*, 23(3), 684–694. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2306-z>
- Leonard, S. I., Sharma, Y., Hughes, T. L., Jackman, K. B., & Bruzzese, J.M. (2024). Weight stigma and mental and emotional health among sexual and gender minority individuals: A scoping review. *LGBT Health*, 11(7), 496-513. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2023.0025>
- Liu, X., & Conlin, S. E. (2025). Experienced weight stigma among Asian, Black, and Latinx sexual and gender minorities: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 383, 118412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118412>
- López, C. H., Blackwell, C. W., & Schrimshaw, E. W. (2022). Paradoxical obesity and overweight disparities among sexual minority men: A meta-analysis. *American Journal of Men's Health*, 16(1), 1–20. <https://doi.org/10.1177/15579883221095387>
- Lorenzi, G., Miscioscia, M., Ronconi, L., Pasquali, C. E., & Simonelli, A. (2015). Internalized Stigma and Psychological Well-Being in Gay Men and Lesbians in Italy and Belgium. *Social Sciences*, 4(4), 1229-1242. <https://doi.org/10.3390/socsci4041229>
- Malone, S., Counts, L., Zobotka, L., Williams, A., Loecher, N., Wynja, K., Bryan, G., Tanner, R., Cáceres-Serrano, A., Ferrara, G., Fuentes, L., Bilbeisi, T.,

- Maheu, M., Oelkers, B. K., Ogwo, M., Yaeger, L., Agulnik, A., Graetz, D., & RESPECT Team. (2025). Stigma measurement in health: A systematic review. *eClinicalMedicine*, 86, 103360. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103360>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mora-Ríos, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 303–312. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a4.pdf>
- Moskowitz, A., & Seal, W. (2011). Self-esteem in HIV-positive and HIV-negative gay and bisexual men: Implications for risk-taking behaviors with casual sex partners. *AIDS and Behavior*, 15(3), 621–625. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4106146/>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Klein, D. N., & Bränström, R. (2023). The Role of Shame in the Sexual-Orientation Disparity in Mental Health: A Prospective Population-Based Study of Multimodal Emotional Reactions to Stigma. *Clinical psychological scienc*, 12(3), 486–504. <https://doi.org/10.1177/21677026231177714>
- Pachankis, J. E., Mahon, C. P., Jackson, S. D., Fetzner, B. K., & Bränström, R. (2020). Sexual orientation concealment and mental health: A conceptual and meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 146(10), 831–871. <https://doi.org/10.1037/bul0000271>

- Padilla, M. A., Schlappi, L. M., & Chiang, E. S. (2025). The Perceived Internalized Sexual Stigma Measure (PrISSM): A new sexual stigma measure for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Behavioral Sciences*, 15(9), 1228. <https://doi.org/10.3390/bs15091228>
- Pereira, H. (2021). Sexual health determinants of normal weight, overweight, and obese sexual minority men. *Journal of Obesity*, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.1155/2021/1272316>
- Pereira, H. (2022). The impacts of sexual stigma on the mental health of older sexual minority men. *Aging & Mental Health*, 26(6), 1281–1286. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1916883>
- Pereyra-Girardi, C. I., Páez-Vargas, N., Ronchieri-Pardo, C., & Trueba, D. A. (2019). Validación de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 37(2), 473–493. <https://doi.org/10.18800/psico.201902.005>
- Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2012), The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17, 941-964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., Pearl, R. L., Wojtanowski, A. C., & Foster, G. D. (2019). Weight Stigma Among Sexual Minority Adults: Findings from a Matched Sample of Adults Engaged in Weight Management. *Obesity*, 27(11), 1906–1915. <https://doi.org/10.1002/oby.22633>
- Quesada, C. M. (2025). Quesada Cubo, M. de los Ángeles. (2025). Análisis comparativo del estigma en salud mental en profesionales y población general: aproximación desde el trabajo social. Documentos De Trabajo

