

# Atención y cuidados multidisciplinarios para las conductas en salud



Alma Angélica Villa Rueda  
Claudia Jennifer Domínguez Chávez  
Yolanda Viridiana Chávez Flores  
*Coordinadores*  
Natalia Isabel Manjarres Posada  
*Prologuista*



# **Atención y Cuidados Multidisciplinarios para las Conductas en Salud**





# **Atención y Cuidados Multidisciplinarios para las Conductas en Salud**

Alma Angélica Villa Rueda  
Claudia Jennifer Domínguez Chávez  
Yolanda Viridiana Chávez Flores  
*(Coordinadoras)*



*Atención y cuidados multidisciplinarios para las conductas en salud* / Yolanda Viridiana Chávez Flores, Claudia Jennifer Domínguez Chávez, Alma Angélica Villa Rueda, coordinadoras; prologuista, Natalia Isabel Manjarres Posada. Mexicali, Baja California: Universidad Autónoma de Baja California: Astra Ediciones, 2025..

416 p.: il. col. gráficas, fots.; 23 cm.

1 recurso en línea, 416 p.: il. col. gráficas, fots.

Universidad Autónoma de Baja California

ISBN: **978-607-640-035-7**

Formato impreso

ISBN: **978-607-640-036-4**

Formato Digital: Descarga y *online*

Astra Ediciones

ISBN: **978-607-8964-27-7**

Formato impreso

ISBN: **978-607-8964-28-4**

Formato Digital: Descarga y *online*

1. Comportamiento de salud. 2. Estilos de vida: aspectos de salud. 3. Promoción de la salud. I. Chávez Flores, Yolanda Viridiana, coord. II. Domínguez Chávez, Claudia Jennifer, coord. III. Villa Rueda, Alma Angélica, coord. IV. Manjarres Posada, Natalia Isabel, pról. V. Universidad Autónoma de Baja California. VI. t.

RA776.9 A84 2025

D. R. © copyright 2025. Alma Angélica Villa Rueda, Claudia Jennifer Domínguez Chávez y Yolanda Viridiana Chávez Flores.

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256845>



Esta publicación fue evaluada por personas pares académicas, mediante un proceso a doble ciego. El Comité Evaluador se encuentra enlistado en la parte final del libro.

Este libro se hizo por medio del trabajo coordinado del Cuerpo Académico "Atención y Cuidado Multidisciplinar" (UABC-Facultad de Enfermería de la UABC).

Un especial agradecimiento para estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UABC Joana Paola Cristerna Lecuona y Alexis Javier González Saldaña por su invaluable apoyo en la logística de esta obra.

Edición y corrección: **Astra ediciones**



Todos los contenidos de esta publicación, se comparten bajo la licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (**CC BY-NC-SA 4.0**). Esto implica que no está autorizado el uso comercial de la obra original ni de las eventuales obras derivadas, las cuales deberán distribuirse bajo la misma licencia que rige la obra original. No obstante, se permite a terceros compartir el contenido siempre y cuando se reconozca debidamente la autoría y la publicación original en esta editorial.

**Universidad Autónoma de Baja California**

Dr. Luis Enrique Palafox Maestre  
**Rector**

Mtra. Edith Montiel Ayala  
**Secretaria general**

Dra. Lus Mercedes López Acuña  
**Vicerrectora Campus Ensenada**

Dr. Jesús Adolfo Soto Curiel  
**Vicerrector Campus Mexicali**

Dra. Haydeé Gómez Llanos Juárez  
**Vicerrectora Campus Tijuana**





## Contenido

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| <b>Prólogo .....</b> | <b>15</b> |
|----------------------|-----------|

### **Capítulo 1**

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Conocimiento, autoeficacia y negociación sexual: Tres Enfoques en la prevención de ITS/VIH..... | 19 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

*Vega Campos, Iliana Patricia*

*Barbosa Martínez, Rosalva del Carmen*

*Valle Solís, Martha Ofelia*

*Medina Barragán, Ramona Armida*

### **Capítulo 2**

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Beneficios, creencias y barreras sobre la prueba rápida de VIH en jóvenes universitarios..... | 43 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|

*Castillo Arcos, Lubia del Carmen*

*Noh Moo, Pedro Moisés*

*Telumbre Terrero, Juan Yovani*

*Maas Góngora, Lucely*

### **Capítulo 3**

|                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Los factores sociales que influyen en la conducta anticonceptiva de las adolescentes: Una revisión narrativa ..... | 59 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

*Rodríguez Ávila, Alejandra*

*Luna Ferrales, Clarisa*

### **Capítulo 4**

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Adaptación comunitaria de la intervención Respeto M-Salud para la prevención del VIH..... | 85 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|

*Hernández Torres, José Luis*

*Rodríguez Vázquez, Nancy*

*Cárdenas Cortés, Adriana Mayela*

*Rosales Hernández, Karla Karina*

## **Capítulo 5**

Conocimiento sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres que tienen sexo con mujeres..... 103

*Cota Molina, María Fernanda*

*Esquivel Rubio, Abraham Isaac*

*Ramírez Barajas, María Fernanda*

## **Capítulo 6**

Experiencia del rol de la mujer cuidadora familiar de niños y niñas con autismo..... 123

*García Morán, Gretel Alexandra*

*González Soto, Cinthia Elizabeth*

*López Lizárraga, Lucrecia Monserrat*

## **Capítulo 7**

Intervenciones sobre comunicación sexual en familias con integrante con discapacidad: revisión integrativa..... 141

*Mendoza Armenta, Mayra*

*Valdez Montero, Carolina*

*Gámez Medina, Mario Enrique*

*Ahumada Cortez, Jesica Guadalupe*

## **Capítulo 8**

Conocimiento sobre salud sexual y control conductual percibido de migrantes en tránsito..... 163

*Tizoc Márquez, Arodi*

*González Vázquez, Annel*

*Moreno Monsiváis, María Guadalupe*

*Villa Rueda, Alma Angélica*

## **Capítulo 9**

Comunicación intergeneracional como estrategia para disminuir el estrés académico en juventudes ..... 177

*Quijas Cristerna, Elsa Yarely*

*Chávez Flores, Yolanda Viridiana*

*Quijas Cristerna, Sandra Patricia*

## Capítulo 10

Duelo migratorio y salud mental: capacitación de facilitadoras comunitarias para el cuidado integral ..... 197

*Cruz Ruiz, Alondra*

*Chávez Flores, Yolanda Viridiana*

*Siqueiros Frayre, Oscar*

## Capítulo 11

Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes mexicanos ..... 215

*Rivera Fierro, Karina*

*López Arellano, Angelica Susana*

*López García, Karla Selene*

*Aragón Sánchez, Jorge Adrián*

## Capítulo 12

Ambiente social y consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes 231

*Reyes Sánchez, Carlos*

*Martínez Aguilera, Perla*

*Sáenz Hernández, Elizabeth*

## Capítulo 13

Factores predisponentes al déficit de autocuidado en usuarios con diabetes en atención primaria ..... 245

*Rodríguez Santamaría, Yari*

*Gutiérrez Valverde, Juana Mercedes*

*Juárez Medina, Lilitana Leticia*

*Yañez Castillo, Brenda Guadalupe*

## Capítulo 14

Determinantes de calidad de vida en adultos mexicanos con hemofilia ..... 263

*Aguiar Palacios, Luis Horacio*

*Magallanes Rodríguez, Ana Gabriela*

*Osuna Encinas, Denisse Ariana*

*Martínez Alvarado, Julio Román*

## **Capítulo 15**

Calidad de vida, salud bucal y aspectos psicosociales en población mexicana con hemofilia ..... 281

*Osuna Encinas, Denisse Ariana*

*Aguiar Palacios, Luis Horacio*

*Carrillo Vázquez, Ana Gabriela*

*Castillo Martínez, Nydia Alejandra*

## **Capítulo 16**

Afrontamiento, salud oral y estrés en personas mexicanas con hemofilia ..... 301

*Bobadilla Dávila, Vicente Elihu*

*Aguiar Palacios, Luis Horacio*

*Osuna Encinas, Denisse Ariana*

*Rodríguez Fuentes, Karina*

## **Capítulo 17**

Prácticas alimentarias familiares y estado nutricional de personas adultas mayores ..... 321

*Cruz Quevedo, Juana Edith*

*Tolen Sosa, Itzel G.*

*Tenorio Gómez, Marcela*

*Velásquez Domínguez, Francisca*

## **Capítulo 18**

Ferias interactivas como modelo multidisciplinario dirigido a grupos vulnerables en Baja California ..... 337

*Candolfi Arballo, Ofelia*

*Vidal Gutiérrez, Ximena*

*Rodríguez Fuentes, Karina*

*Ontiveros Duries, Manuel*

## Capítulo 19

Teoría de las transiciones sobre cuidado materno y perinatal: Análisis y evaluación ..... 355

*Valenzuela Araujo, Lucía*

*Manjarres Posada, Natalia Isabel*

*Gómez Rodríguez, Gustavo Alfredo*

*Gámez Medina, Mario Enrique*

## Capítulo 20

Intervenciones digitales dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes: Scoping Review ..... 379

*Caudillo Ortega, Lucía*

*Montañez Frausto, María Aurora*

*Morales Álvarez, Clara Teresita*

*Moreno Pulido, Ma. Elvira*

## Capítulo 21

Intervenciones de enfermería en duelo perinatal: Revisión sistemática ..... 397

*Gonzalez Olquin, Fernanda Gersain*

*Morales Alducin, Monserrat*

*Ramírez Giron, Natalia*



## Prólogo

El cuidado ha cobrado una centralidad renovada en las ciencias de la salud. En un contexto global donde los sistemas sanitarios enfrentan desigualdades persistentes y desafíos de sostenibilidad, la Organización Mundial de la Salud ha subrayado la necesidad de transitar hacia modelos que reconozcan a las personas como el eje de toda acción sanitaria, articulando la atención con la promoción, la prevención y la rehabilitación en un continuo que asegure bienestar integral. Bajo esta visión, la salud se concibe como un proceso dinámico y relacional que se construye en los espacios donde las personas viven, aprenden, trabajan y se cuidan mutuamente.

La atención y cuidados multidisciplinarios para las conductas de salud se enmarcan en ese horizonte. Estas páginas proponen mirar las conductas de salud como expresiones concretas del cuidado: prácticas humanas que combinan saber, intención y vínculo. Al hacerlo, desplazan la mirada tradicional centrada en la enfermedad o la atención aislada y plantean una comprensión más amplia del proceso salud/enfermedad/cuidado, en el que el bienestar se construye desde la integración de dimensiones físicas, emocionales y sociales que dan sentido al acto de cuidar. La salud deja de ser solo el resultado de intervenciones clínicas para asumirse como un fenómeno compartido que involucra decisiones, emociones, significados y relaciones.

Con esta perspectiva, el libro ofrece un recorrido por diversas aproximaciones al cuidado entendido como experiencia y como práctica científica. Parte de la premisa de que cuidar no es únicamente asistir, sino acompañar, sostener y crear condiciones para el bienestar. En la pérdida o en la recuperación de la salud, como han mostrado diversas investigaciones en torno al autocuidado y la salutogénesis, las personas despliegan trayectorias de adaptación y aprendizaje que integran el conocimiento adquirido, la experiencia previa y los recursos disponibles en su entorno.

Comprender esas trayectorias permite reconocer que las conductas de salud no son reacciones aisladas, sino procesos que se construyen en la vida cotidiana y en diálogo con los demás.

Los capítulos que integran este libro ofrecen una visión plural y complementaria de esos procesos. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, se analizan intervenciones que fortalecen la autonomía, la comunicación y la equidad. En el campo de las enfermedades crónicas y las condiciones especiales de salud, se abordan las dimensiones emocionales, familiares y sociales que acompañan el afrontamiento y la calidad de vida. En los capítulos dedicados a la salud mental y el bienestar psicosocial, el cuidado aparece como un espacio de contención y sentido, donde las redes y la espiritualidad actúan como recursos protectores. Finalmente, los capítulos centrados en la promoción de la salud y el cuidado comunitario muestran cómo la acción interdisciplinaria y la participación social amplían las posibilidades de cuidado en la comunidad y en los distintos ámbitos de la atención en salud.

Esta clasificación temática se sostiene en una base empírica amplia y diversa. El libro reúne estudios con enfoque cuantitativo, cualitativo y participativo que exploran la complejidad de las conductas de salud desde diferentes perspectivas. Incluye revisiones sistemáticas y de alcance, diseños descriptivos, correlacionales e intervenciones basadas en evidencia, junto con experiencias participativas y enfoques de investigación aplicada. Las poblaciones estudiadas abarcan adolescentes, personas adultas y mayores, comunidades rurales y urbanas, así como grupos en situación de vulnerabilidad social o con condiciones de salud específicas. Esta variedad de enfoques y contextos refleja la amplitud metodológica y el compromiso ético de las autoras y autores con una ciencia del cuidado sensible a la realidad social y cultural de nuestra región.

En conjunto, estos capítulos ofrecen una mirada actual sobre el cuidado, entendido como proceso que articula la salud, la vida cotidiana y los vínculos sociales. Desde esta perspectiva, el libro invita a comprender las conductas de salud no como respuestas individuales, sino como expresiones colectivas del cuidado: formas en que las personas, las familias y las comunidades sostienen la vida y construyen bienestar a través del conocimiento, la práctica y la cooperación.



Atención y cuidados multidisciplinarios para las conductas de salud es, por tanto, un texto que integra evidencia, reflexión y compromiso social. Su lectura ofrece al lector un recorrido ordenado y coherente, guiado por un hilo común: el reconocimiento del cuidado como fundamento científico y ético de la salud. En tiempos en que los sistemas enfrentan el reto de ser más humanos y sostenibles, este libro invita a seguir construyendo, desde la práctica y la investigación, nuevas formas de comprender, enseñar y ejercer el cuidado en los distintos escenarios de la vida y la salud.

**DCE. Natalia Isabel Manjarres Posada**  
*Instituto Regional de Investigación en Salud Pública*  
*Departamento de Salud Pública*  
*Centro Universitario de Ciencias de la Salud*  
*Universidad de Guadalajara*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256852>





# Capítulo 1

---

## **Conocimiento, autoeficacia y negociación sexual: Tres Enfoques en la prevención de ITS/VIH**

*Vega Campos, Iliana Patricia* <sup>1</sup>

*Barbosa Martínez, Rosalva del Carmen* <sup>2</sup>

*Valle Solís, Martha Ofelia* <sup>3</sup>

*Medina Barragán, Ramona Armida* <sup>4</sup>

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256869>



---

<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3602-0639>, Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit

<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4868-0722>, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8772-6549>, Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit

<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6252-7834>, Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de tres enfoques en la prevención de ITS/VIH en mujeres jóvenes a través del análisis de conocimientos, autoeficacia para el uso del condón y la capacidad de negociación sexual. **Metodología:** Ensayo controlado aleatorizado con 42 mujeres, distribuidas en tres grupos. Las intervenciones incluyeron actividades individuales y grupales, evaluando variables como conocimientos sobre ITS/VIH, autoeficacia para el uso del condón y capacidad de negociación sexual. **Resultados y conclusiones:** Se obtuvieron incrementos significativos en el conocimiento sobre ITS y habilidades de negociación sexual en los grupos con intervención basada en habilidades. Sin embargo, no se observaron cambios relevantes en la autoeficacia para el uso del condón, destacando la necesidad de estrategias más específicas. Este estudio refuerza la importancia de programas educativos integrales, culturalmente adaptados, que combinen información teórica con habilidades prácticas para maximizar su impacto en salud sexual.

## Introducción

La prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) continúa siendo un reto prioritario para la salud pública, con un impacto notorio en la población juvenil. Más de medio millón de personas se contagian diariamente de alguna ITS curable (WHO, 2023), y los adolescentes y jóvenes representan uno de los grupos más vulnerables debido al inicio temprano de la vida sexual, el acceso limitado a información confiable y las dificultades para negociar prácticas sexuales seguras (CDC, 2020). Situación muy similar ocurre con el aumento de casos de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH); en México, se han reportado 17 858 casos de VIH diagnosticados en el año 2022, lo que representa la cifra más alta de la historia nacional (Secretaría de Salud, 2023) y dichas cifras van en aumento. La OMS (2023) ha alertado sobre el incremento alarmante de ITS/VIH en esta población, lo que subraya la necesidad de intervenciones eficaces y culturalmente pertinentes. La adolescencia, establecida entre los 10 y 19 años, e incluso hasta los 24

en algunos contextos socioculturales, constituye una etapa importante en el desarrollo humano, caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales (American Academy of Pediatrics, 2022; WHO, 2022). Si bien este periodo ofrece oportunidades para el crecimiento, de igual manera, implica la adopción de conductas de riesgo que conllevan repercusiones negativas en la salud como las ITS, embarazo precoz, depresión o suicidio, entre otros (CDC, 2020; Panamerican Health Organization [PAHO], 2020; UNICEF, 2021; WHO, 2023).

Una de las estrategias más eficaces consiste en la adopción de prácticas sexuales seguras y protegidas, como el uso constante y adecuado del condón, junto con actividades alternativas como la masturbación mutua. Esta última reconocida como opción complementaria o sustituta a la penetración sin protección, reduciendo significativamente el riesgo de transmisión de ITS/VIH (CDC, 2023; Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas y Serrano-García, 2009; WHO, 2023).

Estudios recientes demuestran que una alta percepción de autoeficacia está positivamente asociada con la adopción de comportamientos protectores, como el uso del condón, incluso en situaciones desafiantes (Ferrand et al., 2021). Por el contrario, percepciones negativas hacia el uso del condón, o la falta de habilidades para persuadir a la pareja sobre su importancia, reducen significativamente la frecuencia de su uso (Aventin et al., 2021; Osakwe et al., 2024). Además, destrezas comunicativas efectivas dentro de la relación se relacionan directamente con prácticas sexuales más seguras (Nwaaozuru et al., 2020; Singer et al., 2023).

La importancia de abordar este problema radica en las implicaciones que tiene para el desarrollo individual y colectivo. Las ITS no tratadas pueden llevar a complicaciones graves, como infertilidad, cáncer cervical y, en el caso del VIH, la progresión al SIDA (UNAIDS, 2024). Además, generan repercusiones psicológicas como estigmatización, depresión y aislamiento social. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de promover intervenciones educativas basadas en evidencia, que articulen el conocimiento con el fortalecimiento o desarrollo de habilidades (Higgins y Bennett, 2020).

Las intervenciones efectivas combinan el desarrollo de habilidades específicas, como la autoeficacia para el uso del condón, con la promoción de actitudes positivas hacia la salud sexual, permitiendo resultados

más consistentes (Bandura, 1977; Widman et al., 2018). La autoeficacia, definida como la confianza en la capacidad personal para realizar una conducta específica, es fundamental para la adopción de comportamientos preventivos (Bandura, 1977). Estudios previos han identificado una relación significativa entre altos niveles de autoeficacia y el uso consistente del condón, lo que resulta en una reducción significativa de la transmisión de ITS (Widman et al., 2018; Schnall et al., 2016).

Por otro lado, las intervenciones que carecen del componente de desarrollo de habilidades suelen centrarse únicamente en la sensibilización y el aumento del conocimiento. Si bien estas estrategias son útiles para crear conciencia, frecuentemente no logran traducir ese conocimiento en cambios conductuales sostenibles, especialmente en contextos donde las dinámicas de poder en las relaciones de pareja son desiguales o coercitivas (Higgins y Bennett, 2020; Shangase et al., 2021). Investigaciones han demostrado que la combinación de enfoques que integran el desarrollo de habilidades y la promoción de la salud puede proporcionar resultados más consistentes y sostenibles (UNAIDS, 2024; Villarruel et al., 2006). Este vacío en la implementación de enfoques integrales justifica la necesidad de explorar estrategias educativas que no solo proporcionen información, sino que también empoderen a las mujeres jóvenes para tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud sexual.

De acuerdo con Widman et al. (2018), las intervenciones educativas que incluyen capacitación en comunicación sexual han demostrado ser efectivas no solo para retrasar el inicio de la actividad sexual, sino también para aumentar el uso del condón y reducir las conductas sexuales de riesgo. Estos programas son particularmente efectivos cuando están adaptados culturalmente y consideran las barreras estructurales y sociales que enfrentan las mujeres jóvenes, como el acceso desigual a la información y los recursos de salud (Plan International, 2021).

La educación sexual integral (ESI) constituye un marco idóneo, ya que no solo transmite información, sino que favorece el empoderamiento para tomar decisiones responsables sobre su salud sexual (Jemmott et al., 1998). No obstante, aún son pocos los estudios que comparan la eficacia de diferentes enfoques dentro de la ESI, particularmente en contextos de vulnerabilidad como la violencia de pareja.

En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de los tres enfoques mencionados en términos de su impacto en el conocimiento sobre ITS, la autoeficacia para el uso del condón y la capacidad de negociación de prácticas sexuales seguras. Asimismo, se busca identificar cuáles de estas estrategias resultan más adecuadas para mujeres jóvenes en contextos de vulnerabilidad, ofreciendo una base sólida para el diseño de programas educativos integrales y culturalmente relevantes.

El diseño de la investigación no solo busca determinar qué enfoque es más eficaz, sino también explorar los mecanismos subyacentes que contribuyen al éxito de cada intervención. Esto permitirá ofrecer recomendaciones específicas para diseñar programas educativos integrales adaptados a las necesidades de las poblaciones en riesgo, promoviendo así una respuesta más eficaz y sostenible frente a este problema de salud pública.

Dado lo anterior, el objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia de tres enfoques en la prevención de ITS/VIH en mujeres jóvenes a través del análisis de conocimientos, autoeficacia para el uso del condón y la capacidad de negociación sexual.

## **Metodología**

El estudio adoptó un diseño experimental tipo ensayo piloto aleatorizado y controlado, permitiendo la comparación de tres enfoques de intervención: con desarrollo de habilidades, sin desarrollo de habilidades y un grupo control con una intervención de promoción de la salud, para evaluar la eficacia preliminar, de una intervención adaptada a otra población. Las mediciones se realizaron en dos momentos: la medición pretest (basal) y al finalizar la intervención (postest). Este diseño asegura un análisis robusto sobre la efectividad de las estrategias implementadas (Creswell y Creswell, 2018).

La muestra incluyó 42 mujeres seleccionadas mediante muestreo aleatorizado simple. Cumpliendo criterios de inclusión como tener de 18 a 21 años de edad, estar en una relación de pareja con algún tipo de violencia y estar inscritas en una institución educativa del noroeste de

México. La aleatorización se realizó mediante el software Epidat, asegurando imparcialidad a través de un investigador externo. La recolección de datos se llevó a cabo en tres fases: la de selección de participantes, pretest y postest. .

Durante la fase inicial, se llevó a cabo un proceso de evaluación preliminar previo a la obtención del consentimiento informado, con el objetivo de identificar a mujeres que estuvieran en una relación de pareja caracterizada por algún tipo de violencia.

Después de firmar el consentimiento informado y cumplir con los criterios de inclusión, las participantes fueron consideradas sujetos de estudio. La asignación aleatoria a los grupos se realizó mediante el software Epidat; la lista de aleatorización fue elaborada por un investigador independiente, ajeno al equipo principal. Los sujetos fueron distribuidos en tres grupos: Grupo A, intervención con desarrollo de habilidades; Grupo B, intervención sin desarrollo de habilidades; y Grupo C, grupo control, correspondiente a la promoción de la salud.

Instrumentos. Se utilizaron los instrumentos preintervención y postintervención del estudio original. Se utilizaron cinco instrumentos para medir las variables del estudio: (1) Cuestionario de información de contexto (Jemmott et al., 1992); esta cédula consta de ítems de opción dicotómica e incluirá información sobre edad, sexo, edad de inicio de vida sexual activa, semestre que cursa de licenciatura; la validez de contenido de dicha escala fue evaluada por expertos utilizando el índice V de Aiken, obteniendo como resultado valores entre .80 a 1.00, considerándose adecuados (Jemmott et al., 1992). (2) La Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual de Jemmott, Jemmott y Fong (1992); esta escala fue validada en adolescentes latinos de habla hispana, obteniendo un alpha de Cronbach de .71, considerándose adecuada (Villarruel et al., 2026). (3) Escala de autoeficacia percibida para el uso del condón (Thato et al. 2005); se utilizó la escala validada al habla hispana con una alfa de Cronbach de .85 (Sousa et al., 2017). (4) La escala de negociación de las relaciones sexuales (Noboa-Ortega, 2006); esta escala ha mostrado una consistencia interna aceptable en estudios anteriores ( $\alpha = .79$ ), validez de constructo AFC  $\chi^2/df = 1.93$  (Noboa-Ortega et al., 2024). (5) La subescala de violencia sufrida por la pareja (Cienfuegos



& Diaz-Loving, 2010), que ha reportado alfa de Cronbach de .94 y una varianza explicada de 67.7% (Cienfuegos-Martínez, 2014).

Procedimiento de recolección de datos: El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-D1976).

Se obtuvo la autorización de los directivos de la institución educativa. Se llevó a cabo la invitación de las jóvenes en las aulas durante una semana, haciendo difusión en dos aulas, llevando a cabo una charla informativa acerca de la violencia en el noviazgo. A las jóvenes que respondieron a la convocatoria, se les informó los pasos a seguir para participar e integrarse al estudio, y las participantes firmaron un consentimiento informado.

Los cuestionarios se distribuyeron de manera presencial y se completaron de forma anónima para garantizar la confidencialidad. Al obtener la información, se seleccionaron los grupos de participantes de manera aleatoria a través de una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Se notificó que se agendaría una sesión para iniciar la intervención, proporcionándoles opciones de horarios y fechas para la primera sesión. Se realizó la asignación de grupos de manera aleatoria, por técnica de bloques aleatorios a través de un paquete estadístico, cada grupo conformado por 14 jóvenes, teniendo grupos simultáneos por día para cubrir el número total de la muestra, garantizando la equivalencia en los tres grupos. Se agendó una segunda sesión donde se aplicó el módulo individual; posterior, se agendó una tercera sesión de forma grupal para el módulo grupal, y al finalizar este, se aplicó el posttest.

La fidelidad de la intervención fue evaluada de manera sistemática durante toda la implementación de los módulos, asegurando que se siguieran de manera estricta los lineamientos descritos en los manuales de aplicación. Este proceso incluyó la supervisión detallada de los procedimientos y actividades, con el objetivo de garantizar la adherencia a los protocolos establecidos y minimizar las desviaciones que pudieran comprometer la validez de los resultados.

Además, se emplearon estrategias de monitoreo continuo, como la observación directa, listas de verificación y reuniones de retroalimentación con los facilitadores, para identificar y corregir posibles inconsistencias en

tiempo real. Estas medidas no solo aseguraron la integridad metodológica de la intervención, sino que también contribuyeron a la replicabilidad del programa en futuros contextos de investigación. La fidelidad en la implementación es un componente crítico para evaluar la efectividad de las intervenciones y permite establecer conclusiones más sólidas y confiables sobre su impacto (Akiba et al., 2022; Czajkowski et al., 2011).

Consideraciones éticas: Se respetó en todo momento lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2014), el cual establece los lineamientos y principios para la investigación científica en seres humanos.

Análisis de datos: El análisis de los datos recolectados fue realizado mediante el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 26 para Windows, el cual permitió una gestión precisa y estructurada de la información. Inicialmente, los datos fueron codificados de manera rigurosa para garantizar su integridad y facilitar su procesamiento estadístico.

Para evaluar la distribución de las variables continuas, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, asegurando que se cumplieran los supuestos necesarios para los análisis subsecuentes. Posteriormente, se realizaron análisis descriptivos para resumir y explorar las características principales de la muestra, presentando medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (rango intercuartil, desviación estándar).

En cuanto a los análisis inferenciales, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis debido a la naturaleza de las variables y la distribución observada en los datos. Este procedimiento permitió comparar las diferencias entre los tres grupos de intervención (con desarrollo de habilidades, sin desarrollo de habilidades y promoción de la salud) en variables clave como conocimiento sobre ITS, autoeficacia para el uso del condón y capacidad de negociación sexual. Los resultados obtenidos se interpretaron en términos de significancia estadística, considerando un nivel de confianza del 95 % ( $p < 0.05$ ), y se acompañaron de medidas descriptivas adicionales para contextualizar los hallazgos.

Este enfoque analítico integró tanto la evaluación global de los datos como el análisis específico de las diferencias entre los grupos, propor-

cionando una visión integral de la efectividad de las intervenciones y facilitando conclusiones sólidas y basadas en evidencia.

## Resultados

Características sociodemográficas. Se observó que la edad de las participantes presentó una mediana de 20 años, con un rango intercuartil (RI) de 18 a 21 años. Este dato refleja que la mayoría de las participantes eran adultas jóvenes, una población particularmente relevante para estudios de prevención de ITS debido a los riesgos asociados con esta etapa de la vida, como el inicio temprano de la vida sexual activa y las dinámicas relacionales que pueden influir en el comportamiento sexual.

Un 23.8 % de las participantes se identificaron como parte de un grupo étnico, lo que resalta la necesidad de considerar las particularidades culturales y sociales en el diseño y análisis de intervenciones. Respecto al nivel educativo, 81 % reportaron estar estudiando, y 40.5 % se encontraba cursando el segundo grado académico, lo que permite contextualizar la intervención en un entorno educativo formal.

Respecto al inicio de la vida sexual activa (IVSA), las participantes reportaron una mediana de 17 años, con un rango intercuartil de 16 a 18 años, lo cual coincide con datos de estudios previos sobre poblaciones jóvenes en América Latina. Además, el 52.4 % indicó tener una pareja sentimental al momento del estudio, un dato relevante para el análisis, ya que las dinámicas de pareja suelen influir en las decisiones relacionadas con la negociación de prácticas sexuales seguras.

Un análisis más detallado mostró diferencias significativas en la variable de edad entre los grupos. Específicamente, el grupo que no recibió entrenamiento en habilidades presentó una mediana de edad mayor en comparación con los otros grupos ( $p=.015$ ). Esta diferencia sugiere que las características etarias pueden haber influido en la percepción y aceptación de las intervenciones, lo que podría considerarse en futuras investigaciones. Sin embargo, en las demás variables evaluadas, como origen étnico, estado académico, IVSA y la presencia de pareja sentimental, los grupos mostraron homogeneidad, lo que asegura la comparabilidad entre ellos y fortalece la validez de los resultados inferenciales. Estos resultados se

presentan en la Tabla 1, que resume las características sociodemográficas y académicas de la muestra.

**Tabla 1**

*Comparación de las características de los participantes por grupo*

| Características          | Grupo      |                 |                 | Valor p | Total      |
|--------------------------|------------|-----------------|-----------------|---------|------------|
|                          | PPS        | Con habilidades | Sin habilidades |         |            |
| Edad (años) mediana (RI) | 19 (18-20) | 21 (20-22)      | 19 (18-20)      | 0.015   | 20 (18-21) |
| Origen étnico (%)        | 28.6       | 14.3            | 28.6            | 0.592   | 23.8       |
| Grado (%)                |            |                 |                 |         |            |
| 1                        | 64.3       | 14.3            | 28.6            | 0.083   | 35.7       |
| 2                        | 21.4       | 57.1            | 42.9            |         | 40.5       |
| 3                        | 14.3       | 28.6            | 28.6            |         | 23.8       |
| Ocupación (%)            |            |                 |                 |         |            |
| Estudia                  | 78.6       | 71.4            | 92.9            | 0.339   | 81.0       |
| Estudia y trabaja        | 21.4       | 28.6            | 7.1             |         | 19.0       |
| IVSA (años) mediana (RI) | 17 (16-18) | 16.5 (16-17.5)  | 17.5 (16-18)    | 0.625   | 17 (16-18) |
| Pareja sentimental (%)   | 50.0       | 57.1            | 50.0            |         | 52.4       |

PPS = Proyecto de promoción de la salud, RI = rango Inter cuartil, IVSA = Inicio vida sexual activa.

Para las variables numéricas se usó Kruskal-Wallis, para las variables categóricas se usó chi-cuadrada

Respecto al conocimiento sobre ITS/VIH, en la medición basal evidenció diferencias significativas entre los grupos ( $p=.020$ ). El grupo de promoción de la salud (PPS) reportó una mediana inferior (59.0), mientras que los grupos con y sin habilidades partieron de valores similares y superiores (66.0). Después de la intervención, los incrementos fueron significativos en los grupos con habilidades (mediana=76.0; RI:75.0–77.0) y sin habilidades (mediana=7.0; RI:76.0–78.0), mientras que el grupo de PPS se mantuvo sin cambios (59.0).

En términos generales, al considerar la muestra total, se aprecia un cambio relevante: el porcentaje de participantes con niveles altos de conocimiento pasó de 47.6 % en el pretest a 76.2 % en el postest (Tabla 2).

**Tabla 2***Comparación global en pretest y postest*

| <i>Conocimientos ITS/VIH</i>           | <i>Pretest</i> |          | <i>Postest</i> |          |
|----------------------------------------|----------------|----------|----------------|----------|
|                                        | <i>f</i>       | <i>%</i> | <i>f</i>       | <i>%</i> |
| Baja                                   | 2              | 4.8      | 00             | 0        |
| Medio                                  | 20             | 47.6     | 10             | 23.8     |
| Alto                                   | 20             | 47.6     | 32             | 76.2     |
| <i>Negociación sexual</i>              |                |          |                |          |
| Mayor dificultad                       | 1              | 2.4      | 1              | 2.4      |
| Moderada dificultad                    | 22             | 52.4     | 15             | 35.7     |
| Mayor facilidad                        | 19             | 45.2     | 26             | 61.9     |
| <i>Autoeficacia del uso del condón</i> |                |          |                |          |
| Baja                                   | 2              | 4.8      | 0              | 0        |
| Moderada                               | 16             | 38.1     | 16             | 38.1     |
| Alta                                   | 24             | 57.1     | 26             | 61.9     |

El análisis detallado por cuartiles y medianas (Tablas 3, 4 y 5) refuerza que los enfoques que combinan información teórica con actividades prácticas favorecen una asimilación más profunda del conocimiento, permitiendo a las jóvenes no solo adquirir datos, sino también interiorizarlos y relacionarlos con su propia vida y contexto. En contraste, los enfoques centrados únicamente en la promoción de la salud mostraron un impacto limitado, lo que sugiere que la simple transmisión de información resulta insuficiente para generar cambios significativos en la población juvenil. Estos resultados subrayan la importancia de diseñar estrategias educativas dinámicas y participativas que conecten con las experiencias reales de las mujeres jóvenes, brindándoles herramientas concretas para cuidar su salud sexual y tomar decisiones informadas.