- Social. *Revista de trabajo social y acción social*, 67.
<https://revistas.uma.es/index.php/DTS/article/view/21536>
- Restrepo, P. J. (2024). Salud psicosocial de la población de gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(3), 262–270.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.010>
- Sánchez, G. M. (2008). *No pasa nada; el hostigamiento sexual, ¿un problema estructural?: El caso de algunas trabajadoras de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)* (Tesis de maestría, Maestría en Estudios de Género). El Colegio de México.
<https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/s4655g888?locale=en>
- Scher, A. (2016). Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans: El impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA / Stigma and discrimination against men who have sex with men (MSM) and transgender women: The impact on vulnerability and risk of HIV/AIDS. *Sit Digital Collections*.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2461
- Smith, G., & Amaro, G. (2021). "No fats, no femmes, and no blacks or asians": The role of body-type, sex position, and race on condom use online. *AIDS and Behavior*, 25(7), 2166–2176.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33389375/>
- Sujan, S. H., Khatri, A., Paudel, K., Gautam, K., Pandey, A., Sharma, S., Dhakal, M., Wickersham, J., & Shrestha, R. (2025). Exploring perceived and enacted stigma with related factors among gay, bisexual, and other men who have sex

with men in Nepal. *Sexual Health*, 22 (04), SH25031.

<https://doi.org/10.1071/SH25031>

Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., el Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., Hosny, N., Huang, F.-X., Kline, S., Kohrt, B. A., Lempp, H., Li, J., London, E., Ma, N., Mak, W. W. S., Makhmud, A., Maulik, P. K., Milenova, M., Morales Cano, G., Ouali, U., Parry, S., Rangaswamy, T., Rüsch, N., Sabri, T., Sartorius, N., Schulze, M., Stuart, H., Taylor Salisbury, T., Vera San Juan, N., Votruba, N., & Winkler, P. (2022). La Comisión de Lancet sobre el fin del estigma y la discriminación en la salud mental. *The Lancet*, 400(10363), 1438–1480.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)

Tinat, K., & Núñez R. M. (2021). Obesidad y género: una propuesta de investigación. *Interdisciplina*, 10(26), e119.

<https://doi.org/10.22201/ceich.24485705e.2022.26.80971>

Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful: A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8–15.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>

Wilberg, M. (2021, mayo 21). Self-stigma, especially around substance use, impedes HIV self-care among gay and bisexual men living with HIV who use drugs. *AIDSmap*. <https://www.aidsmap.com/news/may-2021/self-stigma-especially-around-substance-use-impedes-hiv-self-care-among-gay-and>

Zamorano, M. L., & Rocha, S. T. (2022). Las articulaciones interseccionales de la violencia en experiencias de hombres gais con discapacidad en México | The intersectional articulations of violence in the experiences of gay men with disabilities in Mexico. *Revista Española de Discapacidad*, 10(2), 185–205.
<https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/785>

CAPÍTULO 9

AUTOCUIDADO EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y EMPODERAMIENTO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) MEDIANTE INTERVENCIONES EDUCATIVAS

*Rosalinda Guadarrama-Pérez
María Aracely Márquez-Vega
Raquel Alicia Benavides-Torres
Rosálva del Carmen Barbosa-Martínez
Italia Rivera-Baylón*

Introducción

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es de alto riesgo oncogénico se asocia al cáncer cervicouterino en el 99.7% de los casos. La prevalencia del virus varía según la región geográfica, el grado de lesión y el método de detección, entre otras variables (Juárez, 2020). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es actualmente la enfermedad de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial se estima que hasta 80% de la población sexualmente activa podría tener contacto con éste en algún momento de su vida (Gaceta UNAM, 2024). En 2019, el VPH causó aproximadamente 620 000 casos de cáncer en mujeres y 70 000 en hombres.

La mayor prevalencia de infecciones del cuello del útero por el VPH entre las mujeres se registra en el África Subsahariana (24%), seguida de América Latina y el Caribe (16%), Europa Oriental (14%) y Asia Sudoriental (14%). La prevalencia entre los hombres es sumamente variable, en función de las tendencias sexuales. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas

inmunodeprimidas, las personas con coinfección por otras infecciones de transmisión sexual (ITS), las personas que toman medicamentos inmunodepresores y los niños que han sufrido abusos sexuales.

En México existen aproximadamente 25 millones de mujeres infectadas con este virus y la cifra aumenta anualmente. La mayor prevalencia en mujeres jóvenes (25 - 45 años), lo que refleja cambios en el comportamiento sexual en los últimos años, es un problema social emocional de gran relevancia en la salud pública, salud sexual y reproductiva (Pérez, 2023). Portar el VPH es resultado de una deficiencia en actividades que las mujeres aprenden y realizan para sí mismas con el fin de mantener su funcionamiento vital y el bienestar.