Los resultados basales de la capacidad de negociación sexual evidenciaron diferencias significativas entre los grupos ( $p = .000$ ). El grupo de PPS partió de un nivel más bajo (mediana=80.0), mientras que los grupos con los enfoques de desarrollo de habilidades (97.0) y sin habilidades (100.5) mostraron valores superiores desde el pretest, lo que indica que estas participantes ya contaban con mayores recursos para afrontar situaciones relacionadas con la toma de decisiones sexuales.

En el postest, los cambios fueron notables: las participantes del grupo con habilidades alcanzaron una mediana de 111.5 (RI: 101.0–116.0), y las del grupo sin habilidades, 110.0 (RI: 90.0–118.0). En contraste, el grupo de PPS registró un incremento más modesto (85.5; RI: 81.0–93.0)

(Tablas 3, 4 y 5). Este patrón refleja que, aunque todas las participantes se beneficiaron de alguna manera, las estrategias que incorporan la práctica activa y el fortalecimiento de habilidades comunicativas generan un mayor impacto en la capacidad de negociación sexual.

Al considerar la muestra total, se observa que el porcentaje de participantes con mayor facilidad para negociar prácticas sexuales pasó de 45.2 % en el pretest a 61.9 % en el postest (Tabla 2). Este avance resulta particularmente relevante, ya que la negociación sexual es un componente central de la conducta sexual segura: implica no solo tener la intención de cuidarse, sino también contar con la confianza y las herramientas para comunicarlo y sostener esa decisión frente a una pareja.

Estos hallazgos confirman que los enfoques centrados en el desarrollo de habilidades son más efectivos para fortalecer competencias clave, como la comunicación asertiva, la toma de decisiones y la capacidad de resistir presiones externas. Dichos aprendizajes no solo se reflejan en los números, sino también en la posibilidad de que las mujeres jóvenes se sientan más empoderadas para ejercer control sobre su vida sexual. En consecuencia, se resalta la importancia de diseñar programas educativos que no se limiten a transmitir información, sino que promuevan experiencias de aprendizaje vivencial, participativo y adaptado a la realidad de las adolescentes y jóvenes.

En relación con la autoeficacia para el uso del condón, las puntuaciones basales fueron homogéneas entre los tres grupos de estudio, con medianas que oscilaron entre 54.0 y 57.0 ( $p=.724$ ). Esto indica que, al inicio, las participantes compartían un nivel similar de confianza en su capacidad para utilizar el condón de manera adecuada.

En el postest, no se observaron cambios significativos: las medianas se mantuvieron prácticamente sin variación (52.0–53.5;  $p=.411$ ), lo que refleja que la intervención, en el tiempo y formato aplicados, no logró consolidar mejoras sustantivas en esta dimensión. Aun así, se identificó en el grupo con habilidades un ligero incremento en la proporción de mujeres con autoeficacia alta, que pasó de 57.1 % a 61.9 % (Tabla 2). Aunque este cambio no alcanzó significancia estadística, resulta relevante porque sugiere una tendencia positiva hacia el fortalecimiento de la confianza personal en la capacidad de protegerse.

La comparación por cuartiles y medianas (Tablas 3, 4 y 5) confirma que la autoeficacia no se consolidó con la intervención aplicada, lo que invita a reflexionar sobre la naturaleza de este constructo. A diferencia del conocimiento o de la negociación, la autoeficacia requiere de procesos más prolongados y consistentes para traducirse en cambios sólidos. Estudios previos han señalado que la práctica repetida, la retroalimentación en entornos seguros y la vivencia de experiencias exitosas son factores esenciales para fortalecerla. En este sentido, los resultados sugieren que el diseño de futuras intervenciones debería incluir módulos de práctica más intensiva, espacios de simulación o role-play, y acompañamiento continuo que permitan a las jóvenes experimentar, validar y reforzar su confianza en el uso del condón en situaciones reales.

Más allá de la significancia estadística, el hallazgo evidencia la importancia de reconocer que la autoeficacia no se transforma de manera inmediata: implica un proceso de empoderamiento personal que demanda tiempo, experiencias positivas acumuladas y la posibilidad de ensayar conductas protectoras en un entorno de apoyo. Atender esta necesidad puede marcar la diferencia entre el conocimiento teórico y la verdadera capacidad de llevarlo a la práctica.

**Tabla 3**  
*Pretest resultados basados en cuartiles y mediana*

|                                             | CLASIFICACION |                       |              |              |                              |              |              |                              |              |              |         |              |
|---------------------------------------------|---------------|-----------------------|--------------|--------------|------------------------------|--------------|--------------|------------------------------|--------------|--------------|---------|--------------|
|                                             |               | Intervención de salud |              |              | Intervención con habilidades |              |              | Intervención sin habilidades |              |              | Total   |              |
|                                             |               | Mediana               | Percentil 25 | Percentil 75 | Mediana                      | Percentil 25 | Percentil 75 | Mediana                      | Percentil 25 | Percentil 75 | Mediana | Percentil 25 |
| Pretest                                     |               |                       |              |              |                              |              |              |                              |              |              |         |              |
| Conocimientos ITS/VIH pre                   | 59.0          | 54.0                  | 65.0         | 66.0         | 64.0                         | 69.0         | 66.0         | 61.0                         | 69.0         | 64.0         | 58.0    | 67.0         |
| Negociación de las relaciones sexuales pre  | 80.0          | 74.0                  | 87.0         | 97.0         | 94.0                         | 102.0        | 100.5        | 92.0                         | 103.0        | 93.5         | 83.0    | 101.0        |
| Autoeficacia del uso del condón pre         | 57.0          | 49.0                  | 64.0         | 54.0         | 44.0                         | 60.0         | 54.0         | 44.0                         | 60.0         | 55.0         | 46.0    | 60.0         |
| Postest                                     |               |                       |              |              |                              |              |              |                              |              |              |         |              |
| Conocimientos ITS/VIH post                  | 59.0          | 54.0                  | 65.0         | 76.0         | 75.0                         | 77.0         | 77.0         | 76.0                         | 78.0         | 76.0         | 65.0    | 77.0         |
| Negociación de las relaciones sexuales post | 85.5          | 81.0                  | 93.0         | 111.5        | 101.0                        | 116.0        | 110.0        | 90.0                         | 118.0        | 107.5        | 86.0    | 114.0        |
| Autoeficacia del uso del condón post        | 52.0          | 49.0                  | 54.0         | 53.5         | 51.0                         | 55.0         | 52.0         | 49.0                         | 55.0         | 52.0         | 49.0    | 55.0         |



**Tabla 4**

*Comparación por enfoque de intervención del pretest*

| Características                        | Grupo Pre        |                    |                    | Valor p | Total              |
|----------------------------------------|------------------|--------------------|--------------------|---------|--------------------|
|                                        | PPS              | Con habilidades    | Sin habilidades    |         |                    |
| Conocimientos ITS/VIH                  | 59.0 (54.0-65.0) | 66.0 (64.0 - 69.0) | 66.0 (61.0 - 69.0) | .020    | 64.0 (58.0 - 67.0) |
| Negociación de las relaciones sexuales | 80.0 (74.0-87.0) | 97.0(94.0-102.0)   | 100.5 (92.0-103.0) | .000    | 93.5(83.0-01.0)    |
| Autoeficacia del uso del condón        | 57.0(49.0-64.0)  | 54.0(44.0-60.0)    | 54.0(44.0-60.0)    | .724    | 55.0(46.0-60.0)    |

Mediciones indican mediana (rango Inter cuartil), p = Significancia prueba de Kruskal-Wallis.

PPS = Proyecto de promoción de la salud.

**Tabla 5**

*Comparación por enfoque de intervención del postest*

| Características                        | Grupo Post        |                      |                   | Valor p | Total             |
|----------------------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|---------|-------------------|
|                                        | PPS               | Con habilidades      | Sin habilidades   |         |                   |
| Conocimientos ITS/VIH                  | 59.0(54.0 - 65.0) | 76.0(75.0-77.0)      | 77.0(76.0-78.0)   | .000    | 76.0(65.0-77.0)   |
| Negociación de las relaciones sexuales | 85.5(81.0-93.0)   | 111.5(101.0 - 116.0) | 110.0(90.0-118.0) | .005    | 107.5(86.0-114.0) |
| Autoeficacia del uso del condón        | 52.0(49.0-54.0)   | 53.5(51.0 - 55.0)    | 52.0(49.0 - 55.0) | .411    | 52.0(49.0-55.0)   |

Mediciones indican mediana (rango Inter cuartil), p = Significancia prueba de Kruskal-Wallis.

PPS = Proyecto de promoción de la salud.

## Discusión

Los hallazgos del presente estudio evidencian el impacto positivo de los enfoques educativos de las intervenciones, particularmente aquellos que integran el desarrollo de habilidades, en la mejora del conocimiento sobre ITS/VIH y la capacidad de negociación sexual. Estos resultados se alinean con estudios nacionales e internacionales que resaltan la efectividad de las estrategias basadas en habilidades y el empoderamiento de las mujeres para promover su salud sexual y reproductiva.

La identificación de las diferencias significativas entre las variables evaluadas robustece la idea de que los enfoques basados en el desarrollo de habilidades resultan más efectivos que aquellos de carácter informativo o de salud general. Aun cuando el conocimiento y la negociación sexual mostraron mejoras sustanciales, la autoeficacia para el uso del condón

reflejó un menor incremento, lo que constituye una limitación importante a considerar en los resultados. Lo que sugiere que los enfoques actuales logran importantes avances en ciertos ámbitos, pero requieren ajustes y estrategias complementarias o modernas que fortalezcan de manera integral todas las dimensiones de la salud sexual, para llevar a cabo conductas seguras.

Respecto a los conocimientos sobre ITS/VIH, A nivel internacional, investigaciones como las de Widman et al. (2018) han demostrado que las intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes, que combinan educación en salud sexual con el desarrollo de habilidades, son más efectivas para aumentar el conocimiento y promover comportamientos protectores, como el uso del condón. En este estudio, el incremento significativo en los niveles de conocimiento sobre ITS/VIH en los grupos con intervención refleja el impacto de integrar el aprendizaje teórico con prácticas aplicables, lo que fortalece la capacidad de las participantes para tomar decisiones informadas.

En México, Villarruel et al. (2006) han resaltado la importancia de programas educativos culturalmente adaptados que consideren las barreras estructurales y sociales que enfrentan las mujeres jóvenes. Este enfoque es particularmente relevante en contextos de violencia de pareja, donde el control y las dinámicas de poder desigual pueden limitar el acceso a la información y el ejercicio de la autonomía sexual.

En cuanto a la negociación de las relaciones sexuales, este estudio encontró mejoras en la capacidad de las participantes para negociar prácticas sexuales seguras, coherentes con investigaciones previas que enfatizan el rol de la comunicación en relaciones íntimas. Según Higgins y Bennett (2020), la habilidad para negociar prácticas sexuales seguras está influida por factores como la autoeficacia y el apoyo social. En contextos de violencia de pareja, estas intervenciones son críticas para mitigar los efectos de relaciones coercitivas, como lo han señalado Cienfuegos y Díaz-Loving (2010) en el ámbito mexicano.

Con relación a la autoeficacia del uso del condón, los resultados no mostraron cambios significativos tras la intervención. Esto podría indicar la necesidad de ajustar las estrategias implementadas. Estudios como los de Bandura (1977) y Schnall et al. (2016) sugieren que la autoeficacia

requiere refuerzos constantes y contextos de práctica controlada para lograr mejoras sostenibles. En el contexto mexicano, esto subraya la importancia de incluir módulos específicos orientados al desarrollo de habilidades prácticas, como simulaciones y actividades supervisadas en entornos seguros.

Los resultados de este estudio tienen implicaciones relevantes para la salud sexual y reproductiva de mujeres en situaciones de vulnerabilidad, como aquellas expuestas a violencia de pareja. En términos sociales, empoderar a las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras y garantizar su acceso a información confiable sobre ITS/VIH puede contribuir a la reducción de las tasas de infección y mejorar su calidad de vida. Desde una perspectiva científica, estos hallazgos resaltan la necesidad de diseñar intervenciones que combinen enfoques teóricos y prácticos, adaptados a los contextos culturales y sociales de las participantes. La implementación de programas integrales y culturalmente sensibles podría representar un avance significativo en la promoción de la salud sexual y en la mitigación de las barreras estructurales que enfrentan las mujeres en contextos de violencia.

## Conclusiones

El presente estudio demuestra que los tres enfoques de intervención analizados —desarrollo de habilidades, sin desarrollo de habilidades y promoción de la salud— tienen un impacto diferenciado en la prevención de ITS en mujeres jóvenes. En términos generales, los resultados confirman que el fortalecimiento del conocimiento sobre ITS/VIH y de las habilidades para negociar prácticas sexuales seguras se logra de manera más efectiva en los grupos que participaron en estrategias estructuradas, en particular en el enfoque basado en el desarrollo de habilidades. Sin embargo, no se identificaron cambios significativos en la autoeficacia para el uso del condón, lo que sugiere la necesidad de implementar programas más específicos y sostenidos para consolidar esta dimensión clave de la conducta sexual segura.

El enfoque con desarrollo de habilidades se distinguió como el más eficaz, al promover no solo la adquisición de conocimientos, sino también

el empoderamiento de las participantes mediante la práctica activa, la comunicación asertiva y la toma de decisiones informadas. Actividades como simulaciones y ejercicios interactivos facilitaron que las mujeres aplicaran lo aprendido en escenarios cercanos a su vida cotidiana, reforzando su capacidad para negociar relaciones sexuales más seguras. Este hallazgo coincide con evidencia internacional que subraya la importancia de intervenciones que empoderen a las mujeres y fortalezcan su autonomía en materia de salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, el enfoque sin desarrollo de habilidades, aunque mostró avances en el conocimiento sobre ITS/VIH, tuvo un impacto más limitado en la negociación sexual y en la autoeficacia. Este resultado reafirma que la transmisión de información teórica es necesaria, pero no suficiente, para lograr cambios sostenibles en la conducta. Para que el conocimiento se traduzca en prácticas protectoras, es indispensable complementarlo con actividades prácticas y mecanismos de refuerzo que fortalezcan la confianza personal y las habilidades interpersonales.

En cuanto al enfoque de promoción de la salud, este contribuyó a sensibilizar a las participantes sobre la importancia del autocuidado y a mejorar su percepción de riesgo. No obstante, su impacto en la autoeficacia fue limitado, lo que refuerza la necesidad de integrar esta estrategia con componentes prácticos que permitan convertir la motivación en acciones concretas y sostenibles.

En conjunto, los resultados muestran que la prevención efectiva de ITS requiere enfoques complementarios, donde la estrategia basada en el desarrollo de habilidades ocupa un lugar central para lograr el empoderamiento sexual de las mujeres. Esto es especialmente relevante en contextos de vulnerabilidad, como aquellos marcados por la violencia de pareja, donde las desigualdades de poder dificultan la capacidad de las mujeres para negociar conductas sexuales seguras.

Desde una perspectiva práctica, el estudio resalta la necesidad de diseñar programas de salud sexual integrales y culturalmente adaptados, que incluyan componentes interactivos, refuercen la autoeficacia y fortalezcan la comunicación en las relaciones de pareja. Desde una perspectiva social, la aplicación de estas estrategias puede contribuir a reducir las tasas de ITS y mejorar la calidad de vida de mujeres jóvenes

en entornos con acceso limitado a recursos de salud sexual. Finalmente, desde una perspectiva científica, este trabajo aporta evidencia valiosa para la construcción de políticas públicas basadas en evidencia y para el desarrollo de futuras investigaciones que optimicen los enfoques de intervención, promoviendo la equidad de género y la reducción de desigualdades en salud sexual y reproductiva.

## Limitaciones

Este estudio, enfocado en la prevención de ITS en mujeres que viven violencia de pareja, presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus hallazgos.

En primer lugar, la muestra estuvo integrada por mujeres que cumplían criterios muy específicos, lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados a otros contextos y realidades culturales. Además, las dinámicas de poder y la prevalencia de la violencia varían entre entornos, lo que puede influir en la efectividad de las intervenciones. En segundo lugar, aunque la intervención buscó fortalecer habilidades y autoeficacia, los cambios en esta última fueron sutiles. Esto puede relacionarse con la duración breve del programa y con la falta de espacios seguros para practicar lo aprendido. Intervenciones más largas y con refuerzos periódicos podrían potenciar los efectos. También influyeron factores externos que no se abordaron de manera directa, como el acceso desigual a servicios de salud sexual, la presión social o la resistencia de las parejas. Estas barreras estructurales probablemente limitaron los beneficios de la intervención.

Finalmente, no se profundizó en la severidad o duración de las experiencias de violencia, lo cual pudo afectar la capacidad de algunas participantes para aprovechar plenamente la intervención. Incorporar esta dimensión en futuros estudios permitirá diseñar apoyos más ajustados a sus necesidades.

Aun con estas limitaciones, el estudio aporta evidencia valiosa sobre cómo adaptar programas de prevención de ITS para mujeres en situaciones de violencia, y señala la importancia de considerar tanto los factores individuales como las barreras estructurales en el diseño de intervenciones.