Desde el enfoque de la Teoría del Déficit de autocuidado de Dorotea Orem existe un equilibrio entre las demandas de autocuidado de un individuo y su capacidad para satisfacerlas; cuando hay un desbalance, surge un déficit que requiere intervención de Enfermería. Por lo anterior, se considera la implementación de intervenciones educativas para el autocuidado en el uso de métodos anticonceptivos y empoderamiento en mujeres diagnosticadas con VPH.

Por lo tanto es necesario mapear como las mujeres infectadas con VPH abordan el autocuidado en el uso de métodos anticonceptivos y empoderamiento, considerando la edad, nivel educativo, ocupación, estado civil, edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, embarazos previos, rol que desarrolla, derechohabencia pública o privada, antecedentes familiares, lugar de nacimiento y de residencia, historia de infecciones de transmisión sexual, estado de vacunación, historia de lesiones precancerosas, nivel de conocimiento sobre el VPH, percepción del riesgo.

Explorar estas variables permitirá comprender de manera más integral el impacto de la infección, así como diseñar intervenciones educativas sobre el autocuidado. Por lo anterior, el objetivo es mapear que intervenciones educativas se han documentado en la literatura científica para autocuidado en el uso de métodos anticonceptivos y empoderamiento en mujeres diagnosticadas con VPH mediante herramientas educativas (plataformas para gestión de aulas y aprendizaje, páginas de diseño de contenido o inteligencia artificial).

Metodología

Diseño. Exploratorio.

Población. Mujeres diagnosticadas con VPH de 25 a 45 años de un hospital de segundo nivel del Estado de México con diagnóstico confirmado, que acepten participar y firmar el consentimiento informado.

Scoping review

Término	Español	Inglés
VPH	“Virus del Papiloma Humano” OR “VPH” OR “Papilomavirus” OR “Verrugas” OR “Papiloma Humano” OR “Condilomas”	“Human Papillomavirus Viruses” OR “HPV” OR “Human Papillomavirus” OR “Human Papilloma Virus” OR “Warts”
Mujeres	“Mujeres” OR “Mujeres diagnosticadas” OR “mujer” OR “Mujeres portadoras” OR “Mujeres Infectadas” OR “Mujeres con infección”	“Women” OR “Woman Health” OR “Woman” OR “Women diagnosed” OR “Woman carries” OR “Woman carries positive” OR “Infected woman” OR “Woman with infection”
Métodos anticonceptivos	“Métodos anticonceptivos” OR “método anticonceptivo” OR “Contracepción” OR “Anticoncepción” OR “Anticonceptivo” OR “Control de la natalidad”	“Contraceptive methods” OR “Contraceptive method” OR “Conception” OR “Contraceptive” OR “birth control”

Autocuidado	“Autocuidado “Autogestión” OR	OR	Self-Care management	OR	self-
Intervención	“Actuación” “Participación” OR “Control”	OR	Performance Participation OR Control	OR	
"intervention" OR "educational intervention" OR "education intervention"					
OR "educative intervention" (All Fields) and "human papillomavirus viruses" OR					
"hpv" OR "human papillomavirus" OR "human papilloma virus" OR "warts" (All					
Fields) and "intervention" OR "educational intervention" OR "education					
intervention" OR "educative intervention" (All Fields) and "women" OR "woman					
health" OR "woman" OR "women diagnosed" (All Fields) and "contraceptive					
methods" OR "contraceptive method" OR "contraceptive agents" OR					
"contraception behavior" OR "contraception" (All Fields)					