## Referencias

- Akiba, C. F., Powell, B. J., Pence, B. W., Nguyen, M. X. B., Golin, C., & Go, V. (2022). The case for prioritizing implementation strategy fidelity measurement: benefits and challenges. *Translational behavioral medicine*, 12(2), 335–342. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab138>
- American Academy of Pediatrics. (2022). *Stages of adolescence*. Retrieved from <https://www.aap.org>
- Aventin, Á., Gordon, S., Laurenzi, C., Rabie, S., Tomlinson, M., Lohan, M., Stewart, J., Thurston, A., Lohfeld, L., Melendez-Torres, G. J., Makhetha, M., Chideya, Y., & Skeen, S. (2021). Adolescent condom use in Southern Africa: narrative systematic review and conceptual model of multilevel barriers and facilitators. *BMC public health*, 21(1), 1228. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11306-6>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Borrelli, B., Sepinwall, D., Ernst, D., Bellg, A. J., Czajkowski, S., Breger, R., ... & Resnick, B. (2021). Defining fidelity of implementation in health intervention research. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 523–532. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.02.002>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Sexually transmitted infections prevalence, incidence, and cost estimates in the United States. <https://www.cdc.gov/std/statistics-prevalence-incidence.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). Sexually transmitted infections: Prevention strategies. Retrieved from <https://www.cdc.gov>
- Cienfuegos, A., & Díaz-Loving, R. (2010). La violencia en la pareja: Descripción y medición. *Revista de Psicología Social*, 25(1), 65–77. <https://doi.org/10.1080/02134748.2010.10596827>
- Cienfuegos-Martínez, Y. (2014) Validación de dos escalas para evaluar VRP: Perpetrador/a y Receptor/a. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 22 (1), 62 -71. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133944229008.pdf>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative*,

- quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Sage Publications.
- Czajkowski S. M. (2011). The importance of monitoring and maximizing treatment fidelity in public health research. *Journal of public health dentistry*, 71 Suppl 1, S67–S68. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00219.x>
- Ferrand, J. L., Blashill, A. J., Corliss, H. L., & Walsh-Buhi, E. R. (2021). Condom application skills and self-efficacy in youth: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(4), e0249753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249753>
- Higgins, J. A., & Bennett, J. B. (2020). Unpacking the complex relationships between gender, power, and sexual risk behavior: Implications for HIV prevention interventions. *Health Education & Behavior*, 47(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1090198119893896>
- Inthavong, K., Ha, L. T. H., Anh, L. T. K., & Sychareun, V. (2020). Knowledge of safe sex and sexually transmitted infections among high school students, Vientiane Prefecture, Lao PDR. *Global health action*, 13(sup2), 1785159. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1785159>
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., & Fong, G. T. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *JAMA*, 279(19), 1529–1536. <https://doi.org/10.1001/jama.279.19.1529>
- Noboa-Ortega, E., & Serrano-García, I. (2006). Empoderamiento sexual en mujeres puertorriqueñas: Medición y relaciones con prácticas sexuales seguras. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 45–54.
- Noboa-Ortega, P., Serrano-García, I., & Hernández Cartagena, M. del R. (2024). Desarrollo de la Escala de Autoeficacia en la Negociación Sexual. *Psicología Iberoamericana*, 11(2), 93–104. <https://doi.org/10.48102/pi.v11i2.642>
- Nwaozuru, U., Blackstone, S., Obiezu-Umeh, C., Conserve, D. F., Mason, S., Uzoaru, F., Gbajabiamila, T., Ezechi, O., Iwelunmor, P., Ehiri, J. E., & Iwelunmor, J. (2020). Psychosocial correlates of safe sex self-efficacy among in-school adolescent girls in Lagos, Nigeria. *PloS one*, 15(6), e0234788. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234788>

- Panamerican Health Organization (PAHO). (2020). *Health of adolescents and young adults in the Americas*. <https://www.paho.org>
- Pérez-Jiménez, D., Santiago-Rivas, M., & Serrano-García, I. (2009). Comportamiento sexual y autoeficacia para la negociación de sexo más seguro en personas heterosexuales. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(2), 336–343. Recuperado de <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v43n2/v43n2a22.pdf>
- Plan International CSE Standards. (2020). *Comprehensive sexuality education: Why it's important*. <https://plan-international.org/publications/comprehensive-sexuality-education/>
- Schnall, R., Rojas, M., Travers, J., & Carballo-Díeguez, A. (2016). eHealth interventions for HIV prevention in high-risk men who have sex with men: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(5), e127. <https://doi.org/10.2196/jmir.5463>
- Schnall, R., Rojas, M., Travers, J., & Carballo-Díeguez, A. (2016). Self-efficacy and HIV prevention among high-risk MSM: A pilot study. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/15381501.2016.1160322>
- Secretaría de Salud (2023). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH*. Tercer trimestre de 2023. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/872352/VIH\\_DVEET\\_3erTrim\\_2023.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/872352/VIH_DVEET_3erTrim_2023.pdf)
- Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Shangase, N., Kharsany, A. B. M., Ntombela, N. P., Pettifor, A., & McKinnon, L. R. (2021). A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of School Based Interventions on Sexual Risk Behaviors and Sexually Transmitted Infections Among Young Adolescents in Sub-Saharan Africa. *AIDS and behavior*, 25(11), 3669–3686. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03242-8>
- Singer, S. E., Wechsberg, W. M., Kline, T., Browne, F. A., Howard, B. N., Carney, T., Myers, B., Bonner, C. P., & Chin-Quee, D. (2023). Binge drinking and condom negotiation behaviours among adolescent girls and young women living in Cape Town, South Africa: sexual control and perceived personal power. *BMC public health*, 23(1), 2282. <https://>



- doi.org/10.1186/s12889-023-17188-0
- Sousa, C. S. P., Castro, R. C. M. B., Pinheiro, A. K. B., Moura, E. R. F., Almeida, P. C., & Aquino, P. S. (2017). Adaptación transcultural y validación de la Condom Self-Efficacy Scale: aplicación en adolescentes y adultos jóvenes brasileños. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25.
- UNAIDS. (2024). *Global HIV & AIDS statistics – Fact sheet*. Retrieved from [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf)
- UNAIDS. (2024). The urgency of now: AIDS at a crossroads. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2024-unaisd-global-aids-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaisd-global-aids-update_en.pdf)
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2021). *Adolescents: Fulfilling their potential*. <https://www.unicef.org>
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., & Jemmott, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 772–777. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.8.772>
- Widman, L., Evans, R., Javidi, H., & Choukas-Bradley, S. (2018). Assessment of parent-based interventions for adolescent sexual health: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 292–300. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5683>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Adolescent health*. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- World Health Organization (WHO). (2023). *Adolescents: Health risks and solutions*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Sexually transmitted infections (STIs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))



# Capítulo 2

---

## **Beneficios, creencias y barreras sobre la prueba rápida de VIH en jóvenes universitarios**

*Castillo Arcos, Lubia del Carmen*<sup>1</sup>

*Noh Moo, Pedro Moisés*<sup>2</sup>

*Telumbre Terrero, Juan Yovani*<sup>3</sup>

*Maas Góngora, Lucely*<sup>4</sup>

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256876>



---

<sup>1</sup> Correspondencia, <https://orcid.org/0000-0002-4368-4735>, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen. Campus III. Av. central s/n. Esq. Fracc. Mundo Maya. CP 24153. Ciudad del Carmen, Campeche. Correo electrónico: lcastillo@pampano.unacar.mx

<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1580-5533>, 2Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen. Campus III. Av. central s/n. Esq. Fracc. Mundo Maya. CP 24153. Ciudad del Carmen, Campeche

<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>, 3Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen. Campus III. Av. central s/n. Esq. Fracc. Mundo Maya. CP 24153. Ciudad del Carmen, Campeche

<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8081-9830>, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen. Campus III. Av. central s/n. Esq. Fracc. Mundo Maya. CP 24153. Ciudad del Carmen, Campeche

## Resumen

**Objetivo:** Analizar los beneficios, creencias y barreras sobre la prueba rápida de VIH en jóvenes universitarios; **Métodos:** Se realizó un estudio observacional de tipo correlacional. La muestra estuvo integrada por 210 jóvenes universitarios; se aplicaron tres instrumentos de medición, los cuales reportaron confiabilidad aceptable. **Resultados:** El 68.1 % correspondió al sexo femenino con rango de edad entre 18 y 28 años. En relación con los beneficios, creencias y barreras sobre la toma de la prueba rápida de VIH, los jóvenes obtuvieron en la dimensión de beneficios un promedio de 39.3 (DE = 7.3), en la dimensión de creencias un promedio de 36.2 (DE = 8.5) y en la dimensión de barreras un promedio de 34.9 (DE = 9.8). Los hombres presentan una mayor media en beneficios y creencias en la toma de la prueba rápida en comparación con las mujeres ( $p < .05$ ). **Discusión:** Los resultados concuerdan con otros autores; destacan que, a pesar de la disponibilidad de las pruebas, persiste una baja demanda asociada a barreras de carácter personal, cultural y estructural. **Conclusiones:** Los hallazgos evidencian la importancia de implementar estrategias educativas innovadoras que promuevan la prueba rápida como una práctica habitual en jóvenes universitarios.

## Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/Sida), continúan representando un problema de salud pública a nivel global, debido a las repercusiones fisiológicas, psicológicas y sociales que generan en la vida de quienes las padecen. La juventud constituye una de las etapas con mayor prevalencia de estos padecimientos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

A finales de 2024, aproximadamente 40.8 millones de personas vivían con VIH en el mundo. De ellos, cerca de 39.4 millones eran adolescentes y adultos (15 años o más) (OMS, 2025). En 2024, 370 000 jóvenes de entre 15 y 24 años adquirieron VIH, de los cuales 145 000 eran adolescentes entre 15 y 19 años (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

[UNICEF], 2025). Los adolescentes y adultos jóvenes representan un grupo en expansión dentro de la población mundial que vive con el VIH. En 2024 se calculó que aproximadamente 370 000 personas de 15 a 24 años adquirieron la infección por primera vez, de las cuales alrededor de 145 000 correspondían a adolescentes entre 15 y 19 años (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [UNAIDS], 2025).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) menciona que en 2021 reportó 4 662 muertes asociadas al VIH, siendo 83.6 % hombres y una tasa de mortalidad de 3.7 por cada 100 000 habitantes. Los grupos con mayor mortalidad fueron quienes tenían entre 30 y 44 años, seguidos por el grupo de 15 a 29 años, con 977 muertes en este último. Siendo la población de jóvenes uno de los grupos más afectados. La Secretaría de Salud (SSA, 2025) menciona que los casos acumulados de adolescentes de 10 a 19 años con VIH son de 7612; la infección ocurrió por vía sexual.

De acuerdo con la SSA (2025), en el estado de Campeche actualmente existen 2653 hombres y 603 mujeres con el VIH; esto muestra la alta prevalencia del VIH en el estado. Siendo los jóvenes un grupo de alto riesgo por las conductas no saludables que realiza (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2025). Además, una característica de la población en Ciudad del Carmen es que existe migración por las plataformas petroleras que se encuentran en la Sonda de Campeche, donde vienen personas a trabajar de otros países y estados de la República Mexicana (Consejo Estatal de Población del Estado de Campeche [COESPO], 2024), siendo posiblemente un foco de riesgo por las conductas sexuales que practican.

El VIH sigue representando un importante desafío para la salud pública, tanto a nivel mundial como nacional, con una marcada incidencia en la población joven, particularmente en el rango de 15 a 24 años (UNAIDS, 2025). En este grupo etario, la etapa universitaria constituye un periodo crítico caracterizado por la exploración de la sexualidad, la adopción de conductas de riesgo y la necesidad de fortalecer la toma de decisiones responsables respecto a la salud sexual y reproductiva (UNICEF, 2025). En este contexto, la prueba rápida de VIH se ha consolidado como una herramienta diagnóstica accesible, de bajo costo y

con resultados confiables en pocos minutos, lo que favorece la detección temprana, el inicio oportuno de tratamiento y la prevención de nuevas transmisiones (OMS, 2023).

Los beneficios asociados a la prueba rápida incluyen la posibilidad de obtener un diagnóstico inmediato y confidencial, la reducción de la ansiedad por la espera prolongada de resultados, el acceso temprano a terapias antirretrovirales y la disminución del riesgo de complicaciones asociadas al VIH/SIDA (Morales et al., 2016). Además, su aplicación en entornos universitarios contribuye a la promoción de una cultura de autocuidado, al fortalecimiento de la salud sexual integral y a la generación de entornos seguros para la juventud (Sanabria-Mazo et al., 2020).

Sin embargo, persisten diversas creencias y percepciones que condicionan la disposición de los estudiantes universitarios a realizarse la prueba. Entre ellas, destacan la idea de no estar en riesgo de infección, la confianza en la pareja como garante de seguridad y la asociación del VIH con grupos específicos, lo que genera una percepción de invulnerabilidad (Hoyos et al., 2019; Sanabria-Mazo et al., 2020). Asimismo, algunos jóvenes mantienen estereotipos y mitos que limitan la comprensión del riesgo real de exposición (Bermúdez et al., 2018).

De manera paralela, se identifican múltiples barreras que obstaculizan la aceptación y realización de la prueba rápida en este sector poblacional. Entre las más frecuentes se encuentran el temor al resultado positivo y sus implicaciones sociales, el estigma y la discriminación, desconocer sobre los lugares donde se brinda el servicio, la escasa oferta de pruebas en entornos universitarios y la baja percepción de riesgo. Estos factores, combinados con la insuficiente promoción por parte de los servicios de salud, contribuyen a que un número importante de jóvenes no conozcan su estado serológico, lo que limita las acciones preventivas y de control sobre esta epidemia (Adebayo et al., 2017; Belza et al., 2014; Fuster et al., 2014; Morales et al., 2016).

En consecuencia, comprender los beneficios, creencias y barreras relacionadas con la prueba rápida de VIH en estudiantes universitarios es fundamental para el diseño de estrategias educativas y de intervención en enfermería, que promuevan la detección oportuna, reduzcan la estigmatización y fortalezcan la adopción de conductas sexuales responsables en la juventud universitaria. Además de que el estudio permitirá dar a

conocer esta problemática, ya que existe poca literatura relacionada sobre el tema en adolescentes del sur del país. Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar los beneficios, creencias y barreras sobre la prueba rápida de VIH en jóvenes universitarios.

## **Métodos**

Se llevó a cabo un estudio observacional con un diseño de tipo correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 210 jóvenes universitarios. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo por conveniencia, bajo los siguientes criterios de inclusión: ser estudiante universitario regular inscrito al periodo escolar agosto 2024-agosto 2025, residir en Ciudad del Carmen, Campeche, firmar el consentimiento de manera voluntaria, tener una edad entre 18 y 29 años.

El estudio se implementó una vez obtenida la aprobación de la institución educativa donde se desarrolló el proyecto de investigación y de las autoridades educativas del plantel en el que se realizó la recolección de la información. Con ambas autorizaciones, se gestionó la obtención del registro de estudiantes matriculados en el ciclo escolar 2024-2025. Posteriormente, se efectuaron visitas a las aulas en horario regular, acompañados por una autoridad educativa, con el propósito de invitar a participar a los estudiantes en el estudio.

Durante estas visitas, se explicó el objetivo de la investigación, la duración estimada para el llenado de los instrumentos, así como que la participación era voluntaria, anónima y confidencial. A los estudiantes que manifestaron su interés en participar, se les facilitó el formato de consentimiento informado, en el cual se describieron los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio. Asimismo, se garantizó que la información proporcionada sería utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación, preservando en todo momento la confidencialidad de los datos; además, se recalcó que, en caso de sentirse incómodo, podría abandonar el estudio en cualquier momento, sin que esto implicara repercusiones académicas o administrativas.

Los jóvenes que entregaron el consentimiento informado firmado se les proporcionó una cédula de datos y tres instrumentos de medición para que sean contestados con lápiz y papel:

La cédula de datos recabo información personal como sexo, edad, orientación sexual, y facultad a la que pertenece. También se buscó indagar si recibió información sobre temas de sexualidad, ITS y VIH/sida, además de preguntar si se ha realizado la prueba rápida de VIH en los últimos seis meses.

La Escala de Beneficios de la Prueba de VIH tuvo como propósito explorar la valoración que los jóvenes hacen sobre las ventajas que conlleva conocer su estado serológico. La escala está conformada por 9 ítems, entre los que se incluye, por ejemplo: “Conocer mi estado serológico me permitirá vivir más tiempo”. Cada reactivo se responde en una escala tipo Likert de cinco respuestas, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). El puntaje total oscila entre 9 y 45, calculado a partir del promedio de los ítems, donde las puntuaciones más altas representan una mayor percepción de beneficios. Este instrumento ha mostrado una consistencia interna adecuada, con un alfa de Cronbach de 0.88 (Rotherum-Borus et al., 2001), y en el contexto mexicano fue utilizado por Benavides-Torres y Onofre-Rodríguez (2025), quienes reportaron un alfa de Cronbach de .84.

La Escala de Creencias de Barreras hacia la Prueba de VIH indaga sobre las creencias individuales que limitan la disposición a realizarse la prueba, a través de 14 ítems. Un ejemplo es: “Temo que los resultados de la prueba de VIH puedan afectar mis relaciones personales”. Sus respuestas también se organizan en un formato Likert de cinco categorías (1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo), con un rango de 14 a 70 puntos. Un mayor puntaje refleja la percepción de más obstáculos, y el instrumento reporta una confiabilidad aceptable ( $\alpha = 0.77$ , King, 2006). En México fue utilizado por Benavides-Torres y Onofre-Rodríguez (2025), quienes reportaron un alfa de Cronbach de .80.

La Escala de Barreras para la Prueba de VIH evalúa obstáculos prácticos o contextuales, compuesta por 13 ítems. Entre ellos se encuentra: “No sé dónde acudir para realizarme la prueba de VIH”. La escala utiliza el mismo formato Likert de cinco opciones y genera un puntaje total entre 13 y 65, donde valores más altos corresponden a una percepción más elevada de barreras. Esta herramienta mostró una excelente consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.90 (Award et al., 2004). En el con-



texto mexicano fue utilizado por Benavides-Torres y Onofre-Rodríguez (2025), quienes reportaron un alfa de Cronbach de .86.