Resultados

Intervención/Autor/Año	Método	Muestra	Instrumento	Resultados	Fortalezas	Limitaciones
Intervención educativa en la calidad de vida de pacientes adultos con VPH Bueno et, al (2022)	Estudio descriptivo de tipo longitudinal	50 pacientes adultos infectados por el virus del papiloma humano (VPH) que acudieron al módulo de Detección Oportuna de Cáncer (DOC.), fueron 33 mujeres (66%) y hombres (34%), con un rango de edad entre 20 y 49 años de edad	Entrevista y aplicación previa a la intervención educativa, instrumento tipo cuestionario anónimo adaptado	La intervención modificó reacciones de carácter emocional y social se demostró disminuir reacciones biopsicosociales que generan conflictos en el bienestar	Se modificó el nivel de conocimientos Se ayudó a reemplazar pensamientos disfuncionales, y se modificaron favorablemente las reacciones de carácter emocional y social	Número de participantes, rango de edad, sesgo al responder el instrumento y no responder de forma verídica (respecto al aspecto emocional) por ejemplo
Intervención educativa sobre condiloma en mujeres de 25–59 años Rodríguez et. al (2010)	Estudio de intervención educativa	36 mujeres de 25–59 años del Consultorio Médico de la Familia No. 5 período noviembre de 2008 – junio de 2009	Encuesta antes y después de la intervención paquete estadístico Epiinfo 06.	Modificación de conocimientos de las mujeres sobre condiloma, lo que indica que el programa fue efectivo para mejorar prevención de enfermedades y daños de salud	Visión clara de los antecedentes de la enfermedad Certeza de déficit de conocimiento	Duración de la intervención No se aplica intervención para otros centros de salud y consultorios

Prevención del VPH y cáncer de cuello uterino: Intervención en mujeres colombianas Velez et. al (2025)	Investigación no experimental	641 mujeres de 30 a 59 años de áreas urbanas y nivel económico bajo	Evaluación pre y post intervención sin grupo control	El posttest la mayoría manifestó disposición al autocuidado y aceptación de la vacunación, en prácticas, más del 80% no usaba condón y un alto porcentaje no se había vacunado. En salud mental, el 9,2% reportó ansiedad o depresión y un 3% consumo de sustancias	Disposición por parte de las mujeres para el autocuidado Mejora significativa en conocimiento y su asociación con cáncer cervicouterino	Considerar zona rural y otros niveles económicos
Aplicabilidad de las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre intervenciones de autocuidado en salud reproductiva en países seleccionados de América Latina y el Caribe: un estudio de alcance (Gómez, 2025)	Búsqueda exhaustiva de documentos considerados guías de práctica clínica de planificación familiar y otras guías de temáticas afines en dos estrategias simultáneas (búsqueda sistemática de literatura publicada e indizada y búsqueda de literatura gris).	Países prioritarios para la cooperación técnica en salud reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud en Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Honduras, Perú y Uruguay.	Búsqueda de normativa y programas de política pública se desarrolló durante los meses de agosto y septiembre del 2022 y dio por resultado 477 documento	Se describe la aplicabilidad de las recomendaciones sobre autocuidado en salud reproductiva en una tabla “semáforo” de análisis por país, donde el verde representa la implementación, el amarillo el proceso de implementación, y el rojo la falta de implementación de cada recomendación.	Existen marcos favorables para realizar intervenciones que fomenten la implementación de estrategias de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva.	Más allá de las diferencias entre los países, existe un terreno favorable para realizar intervenciones que fomenten la implementación de estrategias de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva.

Intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para virus del papiloma humano en adolescentes: un estudio de alcance (Orozco, 2018)	Estudio fue experimental	133 adolescentes inscritos en una preparatoria pública del área metropolitana de Monterrey, que declararon haber iniciado vida sexual, se asignaron al grupo de intervención 68 participantes y al control 65	Instrumentos de lápiz y papel (25 preguntas), se realizaron al inicio de la intervención (pretest), al término de la intervención (postest) y a los tres meses de la segunda medición.	La edad promedio del inicio de la vida sexual en el grupo de intervención fue a los 15.40 años (DE = 1.96) y en el control 15.29 (DE = .88). El 55% de los participantes del grupo de intervención refirió haber usado condón en la última relación sexual. En promedio el grupo de intervención mencionó tener 3.32 (DE = 3.19, rango 1-15) parejas sexuales en toda su vida, mientras que los del grupo control 2.70 (DE = 2.85, rango 1-20). Se encontró asociación negativa significativa entre el número de parejas sexuales en los últimos tres meses ($r_s = -.227$, $p = .011$) y la conducta sexual protectora para VPH.	Fue posible incrementar el conocimiento del VPH y su relación con el cáncer, el conocimiento de los derechos sexuales, la autoeficacia para el uso del condón, la intención de implementar un plan de acción para el uso del condón, la intención de implementar un plan de acción para mantener una pareja estable y la conducta sexual protectora para VPH.	Probar la eficacia de la intervención en un mayor número de adolescentes y en otros contextos, con la finalidad de incluirla en un futuro en programas de prevención de VPH en adolescentes.
Importancia del autocuidado en relación con la teoría de D. Orem en pacientes diagnosticados con virus del	Enfoque documental, se aplicó el método analítico y inductivo y deductivo,			Mujeres afectadas desconocen las medidas preventivas resulta fundamental establecer cuidados la toma de conciencia por parte de las pacientes sobre su condición, fomento el	Se utilizaron técnicas de razonamiento inductivo y deductivo para comprender información histórica y	Transitar de enfoque documental a práctico.

papiloma humano (VPH): estudio de alcance (Chávez, 2023)	histórico lógico				autocuidado y contribuya a la adherencia al tratamiento médico	analizar los datos obtenidos.	
Medidas de autocuidado y genotipificación del virus papiloma humano en mujeres de la unidad de patología cervical, Hospital Carlos Van Bureni: un estudio de alcance Gutiérrez et. al (2016)	Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal	Durante el período de abril a septiembre de 2013 se recolectaron semanalmente de una a tres muestras cervicales (cepillados de endo y exocérvis), hasta completar 50, pertenecientes a mujeres que presentaron Pap alterado y que ingresan por primera vez en la Unidad de Patología Cervical	Encuesta, que consiste en un instrumento tipo cuestionario de 33 preguntas cerradas dicotómicas, de opción múltiple y de preguntas mixtas,	26% con edad entre 25-34 años, 58% tiene a lo menos cuarto medio, 66% tuvieron primera relación sexual entre los 15-19 años, 48% presentaron test positivos para VPH alto riesgo, 26% tiene antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual, 26% no se realiza el Pap de forma regular y 90% no utiliza preservativo.	Se reconocieron áreas de oportunidad: falta de uso de preservativo y de Papanicolaou	Tiempo de duración del estudio Número de ítems del cuestionario	
Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en mujeres de edad fértil atendidas en	Estudio descriptivo de corte transversal,	80 mujeres que se encuentran en edad fértil	Instrumento actitudes hacia la sexualidad	El grupo de edad de mayor predominio fue de 20-25 años y el de 26-35 años. Menos del 15% de la población tiene enfermedades crónicas. El	Las variables de estudio están los diferentes tipos de factores laboral, familiar, cultural y	Se debe continuar con modelo de salud familiar y comunitaria que garantice	

el Hospital Amistad Japón, Granada, período de Enero-Marzo 2019 (Fuentes, 2020)					100% de las mujeres se ha realizado la prueba de VIH, el test del PAP y métodos anticonceptivos.	ambiental.	la accesibilidad de todos los servicios de salud a todas las mujeres
Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres con virus del papiloma humano: un estudio de alcance (Izquierdo, 2008)	Cuantitativa, transversal	30 mujeres con diagnóstico VPH	Instrumento cuya estructura fue de 20 reactivos de respuesta de opción múltiple y dicotómicas, donde se evaluaron las prácticas de autocuidado con un análisis de fiabilidad con Alpha de Crombach de .8109.	Se evidencia que el VPH es uno de los principales problemas que se da en un grupo de mujeres de la segunda etapa de la vida, independiente del estatus socioeconómico. De acuerdo con los resultados de cruce de variables, aplicando la correlación Pearson se encontró una correlación significativa (r=625, p=.000) en las mujeres que asisten a su cita de control médico en la práctica de autocuidado ante las infecciones vaginales con una correlación (r= .625, p= .000).	Correlación importante entre las variables de estudio	Número de la muestra	
Factores para la autoeficacia en uso del condón en portadoras del	Estudio descriptivo, transversal y correlacional	Muestreo fue por conveniencia, con un total de 201mujeres.	Los instrumentos aplicados fueron la cédula de	Mujeres con edad promedio de 30 años (DE=13.12), el 49.3% solteras, pero en una	Se ha reportado que a mayor edad la estabilidad en su	Se ha reportado la baja autoeficacia	

virus papiloma humano: estudio alcance	del en una población de mujeres portadoras del VPH,	datos personales y la dimensión autoeficacia para el uso del condón de la Escala de Autoeficacia para el Sida (SEA-27).	relación de sexual estable (75.1%).	relación de para el uso de pareja es de más del condón años, y esto por parte de favorece al grado la población de compromiso de estudio. social, pero hay una baja autoeficacia para el uso del condón.
--	---	---	-------------------------------------	--