Completado los cuestionarios, estos fueron resguardados en un sobre para garantizar la confidencialidad y anonimato de la información proporcionada de los participantes. El estudio se basó en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud (SSA, 2014). Se contó con el permiso de las autoridades educativas, y con el consentimiento firmado por los jóvenes universitarios.

Los datos recolectados fueron procesados en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 24.0 para Windows. Se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y dispersión para caracterizar la información sociodemográfica de los participantes. Dado que las variables cuantitativas continuas no presentaron una distribución normal, se recurrió a pruebas no paramétricas, específicamente la U de Mann-Whitney, para comparar por sexo las puntuaciones de beneficios, creencias y barreras relacionadas con la prueba rápida de VIH. Asimismo, se aplicó el análisis de correlación de Spearman para identificar las relaciones entre las variables y dar respuesta al objetivo del estudio.

## Resultados

De los 210 participantes, el 68.1 % correspondió al sexo femenino con edad entre 18 y 28 años. La mayoría de los jóvenes se identifica como heterosexual (76.2 %), seguido de homosexual (6.7 %) y bisexual (17.15). La mayoría de los jóvenes estudian en la Facultad de Ciencias de la Salud (65.5 %), seguido de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas (10.6 %), Química (8.5 %), Derecho y Criminología (4.7 %), Ingeniería (5.0 %), Tecnologías de la Información (3.8 %) y Ciencias Naturales (1.9 %).

Respecto a la información sobre sexualidad, ITS y VIH/Sida, el 70 %, 68 % y 61.0 % de los jóvenes recibió información en los últimos tres meses, respectivamente. Asimismo, al 22.9 % se le realizó la prueba rápida de VIH en los últimos seis meses, mientras que al 77.1 % no se la practicó.

En relación con los beneficios, creencias y barreras sobre la toma de la prueba rápida de VIH, los jóvenes obtuvieron en la dimensión de beneficios un promedio de 39.3 puntos ( $DE = 7.3$ ), en la dimensión de creencias un promedio de 36.2 puntos ( $DE = 8.5$ ) y en la dimensión de barreras un promedio de 34.9 puntos ( $DE = 9.8$ ). Al comparar las dimensiones según el sexo del joven universitario (tabla 1), se identificaron diferencias significativas. Los hombres presentan una mayor media y mediana en beneficios y creencias en la toma de la prueba rápida de VIH/sida en comparación con las mujeres ( $p < .05$ ). En cuanto a las barreras, los datos se comportaron de manera homogénea ( $p > .05$ ).

**Tabla 1**

*Beneficios, creencias y barreras en la toma de la prueba rápida de VIH/Sida según el sexo del joven*

| Variables  | Joven |      |     |        |      |      |          |      |
|------------|-------|------|-----|--------|------|------|----------|------|
|            | Mujer |      |     | Hombre |      |      | U        | p    |
|            | M     | Mdn  | DE  | M      | Mdn  | DE   |          |      |
| Beneficios | 40.0  | 41.0 | 6.4 | 37.8   | 40.0 | 8.9  | 3979.500 | .046 |
| Creencias  | 35.1  | 35.0 | 7.5 | 38.5   | 39.0 | 9.9  | 3541.500 | .002 |
| Barreras   | 34.0  | 34.0 | 8.8 | 36.8   | 36.0 | 11.5 | 4038.500 | .067 |

*Nota:* M = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, U = U de Mann-Whitney, p = Significancia observada, n = 210

La Tabla 2 muestra que al comparar los beneficios, creencias y barreras en la toma de la prueba rápida de VIH/Sida según la preferencia sexual, no se identificaron diferencias significativas. Esta misma tendencia se presentó al comparar por facultad del joven universitario ( $p > .05$ ).

**Tabla 2**

*Beneficios, creencias y barreras en la toma de la prueba rápida de VIH/Sida según la preferencia sexual*

| Variables    | Beneficios |      |     | Creencias |      |     | Barreras |      |      | U     | p    |
|--------------|------------|------|-----|-----------|------|-----|----------|------|------|-------|------|
|              | M          | Mdn  | DE  | M         | Mdn  | DE  | M        | Mdn  | DE   |       |      |
| Heterosexual | 39.2       | 41.0 | 7.4 | 36.4      | 36.0 | 9.1 | 35.0     | 34.0 | 10.5 | 5.467 | .065 |
| Homosexual   | 42.8       | 43.0 | 2.1 | 34.7      | 33.5 | 5.9 | 34.5     | 34.5 | 8.7  | .512  | .774 |
| Bisexual     | 38.3       | 41.0 | 8.2 | 35.7      | 36.0 | 6.4 | 34.5     | 35.5 | 6.8  | .156  | .925 |

*Nota:* M = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, U = U de Mann-Whitney, p = Significancia observada, n = 210

Finalmente, en la Tabla 3 se observan las correlaciones entre las variables de estudio. Se logra apreciar una relación negativa y significativa entre las barreras y los beneficios ( $r = -.230$ ,  $p < .001$ ). Este resultado indica que, a medida que las barreras percibidas disminuyen, los beneficios percibidos de la prueba de VIH aumentan.

Mientras que se identificó una relación positiva y significativa entre las barreras y creencias ( $r = .667$ ,  $p < .001$ ). Este hallazgo indica que, a medida que aumentan las barreras, también aumentan las creencias (negativas) relacionadas con la prueba de VIH

También, se muestra que las creencias se relacionaron en forma negativa y significativa con los beneficios ( $r = .086$ ,  $p < .001$ ). El resultado sugiere que, a medida que las creencias disminuyen, se incrementa la percepción de los beneficios asociados a la prueba de detección del VIH.

**Tabla 4**

*Matriz de correlación de las dimensiones de la escala de la IE y el AUDIT*

| Variable      | 1       | 2      | 3 |
|---------------|---------|--------|---|
| 1. Beneficios | -       |        |   |
| 2. Creencias  | -.086** | -      |   |
| 3. Barreras   | -.230** | .667** | - |

*Nota:* \*\* $p < .001$ , \*  $p < .05$

## Discusión y conclusiones

Los hallazgos de este estudio evidencian que solo 22.9 % de los jóvenes universitarios se realizaron la prueba rápida de VIH en los últimos seis meses, mientras que la mayoría (77.1 %) no lo hizo. Lo anterior coincide con lo señalado por Ajayi et al. (2019) y UNAIDS (2025), quienes destacan que, a pesar de la disponibilidad de las pruebas, persiste una baja demanda asociada a barreras de carácter personal, cultural y estructural. La escasa utilización de servicios preventivos refleja una percepción limitada de riesgo entre los jóvenes, lo que ha sido ampliamente documentado en la literatura internacional (Bermúdez et al., 2018).

En relación con las diferencias por sexo, los hombres manifestaron niveles más altos de beneficios y creencias asociados a la prueba rápida de VIH en comparación con las mujeres. Lo anterior es contrario a lo planteado por Nshimirimana (2022), quienes identifican que las mujeres jóvenes tienden a percibirse más vulnerables al VIH y, en consecuencia, valoran más la utilidad del diagnóstico temprano. Por su parte, Ajayi et al. (2020) refieren que las mujeres se consideran más susceptibles, siendo ellas quienes más se realizan la prueba de detección. Sin embargo, en este estudio, las barreras se presentaron de forma homogénea entre hombres y mujeres, lo cual coincide con lo señalado por Alem et al. (2021), quienes enfatizan que las limitaciones para acceder a la prueba, como el estigma, la falta de información clara y la desconfianza hacia los servicios de salud, son factores comunes en ambos sexos.

Respecto a la preferencia sexual, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de beneficios, creencias y barreras, lo que contrasta con estudios previos en población HSH (hombres que tienen sexo con hombres), donde ha reportado mayor aceptación de la prueba debido a programas focalizados en este grupo (Bautista et al., 2012). Una posible explicación es que, en el contexto universitario, la información recibida sobre VIH e ITS tiende a ser homogénea, lo cual puede diluir las diferencias entre subgrupos.

Un hallazgo relevante fue la relación negativa entre las barreras y los beneficios percibidos, lo que implica que, a menor percepción de obstáculos, mayor valoración de las ventajas de la prueba. Este patrón ha sido

descrito por Maviso (2024) y Lealem et al. (2024), quienes sostienen que un adecuado conocimiento sobre el VIH y con acceso a los medios de comunicación, nivel de educación y situación económica media a alta se asociaron positivamente con la realización de la prueba del VIH. Heri et al. (2021) mencionan que las personas reconocen los beneficios de realizarse la prueba como una medida para prevenir el contagio. En este sentido, la percepción de barreras es uno de los principales predictores de la acción preventiva. Asimismo, la asociación positiva entre barreras y creencias negativas confirma lo señalado por Ajzen (1991), donde las actitudes y creencias influyen directamente en la intención conductual.

La baja proporción de estudiantes que se realizaron la prueba también podría relacionarse con lo reportado por UNAIDS (2025), que advierte sobre la persistencia del estigma y la desinformación en jóvenes, aun en contextos universitarios. Este fenómeno refuerza la necesidad de intervenciones educativas innovadoras que, además de transmitir información, busquen modificar creencias erróneas y disminuir el estigma social en torno a la prueba de VIH. De acuerdo con Chikwari et al. (2018), la atención a la salud y la detección del VIH en población adolescente enfrenta múltiples barreras vinculadas al ámbito personal, al sistema sanitario y al marco legal, mientras que el estigma social y profesional continúa representando una limitación fundamental. Es de gran relevancia implementar intervenciones de prevención dirigidas a este grupo de población.

En este sentido, los resultados de esta investigación evidencian que la percepción de beneficios, por sí sola, no resulta suficiente si no se disminuyen las barreras percibidas para la realización de la prueba, lo cual coincide con lo observado por Mass et al. (2024). Por tanto, se requiere un abordaje integral que articule estrategias educativas, políticas públicas y servicios accesibles y amigables, con énfasis en la población universitaria.

Dentro de las principales conclusiones, se puede destacar que la proporción de jóvenes universitarios a los que se realizó la prueba rápida de VIH en los últimos seis meses fue baja, lo que refleja una limitada apropiación de esta medida preventiva, a pesar de que la mayoría reportó tener información sobre sexualidad, ITS y VIH. Se obtuvieron diferencias

significativas por sexo en las dimensiones de beneficios y creencias, donde los hombres mostraron una mayor percepción de utilidad y creencias relacionadas con la prueba. Sin embargo, las barreras se mantuvieron homogéneas entre ambos sexos, lo que evidencia que los obstáculos para acceder al diagnóstico afectan a la población estudiantil en general.

No se hallaron diferencias en beneficios, creencias y barreras según la orientación sexual ni por facultad de procedencia, lo cual sugiere que la percepción de la prueba de VIH se construye de manera similar en los distintos subgrupos universitarios. Los hallazgos evidencian la importancia de implementar estrategias educativas innovadoras, culturalmente sensibles y centradas en la población universitaria, que promuevan la prueba rápida como una práctica habitual, libre de estigma y con acceso oportuno y confiable.

## Referencias (APA)

- Adebayo, O. W. & Gonzalez-Guarda, R. M. (2017). Factores asociados con la prueba de VIH en jóvenes en Estados Unidos: Una revisión integradora. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 28(3), 342–362. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2016.11.006>
- Ajayi, A. I., Abioye, A. O., Adeniyi, O. V. & Akpan, W. (2019). Preocupaciones sobre la contracción del VIH, conocimiento del estado serológico de la pareja y discusión sobre el VIH/ITS con parejas sexuales como determinantes de la realización de pruebas de VIH. *Journal of Biosocial Science*, 51(4), 549–561. <https://doi.org/10.1017/S0021932018000330>
- Ajayi, A. I., Awopegba, O. E., Adeagbo, O. A. & Ushie, B. A. (2020). Baja cobertura de pruebas de VIH entre adolescentes y adultos jóvenes en Nigeria: Implicaciones para alcanzar el primer 95 de ONUSIDA. *PLOS ONE*, 15(5), e0233368. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233368>
- Ajzen, I. (1991). La teoría del comportamiento planificado. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alem, A. Z., Liyew, A. M. & Guadie, H. A. (2021). Patrón espacial y factores asociados con la prueba y consejería sobre la infección por

- VIH en jóvenes (15–24 años) en Etiopía. *BMC Public Health*, 21(1), 644. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10677-0>
- Award, G. H., Sagrestano, L., Kittleson, M. & Sarvela, P. (2004). Desarrollo de una medida de las barreras para la prueba del VIH entre personas en alto riesgo. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 115–125. <https://doi.org/10.1521/aeap.16.2.115.32646>
- Benavides Torres, R. A. & Onofre Rodríguez, D. J. (2025). *Investigación sobre sexualidad responsable en adolescentes y jóvenes*. Universidad Autónoma de Nuevo León. <https://eprints.uanl.mx/29644/1/29644.pdf>
- Belza, M. J., Figueroa, C., Rosales, M. E., Ruiz, M., Vallejo, F. & de la Fuente, L. (2014). Bajo conocimiento y uso anecdótico de kits no autorizados de autoprueba del VIH en línea entre asistentes a un programa callejero de pruebas rápidas en España. *International Journal of Infectious Diseases*, 25, 196–200. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.1379>
- Bautista, S., Colchero, A., Sosa, S., Romero, M. & Conde, C. C. (2012). *Resultados principales de la encuesta de seroprevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres* (Informe técnico No. 3). Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE). [https://www.insp.mx/images/stories/Centros/CIEE/121115\\_resultadosEncuestaHSH.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/Centros/CIEE/121115_resultadosEncuestaHSH.pdf)
- Bermúdez, M. P., Ramiro, M. T., Teva, I., Ramiro-Sánchez, T. & Buela-Casal, G. (2018). Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes universitarios en Cusco (Perú). *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.002>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CEN-SIDA). (2025). *Epidemiología: Registro nacional de casos de VIH y sida*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
- Chikwari, C. D., Dringus, S. & Ferrand, R. A. (2018). Barreras y estrategias emergentes para la prueba del VIH entre adolescentes en África subsahariana. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 13(3), 257–264. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000452>
- Consejo Estatal de Población del Estado de Campeche (COESPO).

- (2024). *Diagnóstico sociodemográfico del municipio de Carmen, 2024*. <https://coespo.campeche.gob.mx/wp-content/uploads/2025/02/Diagnostico-Sociodemografico-del-Municipio-de-Carmen-2024.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2025). *Prevención del VIH en adolescentes*. <https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people/>
- Fuster, M. J., Molero, F., Nouvilas, E., Arazo, P. & Dalmau, D. (2014). Determinantes del diagnóstico tardío de la infección por VIH en España. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 177–185. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2014.07.011>
- Heri, A. B., Cavallaro, F. L., Ahmed, N., Musheke, M. M. & Matsui, M. (2021). Cambios en el tiempo en la cobertura de pruebas y consejería del VIH y factores asociados entre jóvenes en Zambia: Análisis transversal de encuestas demográficas y de salud (2007–2018). *BMC Public Health*, 21(1), 456. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10472-x>
- Hoyos, P. A., Sanabria, J. P., Orcasita, L. T., Valenzuela, A. L., González, M. & González, T. (2019). Representaciones sociales asociadas con el VIH/sida en estudiantes universitarios colombianos. *Saúde e Sociedade*, 28(2), 227–238. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180586>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la lucha contra el VIH/SIDA* (1 de diciembre). [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_VIH\\_Nal22.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_VIH_Nal22.pdf)
- King, A. (2006). *Factores que influyen en la decisión de hacerse la prueba del VIH entre estudiantes universitarios heterosexuales* [Tesis doctoral, Universidad de Georgia]. ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No. 3215052)
- Lealem, E. B., Zeleke, E. G., Andargie, B. A. & Wagnew, A. (2024). Prevalencia agrupada, variación espacial y factores asociados con la realización de pruebas de VIH entre personas con múltiples parejas sexuales en África subsahariana: Análisis espacial y multinivel. *PLOS ONE*, 19(7), e0306770. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306770>
- Maas-Góngora, L., Castillo-Arcos, L., Telumbre-Terrero, J. & Noh-Moo, P. (2024). Actitudes, beneficios y barreras hacia la realización de la prueba rápida de VIH en mujeres amas de casa. *Revista Salud*



- y *Bienestar Social*, 8(29), 1–11. <https://revistasaludybienestarsocial.uady.mx/Salud/article/view/161/98>
- Maviso, M. (2024). Prevalencia y predictores de la prueba de VIH entre hombres jóvenes en Papúa Nueva Guinea: Análisis transversal de una muestra nacional representativa. *PLOS ONE*, 19(8), e0306807. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306807>
- Morales, A., Espada, J. P. & Orgilés, M. (2016). Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention*, 25(3), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.06.002>
- Nshimirimana, C., Vuylsteke, B., Smekens, T. & Benova, L. (2022). Cobertura de pruebas de VIH y sus determinantes entre adolescentes y jóvenes en Burundi: Análisis transversal de la Encuesta Demográfica y de Salud 2016–2017. *BMJ Open*, 12(10), e064052. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064052>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). *Datos y estadísticas sobre el VIH*. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *VIH y sida: Panorama general*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2025a). *Hoja informativa 2025: Estadísticas mundiales del VIH*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2025b). *La urgencia del ahora: El sida frente a una encrucijada. Informe sobre los progresos hacia las metas 2025 y orientaciones estratégicas para el futuro*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-05/2025\\_SG-Report\\_GA79\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-05/2025_SG-Report_GA79_es.pdf)
- Rotheram-Borus, M. J., Mann, T., Newman, P. A., Grusky, O., Frerichs, R. R., Wight, R. G. & Kuklinski, M. (2001). Una encuesta callejera para evaluar actitudes y comportamientos respecto a la prueba del VIH. *AIDS Education and Prevention*, 13(3), 229–238. <https://doi.org/10.1521/aeap.13.3.229.17778>
- Sanabria-Mazo, J. P., Hoyos-Hernández, P. A. & Bravo, F. (2020). Fac-

tores psicosociales asociados con la prueba de VIH en estudiantes universitarios colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 147–157. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.8>