A continuación, se realiza una síntesis de la revisión de la literatura encontrada como puede observarse resulta necesario la creación de intervenciones dirigidas a mujeres en edad fértil con diagnóstico confirmado de VPH, puesto que en su mayoría las intervenciones están dirigidas hacia adolescentes y jóvenes universitarios:

Sección PRISMA- ScR	tem a	Descripción PRISMA-ScR	Síntesis del estudio
TITLE	1	Identificación del estudio como revisión de alcance	Todos los estudios se identifican explícitamente como <i>estudios de alcance</i> enfocados en intervenciones educativas, autocuidado, empoderamiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres con VPH.
ABSTRACT	2	Resumen estructurado	Los estudios describen objetivo, población, metodología, intervención y resultados, destacando mejoras en conocimiento, autocuidado, calidad de vida y conductas sexuales protectoras.
INTRODUCTION	3	Justificación (Rationale)	Existe una brecha de evidencia en intervenciones educativas dirigidas a mujeres adultas con VPH, ya que la mayoría de los estudios previos se centran en niñas y adolescentes.
	4	Objetivos	Mapear intervenciones educativas relacionadas con autocuidado, empoderamiento y métodos anticonceptivos en mujeres diagnosticadas con VPH en América Latina.
METHODS	5	Protocolo y registro	Los estudios incluidos cuentan con disponibilidad en revistas científicas y repositorios institucionales; no todos presentan registro previo formal.
	6	Criterios de elegibilidad	Publicaciones entre 2015–2025, en idioma español, disponibles a texto completo y relacionadas con VPH, autocuidado e intervención educativa.
	7	Fuentes de información	Scielo, PubMed, Dialnet, Redalyc, Google Académico y repositorios universitarios nacionales e

RESULTS	8	Estrategia búsqueda	de	internacionales. Uso de palabras clave y conectores booleanos relacionados con VPH, autocuidado, métodos anticonceptivos, empoderamiento e intervención educativa.
	9	Selección fuentes	de	Selección de estudios relacionados con mujeres con VPH, intervenciones educativas y autocuidado; exclusión de estudios no pertinentes al objetivo.
	10	Proceso extracción de datos	de	Uso de cuestionarios, encuestas y revisión documental; selección por conveniencia y análisis descriptivo.
	11	Variables analizadas		Autocuidado, métodos anticonceptivos, empoderamiento, mujeres con VPH, intervenciones educativas.
	12	Evaluación crítica		No se realizó evaluación crítica de las fuentes de evidencia (no aplica en esta revisión).
	13	Síntesis resultados	de	Se identificaron 10 estudios que evidencian mejoras en conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado tras intervenciones educativas.
	14	Selección estudios	de	Se incluyeron 10 estudios, principalmente de México y América Latina, desarrollados en los últimos 10 años.
	15	Características de los estudios	de	Diseños descriptivos, transversales, experimentales y documentales, con muestras entre 30 y 641 participantes.
	16	Evaluación dentro de los estudios		No se reporta evaluación crítica de calidad metodológica.
	17	Resultados individuales		Incremento del conocimiento sobre VPH, mejora de actitudes hacia el autocuidado, baja autoeficacia para uso del condón y presencia de barreras emocionales.
	18	Síntesis global		Las intervenciones educativas muestran efectos positivos, aunque persisten brechas en empoderamiento y uso consistente de métodos anticonceptivos.
DISCUSSION	19	Resumen de la evidencia	de la	Predominan intervenciones educativas lideradas por enfermería, centradas en orientación verbal, autocuidado y prevención secundaria.
	20	Limitaciones		Escasa literatura enfocada exclusivamente en mujeres adultas con VPH; predominio de estudios

	21	Conclusiones	preventivos en adolescentes. Las intervenciones educativas son clave para fortalecer el autocuidado y empoderamiento en mujeres con VPH, identificándose un vacío de investigación en mujeres en edad reproductiva.
FUNDING	22	Financiamiento	Recursos propios y apoyo institucional; no se reporta influencia de financiadores en los resultados.