Secretaría de Salud (SSA). (2025). Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH: Informe histórico de VIH, 2.º trimestre 2025. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1023883/Informe\\_Historico\\_VIH\\_DVEET\\_2DO\\_TRIMESTRE2025.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1023883/Informe_Historico_VIH_DVEET_2DO_TRIMESTRE2025.pdf)

Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

# Capítulo 3

---

## Los factores sociales que influyen en la conducta anticonceptiva de las adolescentes: Una revisión narrativa

Rodríguez Ávila, Alejandra<sup>1</sup>  
Luna Ferrales, Clarisa<sup>2</sup>

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256883>



---

<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0008-3325-1048>, Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, Chih. México, Campus universidad #2 Circuito Universitario, Campus UACH II, 31125, [alrodriguez@uach.mx](mailto:alrodriguez@uach.mx)

<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3576-3046>, Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, Chih. México, Campus universidad #2 Circuito Universitario, Campus UACH II, 31125, [cluna@uach.mx](mailto:cluna@uach.mx), Autor de Correspondencia Luna-Ferrales, Clarisa, [cluna@uach.mx](mailto:cluna@uach.mx)

## **Resumen**

El objetivo del presente trabajo fue identificar la evidencia disponible de los factores sociales, como el apoyo en la conducta anticonceptiva de las adolescentes, que influyen en su conducta anticonceptiva. Métodos: Se realizó una revisión narrativa (Shukera, 2022) en las principales bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, con las palabras clave: anticoncepción, adolescente, embarazo en adolescencia, conducta anticonceptiva y factores sociales; se utilizaron los operadores booleanos AND y OR; se consideraron estudios originales, revisiones bibliográficas, estudios con enfoques cualitativos y cuantitativos, transversales, retrospectivos y prospectivos. Se tomaron como criterios de inclusión artículos de divulgación, de acceso abierto, artículos originales en idioma español, inglés y portugués, que tomaran en cuenta la conducta anticonceptiva en la adolescente y los factores sociales relacionados con el uso de anticonceptivos. Resultados: Se identificaron un total de 612 artículos, se eliminaron 5 por ser duplicados; finalmente quedaron 18 trabajos para su análisis. De los factores sociales surgieron el apoyo de la pareja, el apoyo de la familia y el apoyo del personal de salud. Discusión: La pareja, el apoyo familiar y el personal de salud reflejan el impacto en la anticoncepción. Conclusiones: Es fundamental visualizar un enfoque integral a las necesidades propias de la adolescente, considerando todo su contexto.

## **Introducción**

La adolescencia es una etapa con alta vulnerabilidad sociosanitaria; por lo tanto, son susceptibles a las influencias ambientales externas, que incluyen una mayor probabilidad de embarazos no planificados, direccionando a diversos problemas de alta complejidad y de gran relevancia a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), se han identificado 21 millones de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años; el 50 % de estos embarazos fueron no planificados, en los que América Latina y el Caribe representan la segunda tasa de embarazo adolescente. En México se reconoce que uno de cada cinco nacimientos anuales es de mujeres menores de los 20 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021; INEGI, 2023).

Algunos factores como la falta de apoyo y de conocimiento o información errónea sobre el uso de métodos anticonceptivos influyen en gran medida en la adolescente a la hora de tomar decisiones relacionadas con su sexualidad (Benítez et al., 2022). Las jóvenes que enfrentan un embarazo atraviesan cambios físicos y emocionales complejos, algunos propios de su etapa adolescente, así como, por la misma situación del embarazo no planificado, esta situación afecta su plan de vida y la impulsa a enfrentar varios desafíos (Gómez et al., 2019; Manjarres-Posada et al., 2022).

Desde el punto sanitario, las adolescentes en situación de embarazo no planificado son ubicadas en un grupo de riesgo, debido a que su organismo aún se encuentra en etapa de desarrollo, por lo que el cuerpo de la joven no se encuentra preparado para un embarazo y esto genera complicaciones obstétricas, tales como parto prematuro, bajo peso al nacer y el riesgo de incrementar la posibilidad de la mortalidad materna e infantil (Morales-Álvarez et al., 2022). Por otra parte, las adolescentes encuentran difícil acceso a los servicios de salud; esto se puede ver reflejado en la falta de información sobre los programas de seguimiento, lo que aumenta el riesgo de salud tanto para la adolescente como para su bebé, impactando así en la toma de decisión al momento de usar un método anticonceptivo (Santos et al., 2022).

Dentro de las consecuencias en el ámbito económico, un embarazo no planificado en la adolescencia conlleva la interrupción del proceso educativo, reduciendo oportunidades laborales por la falta de formación académica y profesional, limitando las posibilidades de conseguir un trabajo remunerado, generando un contexto de pobreza y dependencia económica. En este sentido, un embarazo en la adolescente representa un costo económico para el sistema de salud, debido a que se destinan recursos adicionales para proporcionar atención a la madre adolescente, así como a su hijo(a) (Morales, 2021).

En relación a las consecuencias sociales, el embarazo en la adolescente algunas veces lleva a enfrentar aislamiento, rechazo por parte de familia o compañeros de escuela, debido a la estigmatización, dando un impacto negativo en la salud mental y emocional de la joven. Por otra parte, la adolescente puede transitar por un camino lleno de responsabilidades adultas, iniciándola a una adaptación temprana, generando conflictos

familiares y sociales en su entorno, o experimenta abandono por parte de la pareja, familia o ambos, aumentando la vulnerabilidad de la adolescente, dificultándola a la integración social; todos estos factores pueden influir en la toma de decisiones del uso o no de un método anticonceptivo (Alonzo-Macias et al., 2023).

Respecto al uso de anticonceptivos, la OMS (2023) lo define como el método, dispositivo o medicamento que utiliza la población, con la finalidad de evitar un embarazo no intencionado. Dentro de la variedad y clasificación de los métodos anticonceptivos existentes, se pueden encontrar, de acuerdo con las necesidades de las personas, métodos de barrera, anticoncepción de emergencia, anticoncepción hormonal, dispositivos intrauterinos, la amenorrea, método de lactancia, entre otros; sin embargo, en el caso de la adolescente, la falta de conocimiento e información influye en la ausencia de uso de algún método anticonceptivo, lo que pudiera resultar en un embarazo no planificado (Birabwa et al., 2022; Secretaría de Salud, 2022).

Se reconoce a la conducta anticonceptiva como las actitudes, comportamientos de la adolescente al momento de tomar la decisión del uso continuo y correcto de un método anticonceptivo; esta conducta influye en la prevención de un embarazo no planificado o en la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) (St-Germain et al., 2022). Debido a que la adolescente atraviesa por una etapa de cambios psicológicos, físicos y emocionales, es importante el apoyo de personas significativas, ya que estas influyen en gran medida en la toma de decisión del uso o no uso de un método anticonceptivo y, en consecuencia, en la prevención de un embarazo no intencionado (Caudillo et al., 2020; Morales-Álvarez et al., 2022).

El cambio de estilo de vida y de adaptación de la adolescente requiere de un apoyo integral por parte de las personas que se encuentran en su entorno y que fungen como una guía o influencia durante su día a día. Es importante identificar el apoyo para la adolescente embarazada de aquellas personas que le son significativas. Para ello, la teoría de la conducta planeada (TCP) propuesta por Martin Fishbein e Icek Ajzen (1991) busca comprender y predecir el comportamiento humano a partir de creencias y actitudes que la propia persona tiene sobre sus acciones, así como la

percepción de la presión social. Estas teorías explican la conducta de las personas y cómo las creencias y las personas significativas impactan en la toma de decisiones.

La TCP menciona que la conducta de las personas se predice bajo factores psicológicos y sociales, destacando en lo social la norma subjetiva, que hace referencia a la percepción de creencias y expectativas que tienen las personas significativas y que la adolescente se encuentra motivada para tratar de satisfacerlas o cumplir sus intereses personales. Es decir, la adolescente percibe de las personas significativas en su vida que debe tener un comportamiento específico que ellas esperan que realice, lo que es de importancia para la joven, cumplir con esas expectativas. Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue identificar la evidencia disponible de los factores sociales como el apoyo en la conducta anticonceptiva de las adolescentes.

## Metodología

Para la elaboración de esta revisión narrativa se realizó una búsqueda de documentos a nivel nacional e internacional, que abordaron temas como los factores sociales que incluyeron el apoyo y uso de anticonceptivos en población adolescente. La búsqueda de información se realizó de febrero a marzo del 2023; esta revisión de narrativa (Shukera, 2022) se guio por las recomendaciones de la declaración PRISMA-ScR (2020), por sus siglas en inglés (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La pregunta de investigación se determinó utilizando la estrategia PCC (Población, Concepto, Contexto), según lo recomendado por el Instituto de Joanna Briggs (2015) para revisiones de alcance, donde P: adolescente, C: factores sociales y C: apoyo y uso de anticonceptivos. La pregunta de este proyecto fue: ¿Cuál es la evidencia disponible sobre la conducta anticonceptiva relacionada con los factores sociales, como el apoyo, que influyen en las adolescentes?

Las bases de datos en las que se buscaron los artículos que cumplieran los criterios de elegibilidad fueron PubMed, Scielo y Dialnet, seleccionando artículos del año 2017 al 2023. Se tomaron como criterios de inclusión artículos de divulgación, de acceso abierto, artículos originales

en idioma español, inglés y portugués, que tomaran en cuenta la conducta anticonceptiva en la adolescente y los factores sociales relacionados con el uso de anticonceptivos. Se eliminaron artículos relacionados con violencia y drogas. Se utilizaron los descriptores en ciencias de la salud: anticoncepción, adolescente, embarazo en adolescencia y conducta anticonceptiva. Durante la revisión, en primer lugar, se leyeron el título y resumen de cada artículo identificado bajo los criterios establecidos; después se comenzó con el análisis de cada documento, dando un resultado final de 18 artículos identificados.

Para la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave: anticoncepción, adolescente, embarazo en adolescencia, conducta anticonceptiva y factores sociales, incluidos en los descriptores DeCS y MeSH, utilizando los operadores booleanos AND y OR; se consideraron estudios originales, revisiones bibliográficas, estudios con enfoques cualitativos y cuantitativos, transversales, retrospectivos y prospectivos (Tabla 1). Se creó una base de datos en sistema Word para la selección, revisión, análisis, clasificación y extracción de resultados, la cual fue realizada por el investigador principal (AR), y para el análisis y disputas de los trabajos se realizaron por dos revisores (AR y CL); en caso de alguna diferencia, se consultó con una tercera persona (DL). Una vez seleccionados los estudios, en una segunda fase se elaboró una matriz de datos, donde se incluyeron los siguientes criterios: Autor(es), fecha, título del estudio, población, metodología, análisis y resultados. La Figura (1) describe los detalles de los estudios incluidos en esta revisión.



**Tabla 1***Estrategia de búsqueda de evidencia*

| Base de datos | Estrategia de búsqueda                                                                                     | Resultados | Artículos seleccionados |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|
| PubMed        | ((adolescent behavior) OR (contraception behavior)) AND (adolescent mother)) AND (pregnancy in adolescent) | 468        | 7                       |
|               | ((contraception behavior) OR (contraception)) AND (adolescent mother)                                      | 210        |                         |
|               | ((pregnancy in adolescent) OR (adolescent mother)) AND (contraception behavior)) OR (contraception)        | 980        |                         |
| Scielo        | Embarazo en adolescencia Y anticoncepción Y adolescente                                                    | 17         | 6                       |
|               | Embarazo en adolescencia Y anticoncepción                                                                  | 34         |                         |
| Dialnet       | Conducta anticonceptiva Y embarazo adolescente Y adolescente Y anticoncepción                              | 15         | 5                       |
|               | embarazo adolescente Y adolescente Y Anticoncepción                                                        | 123        |                         |

*Nota.* Elaboración propia

Este documento está basado en el análisis de la información que proviene de datos secundarios, por lo que no se involucró ni se interactuó directa o indirectamente con algún participante de los estudios, ni se utilizaron datos personales, por lo que no se requiere de alguna aprobación por algún comité de ética. Para garantizar la integridad y confidencialidad de los datos, en todo momento se siguieron las pautas y normas éticas que emanan de los principios éticos en investigación.

## Resultados

Con la búsqueda en las bases de datos se identificaron un total de 1847 artículos; se eliminaron 22 por ser duplicados; solo 18 de ellos cumplieron con los criterios de elegibilidad establecidos para esta revisión narrativa. De los dieciocho estudios analizados, se identificaron factores sociales que influyen en la conducta anticonceptiva de la adolescente, surgiendo el apoyo de la pareja, el apoyo de la familia y el apoyo del personal de salud (Tabla 2); destacan investigaciones realizadas en Canadá, África y América Latina. Con respecto al diseño metodológico, se encuentran siete estudios de tipo transversal, tres estudios cualitativos, cuatro intervenciones y cuatro revisiones sistemáticas.

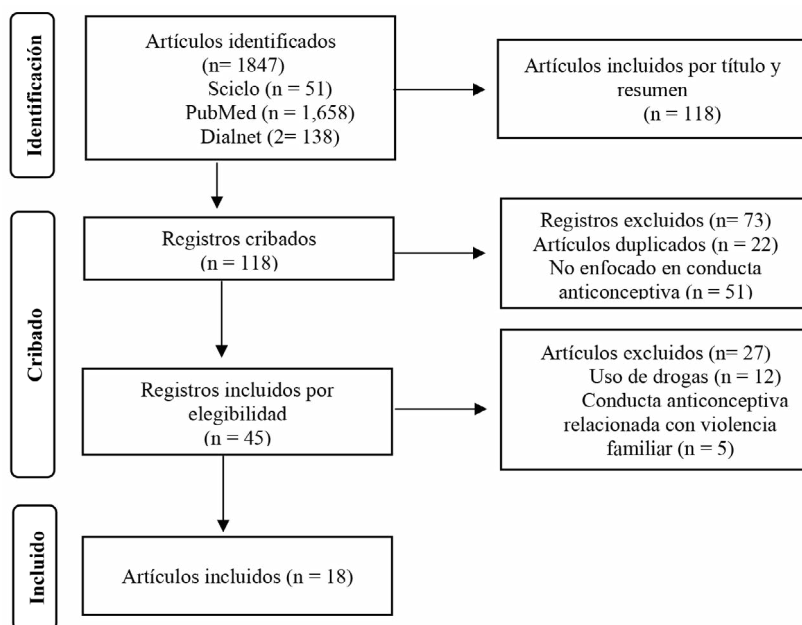
Dentro de los resultados obtenidos de estas investigaciones, se identifica que el apoyo por parte de las personas significativas influye en la

conducta de la adolescente; las muestras de cariño, estar presentes en situaciones importantes, la confianza, la comunicación, el conocimiento y las estrategias para proporcionar información sobre métodos anticonceptivos son un detonante para que la adolescente tome decisiones para el uso o no de un método anticonceptivo.

Al identificar la relevancia de estos hallazgos, se proporciona un panorama más amplio de la situación real de la adolescente con relación a su conducta anticonceptiva, como lo es el uso de anticonceptivo por lo que es de importancia, la comprensión de dicho fenómeno para ser abordado desde una perspectiva que favorezca la calidad de vida de la adolescente.

**Figura 1**

*Flujograma de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de los estudios sobre factores sociales desde la norma subjetiva y la conducta anticonceptiva en adolescentes*



**Tabla 2***Factores sociales que influyen en la conducta anticonceptiva*

| Autor                            | Resultados                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  | Apoyo de la pareja                                                                                                                                                                                                               |
| Huda et al (2022)                | La toma de decisiones anticonceptivas de las adolescentes se ven relacionadas e impulsadas con las características de la pareja, en general de mayor edad, lo anterior influye en el involucramiento en el control de natalidad. |
| Zare et al (2022)                | La pareja de mayor edad que la adolescente, así como la educación y la crianza de ambos influye positivamente en la planificación familiar                                                                                       |
| Jácome et al. (2024)             | Una relación estable entre la adolescente y su pareja, así como el conocimiento en métodos anticonceptivos influye en la prevención de conductas sexuales de riesgo.                                                             |
| González et al. (2021)           | La pareja de la adolescente tiene mayor decisión en la toma de decisiones anticonceptivas durante la relación íntima.                                                                                                            |
| Martínez-Escalante et al. (2024) | La pareja se considera un factor predictor en la toma de decisiones anticonceptivas de la adolescente, ya que ella desea tener su aprobación.                                                                                    |
| Chandra-Mouli & Akwara (2020)    | La adolescente siente seguridad con la pareja, esto influye en las decisiones anticonceptivas.                                                                                                                                   |

| Autor                  | Resultados                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Apoyo de la pareja                                                                                                                                                                                     |
| Autor                  | Apoyo de la familia                                                                                                                                                                                    |
| Reiss et al. (2020)    | El estilo de crianza permisivo influye en actividad sexual precoz, por lo que influye en las conductas sexuales de riesgo.                                                                             |
| Boateng et al. (2023)  | La falta de apoyo parental influye en una vida sexual anticipada.<br>Posterior al parto, la adolescente percibe abandono por la falta de apoyo parental.                                               |
| Birabwa et al., (2022) | El acompañamiento, comunicación y una relación socioafectiva entre la adolescente y los padres influye en la toma de decisión del uso de anticonceptivos.                                              |
| Guzmán (2022)          | Una adolescente que pertenece a una familia disfuncional, donde se identifique la falta de comunicación y de tiempo compartido, se relaciona con conductas de riesgo sexual.                           |
| Jiménez et al. (2024)  | La falta de percepción de seguridad emocional entre la adolescente y los padres influye en el inicio de una relación sexual precoz.                                                                    |
| Núñez et al. (2022)    | La falta de conocimiento anticonceptivo por parte de la adolescente y de los padres, así como la falta de participación en información anticonceptiva influye en suplir estas ausencias con los pares. |

| Autor                       | Resultados                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             | Apoyo de la pareja                                                                                                                                                                                                                                     |
|                             | Apoyo de personal de salud                                                                                                                                                                                                                             |
| Morales (2023)              | La adolescente percibe falta de capacitación y cumplimiento en la información anticonceptiva recibida por el personal de salud.                                                                                                                        |
| Ramteke et al. (2023)       | La adolescente experimenta confusión cuando, tras el inicio de su vida sexual o posterior a un parto, deja de ser atendida por el pediatra y la transfieren con el médico general. Lo anterior influye en la adolescente a no ir a un centro de salud. |
| Rivera-Galván et al. (2022) | La adolescente percibe falta de preparación profesional de la información de anticonceptivos por parte del personal de salud.                                                                                                                          |
| Alca et al. (2023)          | La adolescente siente desigualdad ante el acceso a los servicios de salud en métodos anticonceptivos, tanto por su escasez, así como por el por horario escolar.                                                                                       |
| Ibáñez-Cuevas et al. (2021) | Para la adolescente, se le dificulta el horario de los servicios de salud ya que interviene en su horario escolar, lo que influye en optar por no acudir por información en métodos anticonceptivos.                                                   |
| Castro et al. (2022)        | La confidencialidad y calidad de atención se relacionan con la confianza entre la adolescente y el personal de salud.                                                                                                                                  |

*Nota.* Elaboración propia

A continuación, se presentan tres ejes temáticos de los factores sociales que influyen en la toma de decisiones de la adolescente: apoyo de la pareja, apoyo de la familia y apoyo del personal de salud.

## **Factor social: Apoyo de pareja**

Huda et al. (2022) realizaron un estudio donde identificaron que en América Latina y el Caribe, existe un 81 % de embarazo no intencionado en la adolescente, relacionaron la maternidad con las características de la pareja refiriendo que, el 73.98 % se casaron y el 22 % de las adolescentes se casaron antes de los 15 años y ya se encontraban embarazadas. Aunado a esto, los autores refieren que, las adolescentes casadas deseaban más hijos ya que la pareja lo externaba, por lo tanto, el deseo de la pareja de procrear más hijos influía en la planificación familiar de la adolescente.

Otro estudio realizado por Zare et al. (2022) encontraron que, la edad de 15 a 18 años de la adolescente se asocia con una disminución de salud reproductiva, de este grupo el 30.36 % se encontraban casadas. También identificaron que la edad de la pareja que fuese mayor que la adolescente, se relacionaba con más conocimiento sobre la planificación familiar, con la madurez y educación al tener un impacto positivo en la joven para la toma de decisión en la utilización de un método anticonceptivo.

Por otra parte, Jácome et al. (2024), realizaron una investigación identificando que cuando la adolescente tiene pareja, la decisión y responsabilidad de utilizar un método anticonceptivo es de ella, sin embargo, cuando tiene una pareja estable la decisión anticonceptiva es de ambos. En el estudio también se observó que, la adolescente tiene mayor conocimiento de lo que es una conducta sexual de riesgo en comparación con el joven adolescente, lo que llevaba a tener más conciencia de utilizar o no un método anticonceptivo en la actividad sexual.

En la revisión sistemática que realizaron González et al. (2021), identificaron que, la adolescente al tener pareja estable o no, la decisión de utilizar o no un método anticonceptivo la toma el hombre con un 31.3 % y la adolescente con un 12.5 %. Por lo tanto, se demuestra que la adolescente tiene mayor influencia respecto a la anticoncepción en pareja. También observaron que las adolescentes tenían mayor deseo por tener una relación sólida con la pareja y esto influía en la curiosidad de iniciar una relación sexual y no detenerse en el acto sexual a tomar la decisión de utilizar un método anticonceptivo.

Martínez-Escalante et al. (2024) realizaron una revisión sistemática donde encontraron que la pareja influye en la toma de decisiones para

el uso de anticonceptivos; es un aspecto de gran importancia, ya que la adolescente desea tener su aprobación; por lo tanto, la pareja es considerada como un factor predictor para que ella decida o no utilizar un método anticonceptivo. Los autores concluyen que el apoyo de la pareja en la toma de decisiones en la planificación familiar contribuye en la adolescente a tener seguridad y confianza relacionada con su salud sexual.

Chandra-Mouli y Akwara (2020) observaron que la pareja de la adolescente es un pilar que influye en el uso de un método anticonceptivo, ya que ella se siente más segura en sí misma, por lo que hay más seguridad en la toma de decisiones en el uso de métodos anticonceptivos. Concluyen que es importante visualizar a la pareja de la adolescente dentro de programas de planificación familiar, para llegar al éxito en la implementación de dichos programas.

Por lo tanto, el apoyo de pareja a la adolescente en la anticoncepción resalta la importancia de una comunicación abierta, el apoyo emocional y la participación de la pareja en la toma de decisiones relacionadas con el uso de un método anticonceptivo. La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo de la identidad sexual y la salud reproductiva, por lo que contar con una pareja que brinde apoyo adecuado puede influir positivamente en la elección de métodos anticonceptivos y en la adherencia a estos.

Un entorno de apoyo en la relación, caracterizado por el respeto, la comprensión y la colaboración, permite a la adolescente sentir seguridad en la toma de decisiones responsables sobre su salud sexual. Además, un apoyo activo de la pareja puede contribuir a una mayor equidad en las responsabilidades relacionadas con la anticoncepción, evitando la sobrecarga de la adolescente en estos temas. En este contexto, el papel de la pareja se convierte en un elemento clave para fortalecer la autonomía de la adolescente y promover prácticas sexuales saludables y responsables, así como reforzar la salud emocional de la adolescente, favoreciendo su bienestar integral y el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos.

## **Factor social: Apoyo familiar**

En un estudio que hicieron Reiss et al. (2020), identificaron que en el entorno familiar se encuentra un estilo de crianza permisivo, lo que se relaciona con la iniciación de la actividad sexual prematura de la adolescente en un 59.6 %. Determinaron que lo anterior influye en un comportamiento sexual de riesgo, siendo en primera instancia la falta de comunicación en los temas de anticoncepción como factor detonante, actitudes o comportamientos aprendidos por parte de los padres, también relacionado con las normas y valores familiares, surgiendo una carencia de protección en la comunicación familiar.

Por otra parte, Boateng et al. (2023) encontraron que la falta de apoyo por parte de los padres influye en una vida sexual precoz donde puede surgir un embarazo no planeado. Ahora bien, posterior al parto de la adolescente, identificaron que la familia no proporciona cuidado, apoyo ni seguimiento a las necesidades y actividades de las nuevas madres, percibiendo el abandono, ocasionando una falta de interés en utilizar métodos anticonceptivos para la planificación familiar.

Birabwa et al. (2022) determinaron que la confianza de contar con los padres en una situación sentimental, el sentimiento de apoyo y la comunicación influyen en gran medida en el comportamiento y toma de decisiones de la adolescente en relación con el uso continuo de un método anticonceptivo. Un factor socioafectivo importante es la relación positiva de padres e hijos, donde involucra la comunicación, la retroalimentación en temas desconocidos sobre sexualidad y el acompañamiento para la autoeficacia en una conducta anticonceptiva.

Guzmán (2022) identificó que cuando la adolescente pertenece a familia disfuncional caracterizada por falta de muestra de cariño y poco tiempo compartido, son factores familiares que están altamente relacionados con la conducta de riesgo sexual en las jóvenes. Además, el estilo parental autoritativo seguido del permisivo predomina en la crianza de las adolescentes, convirtiéndose en riesgo para la toma de decisiones relacionada con el uso de métodos anticonceptivos de la adolescente.

Por otra parte, Jiménez et al. (2024) concuerda en que la dinámica familiar de la adolescente juega un rol importante para su madurez se-



xual, siendo esta una situación compleja con varios factores de riesgo relacionados con la crianza, así como la relación entre padres e hijos. Determinaron que, si la adolescente en su entorno no cubría sus necesidades afectivas, ella se podía anticipar a una relación sexual precoz con la finalidad de percibir seguridad emocional por parte de la pareja para tratar de suplir dicha necesidad.

Núñez et al. (2022) identificaron que la participación en temas de información de salud sexual por parte de los padres de la adolescente es de gran relevancia, ya que genera mayor efectividad y éxito de programas relacionados con el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, también se observó que, debido a la falta de comunicación entre ambas partes y de conocimiento de los padres sobre la información con el tema de anticonceptivos, resulta ser una necesidad identificada, ya que la adolescente opta por suplir esa información con los pares, reflejándose en la inseguridad al elegir utilizar un método anticonceptivo.

El apoyo familiar a la adolescente en la anticoncepción subraya el papel crucial que la familia desempeña en el bienestar físico, emocional y social de la joven, especialmente en lo relacionado con su salud sexual y reproductiva. Un apoyo familiar adecuado, basado en la comunicación abierta, el respeto y la educación integral, puede facilitar que la adolescente tome decisiones informadas y responsables sobre anticoncepción, reduciendo el riesgo de un embarazo no planificado.

Una familia que brinda un ambiente de confianza y comprensión permite que la adolescente se sienta respaldada al abordar temas relacionados con su sexualidad, lo que aumenta la probabilidad de que busque y utilice métodos anticonceptivos de manera consistente. El acompañamiento familiar no solo implica el respaldo en el uso de anticonceptivos, sino también la promoción de una educación sexual integral que fomente la autonomía y la toma de decisiones informadas. De esta forma, el apoyo familiar ayuda a prevenir embarazos precoces, contribuye a la salud física y emocional de la adolescente y fortalece las relaciones familiares, promoviendo un entorno de seguridad y apoyo.

## **Factor social: Apoyo del personal de salud**

En una revisión sistemática Morales (2023) encontró que los profesionales en salud son actores de gran relevancia para la prevención de un embarazo no intencionado, sin embargo, también se identificó que las adolescentes visualizan un difícil acceso a la información por parte del personal, debido a que consideraban que las actividades relacionadas con los temas de sexualidad especialmente hablando de métodos anticonceptivos eran pocas, también observaron la falta de capacitación y cumplimiento en la promoción y prevención en la salud sexual.

Por su parte Ramteke et al. (2023) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de comprender los factores de riesgo del comportamiento sexual de las adolescentes y la intención de acercarse a un centro de salud. Los autores determinaron que el factor detonante para que la adolescente no se acercara al centro de salud, fue el cambio de servicio médico que donde en primera instancia era atendida por médicos pediatras, posterior al embarazo es atendida como un adulto en el servicio médico, esto crea confusión en la adolescente y opta por no ir al centro de salud.

Rivera-Galvan et al. (2022) encontraron que una de las barreras que enfrenta la adolescente es la desconfianza con los profesionales de salud ya que, perciben una falta de preparación al recibir información errónea o incompleta. Así mismo, identificaron que no se sienten cómodas tratando temas de sexualidad con el profesional, por temor a ser juzgada o ser tratada con indiferencia y por lo tanto optan por no asistir al centro de salud ni utilizar un método anticonceptivo.

Por otra parte, Alca et al. (2023) identificaron una desigualdad social ante el acceso a los servicios de salud reproductiva, debido a la disponibilidad de la adolescente de acudir al centro de salud por el horario escolar. Lo anterior es identificado como un factor de riesgo por el que la adolescente no acude al centro de salud a solicitar información o, en su caso, interrumpe el uso de un método anticonceptivo, generando una conducta anticonceptiva de riesgo.

Ibáñez-Cuevas et al. (2021) encontraron que tanto la adolescente, así como el propio profesional de salud, refieren un difícil acceso a los centros de salud. Lo anterior se encuentra relacionado con los horarios,

el proceso para obtención de citas, tiempos de espera prolongados, en algunos casos pagos relacionados con los servicios o consulta. Por otra parte, se observaron barreras culturales, inconformidad por parte de los padres al ofrecerle a las adolescentes información sobre métodos anticonceptivos, así como el poco dominio por parte del profesional en las técnicas de ofrecer la información.

Castro et al. (2022) identificaron en su estudio que el 83 % de las adolescentes recibe información sobre métodos anticonceptivos, el 84 % menciona que el trato por parte del profesional de salud fue buena al momento de la orientación. Sin embargo, encontraron que la falta de confianza con el personal de salud lo relacionan con la falta de calidad de atención reflejada en un 61 % y con relación a la confidencialidad un 21 %. Lo anterior refleja que el profesional de salud tiene un rol importante en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la adolescente.

Se determina que el apoyo del personal de salud a la adolescente en la anticoncepción destaca la importancia de un enfoque integral, accesible y respetuoso para garantizar el acceso a métodos anticonceptivos adecuados y seguros. El personal de salud juega un rol esencial en la educación, orientación y provisión de servicios médicos que favorezcan la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

Es fundamental que los profesionales de la salud brinden información clara, imparcial y basada en evidencia sobre las opciones anticonceptivas disponibles, considerando las necesidades y circunstancias específicas de cada joven. Este apoyo no solo debe centrarse en promover y proveer de métodos anticonceptivos, sino también en crear un espacio de confianza en el que la adolescente se sienta cómoda para expresar sus dudas, inquietudes y deseos respecto a su salud reproductiva. La confidencialidad, el respeto a la autonomía y el trato no discriminatorio son aspectos esenciales en este proceso, ya que ayudan a empoderar a la joven para que tome decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad.

## Discusión

Al contrastar los resultados obtenidos en este trabajo con los hallazgos de estudios previos, se observaron algunas similitudes, como lo refiere

Huda et al. (2022), que identificaron que el apoyo de la pareja hacia la adolescente tiene un papel importante en la adopción y uso continuo de un método anticonceptivo, ya que la interrelación entre ambos no solamente influye en la toma de decisión, sino que también lo hace en la salud sexual y reproductiva. Por su parte, Martínez-Escalante et al., (2024) encontraron que la participación, el respaldo emocional y psicológico que la pareja ofrece a la adolescente seguridad en el uso continuo de anticonceptivos. Esta mirada reflexiva permite comprender que el apoyo de la pareja es sustancial para la adolescente al momento de la toma de decisiones anticonceptivas.

Sin embargo, Chandra-Mouli y Akwara (2022), identificaron que, si la dinámica de pareja no es consistente y es desigual, puede inhibir la capacidad de la adolescente en la toma de decisiones con autonomía y autoeficacia, relacionadas con su salud sexual y reproductiva. Así como Zare et al. (2022) mencionan que las normas culturales y expectativas sociales influyen en cómo la pareja de la adolescente apoya el uso de un método anticonceptivo, es decir, la pareja, al tener el deseo de procrear descendencia, tiende a disminuir el apoyo, a no involucrarse en la toma de decisión de la joven o a presionar para el no uso de un anticonceptivo. Por lo tanto, el apoyo de pareja, no siempre garantiza un ejercicio pleno de la autonomía en la toma de decisiones en métodos anticonceptivos de la adolescente.

Así mismo, González et al., (2021) refieren que, la disposición de la pareja de la adolescente a utilizar un método anticonceptivo dependerá de las creencias, información, actitudes y experiencia en la anticoncepción. Y por su parte, Jácome et al., (2024) mencionan que la edad de la pareja, en su mayoría influye significativamente en la toma de decisiones en la conducta anticonceptiva de la joven ya que, tienen una visión positiva sobre la planificación y salud sexual. En este sentido, el apoyo de pareja deriva de varios factores para influir positivamente en la salud reproductiva de la adolescente.

Con respecto al apoyo de la familia Jiménez et al., (2024) identificaron que, es fundamental para la toma de decisiones anticonceptivas de la adolescente; se debe reconocer que la familia no solo implica un soporte emocional si no que, también influye en la manera en que la joven

percibe su salud sexual y reproductiva. Ante esto, Núñez et al., (2022) coinciden que cuando la familia brinda una información clara, objetiva y libre de juicios sobre el uso de métodos anticonceptivos, la adolescente tiene mejor comprensión de los métodos disponibles, así como de su uso. En este sentido, el apoyo de la familia tiende a reducir la vergüenza que la adolescente siente, al solicitar información u anticonceptivos en un centro de salud.

Boateng et al. (2023) identificaron que las familias que fomentan confianza, así como una comunicación efectiva, promueven una actitud responsable y segura ante la anticoncepción; cuando existe un ambiente de confianza y apoyo donde la joven se sienta cómoda al solicitar información con los padres, entonces predominará la toma de decisiones de usar un método anticonceptivo. Por su parte, Reis et al. (2020) coinciden en que, cuando existe un vacío emocional, la adolescente se percibe vulnerable por la falta de acompañamiento emocional y psicológico, aumentando así la probabilidad de un embarazo no intencionado. Por lo tanto, el apoyo de la familia se convierte en un pilar para el desarrollo de la autonomía y bienestar integral, ante la toma de decisiones anticonceptivas de la adolescente.