Discusión

Palacios, et al (2021) menciona que las mujeres tienen conocimiento que el preservativo es una medida preventiva para el VPH, pero la mayoría nunca lo utilizan, la población de estudio tiene conocimiento sobre el virus del papiloma humano, sin embargo, existe un porcentaje significativo que no lo tiene, es necesario educarlas. Torres (2025) menciona que el nivel de conocimiento encontrado en las mujeres respecto al VPH fue medio, por lo que se deben mejorar los conocimientos a través de intervenciones.

Abordar adolescentes, jóvenes universitarios donde se considera un enfoque hacia la prevención primaria y promoción de la salud en el VPH es importante, sin embargo, atender la prevención secundaria desde un enfoque de intervención en mujeres con diagnóstico confirmado es prioritario dado que permitira a largo plazo un empoderamiento de su salud. De acuerdo con lo anterior, es posible que aplicar una intervención educativa en el uso de métodos anticonceptivos afecte positivamente al empoderamiento en mujeres con VPH.

Conclusiones

Resulta necesario considerar el universo de estudio en mujeres de 25 a 45 años con diagnóstico de VPH hasta el momento no se ha localizado evidencia científica en este rango de edad por lo que se requiere saber que acciones se deben realizar para mujeres que viven día a día con un diagnóstico confirmado, para poder responder a sus demandas de salud y conocer sus necesidades a fin de que a largo plazo puedan empoderar su salud.

.

Referencias

- Briones Rengifo, H. (2024). Importancia del autocuidado en relación con la teoría de Dorem en pacientes diagnosticadas con virus del papiloma humano (VPH). [Tesis de Licenciatura. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí]. Repositorio ULEAM <https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/7643>
- Bueno Brito C. (2022). Impacto de una intervención educativa en la calidad de vida de pacientes adultos, infectados por virus del papiloma humano (VPH). Revista dilemas contemporáneos, 9(3), 1-24. DOI: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i3.3215>
- Espinoza, C. (2020). Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva en mujeres de edad fértil atendidas en el Hospital Amistad Japón, Granada, período de enero - marzo 2019. [Monografía para optar al título de Médico y cirujano. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua] Repositorio UNAN. <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/13476/1/13476.pdf>
- Gómez Ponce de León R. (2025). Aplicabilidad de las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre intervenciones de autocuidado en salud reproductiva en países seleccionados de América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública. 49(1), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.56>
- Gutiérrez Gutiérrez C. (2016). Medidas de autocuidado y genotipificación del virus papiloma humano en mujeres de la Unidad de Patología Cervical, Hospital Carlos Van Buren. Revistas académicas de la universidad de Chile 20(1), 19-28, DOI: <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2016.39292>
- Gurrusquieta Borja T. (2008). Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres con VPH.

[Tesis de Maestría. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo] Repositorio UMSNH

http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/5615/FE-M-2008-0007.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Guerra Rodríguez, G. (2024). Factores para la autoeficacia en uso del condón en portadoras del virus del papiloma humano. *Revista Horizonte sanitario*, 23(2), 331-336.
<https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5820>

Orozco Gómez C. (2023). Intervención educativa para incrementar la conducta sexual protectora para virus del papiloma humano en adolescentes. [Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de Nuevo León]. URI: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/25328>

Rodríguez Mendoza L. (2010). Intervención educativa sobre condiloma en mujeres de 25-59 años. *Revista Información científica*, 68(4), 1-9.
<https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/544>

Vélez Álvarez C. (2025). Prevención del VPH y Cáncer de Cuello Uterino: Barreras y Avances Tras una Intervención en Mujeres Colombianas. *Revista EIA*. 22(44), 1-22.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10314956.pdf>

CONDUCTAS SEXUALES, CONTEXTOS
Y MEDICIÓN EN POBLACIONES VULNERABLES
DE
DORA JULIA ONOFRE-RODRÍGUEZ
RAQUEL ALICIA BENAVIDES-TORRES

.