Por otra parte, Alva et al., (2023) identificaron que, cuando la familia de la adolescente está fragmentada o viene de padres adolescentes, en su mayoría, tienden a seguir patrones, surgiendo una conducta anticonceptiva de riesgo (Reiss et al., 2020). Por su parte, Guzmán et al. (2022) coinciden en que, al existir una desintegración familiar, puede generar en la joven falta de autonomía, careciendo de seguridad en la toma de decisiones de salud sexual, implicando una serie de emociones que involucran la falta de acompañamiento y, por consecuencia, barreras en el uso de anticonceptivos. Una familia que no esté presente en la vida de la adolescente, puede desencadenar inseguridad emocional e incertidumbre al momento de la toma de decisiones anticonceptivas.

Morales (2023) identificó que, en el apoyo por parte del personal de salud hacia la adolescente, es relevante que sea un apoyo adecuado, que no solo implica ofrecer algún método anticonceptivo, sino que también implica brindar una información clara, creando un ambiente de confianza fuera de juicios; esto es crucial para que la joven sea receptiva en la

toma de decisiones. Así mismo, Rivera-Galván et al. (2022) mencionan que la confidencialidad y el respeto a la autonomía de la adolescente son fundamentales en la conducta anticonceptiva. En ese sentido, el apoyo por parte del personal de salud influye de manera decisiva en la toma de decisiones de la adolescente, brindando seguridad y orientación para una conducta anticonceptiva.

Castro et al. (2022) refieren que, en ocasiones, la información sobre el uso de métodos anticonceptivos no está disponible para la adolescente; esto influye en una salud sexual de riesgo. Por su parte, Ramteke et al. (2023) añaden que la adolescente puede enfrentarse a situaciones de ser juzgada al solicitar un método, desalentando la búsqueda de la atención en salud y generando desconfianza tanto en el profesional como en sí misma al momento de toma de decisiones, impactando en la utilización y adherencia con el uso de anticonceptivos. Consecuentemente, el apoyo del personal de salud debe ser concreto, acompañando a la adolescente en el proceso de toma de decisiones anticonceptivas.

Por otra parte, la falta de información, asesoría y seguimiento en la adherencia de uso de un método anticonceptivo por parte del personal de salud conlleva una mayor probabilidad de que la joven no utilice alguno de ellos. Así mismo, la falta de apoyo emocional y psicológico aumenta la ansiedad y el miedo, repercutiendo en la toma de decisiones de la joven, lo cual incide en el no uso de anticonceptivos y finalmente llegar a un embarazo no intencionado, en consecuencia, a la falta de la formación continua en salud reproductiva y sexual (Ibáñez-Cuevas et al., 2021; Alva et al., 2023).

Finalmente, algunas de las limitaciones de esta revisión narrativa se reconocen, la ausencia de algunos estudios relevantes en las bases de datos, por solo incluir trabajos más accesibles o de acceso abierto. De igual forma, algunas diferencias en cuanto al diseño, población y metodología hicieron difícil su comparación y los resultados tienen un alcance limitado, por no extrapolarse a todos los contextos.

## Conclusión

Esta revisión narrativa permitió identificar aspectos relevantes en la toma de decisiones de las adolescentes. La conducta anticonceptiva de la adolescente es un tema de gran relevancia en el ámbito de la salud pública. Si bien es cierto que la toma de decisión de utilizar o no un método anticonceptivo es de la adolescente, uno de los desafíos que persisten para limitar la participación anticonceptiva es la colaboración y aportación de la pareja, dejando de lado el de asumir una responsabilidad compartida en la anticoncepción.

El apoyo de la familia es importante ya que, es un factor que determina el uso de un método anticonceptivo en la adolescente, por lo que es indispensable la comunicación asertiva, el apoyo emocional, una educación y acompañamiento con la finalidad de empoderar a la joven en la toma de decisiones informadas y con responsabilidad sobre su salud sexual.

Finalmente, es crucial promover una salud sexual y reproductiva segura y equitativa por parte del personal de salud, donde evidencie el conocimiento por medio del apoyo brindado a la adolescente que solicita. Es fundamental visualizar un enfoque integral a las necesidades propias de la adolescente, considerando todo su contexto, para brindar un acceso a la información de manera más eficaz que, como consecuencia, la adolescente será autónoma en la toma de decisiones del uso de un método anticonceptivo.

## Referencias

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alca Gomero, K. J., De la Cruz Surco, V., Flores Santamaria, Y. Y., & Alvarez, Huari, M. Y. (2023). Uso De Métodos Anticonceptivos en la Adolescencia: Una Revisión Narrativa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 7529-7552. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i4.7490](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7490)
- Alonzo-Macias, K. X., Parrales-García, E. J., Quimis-Choez, J. P., & Cas-

- tro-Jalca, J. E. (2023). Causas y consecuencias de embarazo en adolescentes. *MQRInvestigar*, 7(3), 4349–4361. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.4349-4361>
- Benítez Meza, S., Ibarra Ozcariz, S. G., Rolón Ruiz Diaz, Á., Espínola de Canata, M., & Páez, M. (2022). Factores de riesgo relacionados al embarazo de adolescentes de 14 a 19 años de la Unidad de Salud San Gerónimo Salado, Limpio Paraguay en el periodo 2020-2021. *Revista científica ciencias de la salud*, 4(2), 56-63. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/04.02.2022.56>
- Birabwa, C., Bakkabulindi, P., Wafula, S. T., Waiswa, P., & Benova, L. (2022). Knowledge and use of lactational amenorrhoea as a family planning method among adolescent mothers in Uganda: a secondary analysis of Demographic and Health Surveys between 2006 and 2016. *BMJ open*, 12(2), e054609. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054609>
- Boateng, A. A., Botchwey, C. O. A., Adatorvor, B. A., Baidoo, M. A., Boakye, D. S., & Boateng, R. (2023). A phenomenological study on recurrent teenage pregnancies in effutu municipality-Ghana. the experiences of teenage mothers. *BMC Public Health*, 23(1), 218. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15074-3>
- Castro, P. C. Q., Huincho, L. M. P., & Vilcahuaman, J. M. (2022). Factores que intervienen para elección de un método anticonceptivo en adolescentes de un centro de salud de Huancavelica, 2021. *LLamkasun: Revista de Investigación Científica y Tecnológica*, 3(1), 161-165. <https://doi.org/10.47797/llamkasun.v3i1.96>
- Caudillo Ortega, L., Frausto Ramos, V. M., & Flores Arias, M. L. (2020). Conducta anticonceptiva desde una mirada del modelo ecológico. *Revista Ra Ximhai*, 16(3 Especial), 211–234. <https://doi.org/10.35197/rx.16.03.2020.11.lc>
- Chandra-Mouli, V., & Akwara, E. (2020). Improving access to and use of contraception by adolescents: what progress has been made, what lessons have been learnt, and what are the implications for action? *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 66, 107-118. [doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.04.003](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.04.003)
- Gómez, A. M. M., Olivera, R. A. P., Amores, C. E. D., & Soto, M. A.



- (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n2/1561-3062-gin-45-02-e218.pdf>
- González, M. I. G., Mesa-Cano, I. C., Ramírez-Coronel, A. A., & Moyano-Brito, E. G. (2021). Uso de anticonceptivos en la adolescencia: Revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(40), 396-410. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss40.2021pp396-410>
- Guzmán, Á. F. A. (2022). Funcionamiento familiar en relación con la conducta sexual de riesgo en adolescentes: una revisión integradora de la literatura. *Centros: Revista Científica Universitaria*, 11(1), 74-90. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/228/2282818007/index.html>
- Huda, M. M., O'Flaherty, M., Finlay, J. E., Edmed, S., & Al Mamun, A. (2022). Partner's characteristics and adolescent motherhood among married adolescent girls in 48 low-income and middle-income countries: a population-based study. *BMJ open*, 12(3), e055021. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/3/e055021.full.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes* (datos nacionales). [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP\\_EmbNoPlanificado23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_EmbNoPlanificado23.pdf)
- INEGI. (2023). *Estadísticas de nacimientos registrados* (ENR) 2022. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/NR/NR2022.pdf>
- Ibáñez-Cuevas, M., Torres-Pereda, P., Olvera-García, M., Pastrana-Sámano, R., & Heredia-Pi, I. B. (2021). Calidad de la atención en los servicios de salud amigables para adolescentes en Morelos, México: Perspectiva de usuarios y prestadores. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, (83). <https://doi.org/10.33064/iycaa2021833750>
- Jácome Vera, A. M., Román Proaño, J. V., & Cadena Figueroa, M. E. (2024). Embarazo en Adolescentes: Consecuencias en el Ámbito Familiar, Escolar y Psicosocial. *Tesla Revista Científica*, 4(2), e389. <https://doi.org/10.55204/trc.v4i2.e389>

- Jiménez Zarate, M., Zambrano Acosta, J. M., & Chica Chica, L. F. . (2024). Orientación familiar y embarazo adolescente no deseado: retos, desafíos y oportunidades para su prevención. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(2), 316–329. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i2.1057>
- Manjarres-Posada, N. I., Benavides-Torres, R. A., Onofre-Rodríguez, D. J., & Barbosa-Martínez, R.D.C. (2022). Aceptabilidad de una intervención motivacional para incrementar el uso de anticonceptivos en madres adolescentes mexicanas. *Atención Primaria*, 54(5). DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102321
- Martínez-Escalante, R. F., Caudillo Ortega, L., & Benavides-Torres, R. A. (2024). Barriers, Benefits, and Contraceptive Stages of Change in Adolescents Mothers Postpartum: A Systematic Review. *Horizonte Sanitario*, 23(2), 489-499. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5725>
- Molina, G. A. M., Pena, O. R. A., Díaz, A. C. E. & Antón, S. M. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2), . Epub 02 de junio de 2019. Recuperado en 15 de agosto de 2025, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2019000200017&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200017&lng=es&tlng=es)
- Morales-Álvarez C. T., Sáenz-Soto, N. E., Manjarres-Posada, N. I., Luna-Ferrales, C., & Barbosa-Martínez, R. D. C. (2022). Embarazo subsecuente en la adolescencia: causas, consecuencias y posibles soluciones. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.* <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1378894/1271-6853-1-pb.pdf>
- Morales, F. M. S., Barria, L. I. G., & Suárez, J. C. S. (2023). Factores socioafectivos y su influencia en la actividad sexual de adolescentes. *Revista Ciencias de la Salud*, 21(1), Article 1. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10375>
- Morales Rojas, M. (2021). Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales en salud de México. *Revista Salud Y Bienestar Social*, 5(1), 59-74. Recuperado a partir de <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/109>
- Núñez, J. E. C., Cevallos-Neira, A., Arpi-Becerra, N., López-Alvarado, S., & Jerves-Hermida, E. (2022). Educación sexual en el sistema edu-

- cativo para prevenir el embarazo adolescente: estado del arte. *Revista Educación las Américas*, 12(1). <https://doi.org/10.35811/rea.v12i1.182>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, septiembre). Planificación familiar/métodos anticonceptivos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Ramteke, R. U., Makade, J. G., & Bandre, G. R. (2023). Adolescent Sexual Behavior in Rural Central India: Challenges and Interventions. *Cureus*, 15(11), e49761. <https://doi.org/10.7759/cureus.49761>
- Reis, M., Ramiro, L., Gaspar, T., & Matos, M. G. (2020). Determinants that influence condom use at first sexual intercourse in Portugal. *International Journal of Education Humanities and Social Science*, 3(1), 61-78. [https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/42616/1/Determinants\\_condom.pdf](https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/42616/1/Determinants_condom.pdf)
- Rivera-Galván, A., del Carmen Ortega-Jiménez, M., de Lourdes García-Campos, M., & Ramírez-Gómez, X. S. (2022). Barreras percibidas para el uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil: revisión integrativa. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.*[Internet], 12(1), 27-38. <https://www.researchgate.net/publication/361486173>
- Santos, L. S., Morais, A. C., Amorim, R. da C., Souza, S. de L., Martins, L. A., & Morais, A. C. (2022). Impacts of pregnancy among quilombola adolescents. *Revista Latinoamericana De Enfermagem*, 30(spe), e3843. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6239.3843>
- Secretaría de Salud. (2022). *Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México*. [https://drive.google.com/file/d/1zUObLPLsd\\_sOZ3mRqqwZWaDpIsSmjgg2/view](https://drive.google.com/file/d/1zUObLPLsd_sOZ3mRqqwZWaDpIsSmjgg2/view)
- St-Germain, A. A. F., Busby, K., & Urquia, M. L. (2022). Marital status, immigration, and reproductive health among adolescent mothers in Canada, 1990–2018: A population-based, observational study. *Preventive Medicine*, 164, 107315. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107315>
- Sukhera, J. (2022). Narrative reviews: Flexible, rigorous, and practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414–417. <https://doi.org/10.1016/j.jgme.2022.04.001>

org/10.4300/JGME-D-22-00480.1

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D.,. 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>

Zare, M., Mardi, A., Gaffari-Moggadam, M., Nezhad-Dadgar, N., Abazari, M., Shadman, A., & Ziapour, A. (2022). Reproductive health status of adolescent mothers in an Iranian setting: a cross-sectional study. *Reproductive health*, 19(1), 89. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-022-01396-9>

# Capítulo 4

---

## **Adaptación comunitaria de la intervención Respeto M-Salud para la prevención del VIH**

*Hernández Torres, José Luis<sup>1</sup>*

*Rodríguez Vázquez, Nancy<sup>2</sup>*

*Cárdenas Cortés, Adriana Mayela<sup>3</sup>*

*Rosales Hernández, Karla Karina<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256890>



---

<sup>1</sup> ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3742-2875>, Facultad de Enfermería Unidad Laguna, Universidad Autónoma de Coahuila. Salvador González Lobo 495-465, República Oriente Nte., 25280 Saltillo, Coah.

<sup>2</sup> ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5263-3684>, Facultad de Enfermería Unidad Laguna, Universidad Autónoma de Coahuila. Salvador González Lobo 495-465, República Oriente Nte., 25280 Saltillo, Coah. Correspondencia: [nancy\\_rodriguez@uadec.edu.mx](mailto:nancy_rodriguez@uadec.edu.mx). Nancy Rodríguez Vázquez.

<sup>3</sup> ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1410-8069>, Facultad de Enfermería Unidad Laguna, Universidad Autónoma de Coahuila. Salvador González Lobo 495-465, República Oriente Nte., 25280 Saltillo, Coah.

<sup>4</sup> ORCID <https://orcid.org/0009-0009-2575-7708>, Facultad de Enfermería Unidad Laguna, Universidad Autónoma de Coahuila. Salvador González Lobo 495-465, República Oriente Nte., 25280 Saltillo, Coah

## Resumen

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo en la actualidad un problema de salud pública global especialmente entre adolescentes y jóvenes, en México cerca del 30% de los casos se concentran en este grupo etario, la vía sexual destaca como la principal vía en la que se adquiere el VIH.

**Objetivo:** Analizar las percepciones de jóvenes en la etapa cualitativa de la intervención M-Salud, identificando barreras, facilitadores y elementos culturales clave para su adaptación.

**Métodos:** Diseño cualitativo guiado por el modelo ADAPP-IT con una muestra de 15 jóvenes de 15 a 29 años; se utilizaron entrevistas semiestructuradas, grupos focales y revisión por expertos.

**Resultados:** Los hallazgos se agruparon en las siguientes categorías: Percepciones de riesgo y actitudes hacia el uso de condón, barreras culturales y sociales, rol de proveedores de salud, aceptación y recomendaciones sobre el prototipo móvil y propuestas de adaptación.

**Discusión y conclusión:** El proceso de adaptación de la intervención con tecnología móvil requiere una metodología planeada para identificar las necesidades de la nueva población objetivo; la percepción, las barreras y los aspectos relacionados con la adaptación fueron consistentes con otros estudios.

## Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un problema de salud pública global debido a que a la fecha se siguen reportando nuevos casos. En América Latina y el Caribe la pandemia es cada vez más joven; se entiende por juventud entre las edades de 18 a 29 años (Naciones Unidas, 2015). En este punto cabe resaltar que aproximadamente 740 000 adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años viven con el VIH/sida, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2015). Las juventudes representan uno de los grupos etarios con mayor número de personas que viven con el VIH en todo el mundo, solo en el 2014, 62 0000 jóvenes entre las edades de 15 a 24 años contrajeron el

VIH, de los cuales 220 000 fueron adolescentes entre las edades de 15 y 19 (Unicef, 2015). En México el sida ha sido catalogado como epidemia concentrada en grupos como: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectadas, trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, personas transgénero, transexual y travestis, las estadísticas demostraron que la población de jóvenes de 15 a 29 años es de los grupos etarios más afectados, así lo reportó el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA, 2019).

La vía sexual es el tipo de transmisión más común con 95.1 % de los casos de VIH/sida en México (CENSIDA, 2019). Asimismo, el grupo de 15 a 24 años representa el 40 % de los nuevos casos y muchos jóvenes no tienen acceso a la información, los conocimientos prácticos y los servicios necesarios para prevenir la infección, según la Organización Mundial de la Salud, por sus siglas en inglés (WHO, 2021). De acuerdo con información de las Naciones Unidas, la utilización del preservativo en jóvenes es una de las principales estrategias ante la prevención de la infección por VIH y corresponde a un indicador de los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) de la OMS (Unicef, 2022).

En este sentido, los casos de VIH/sida siguen presentándose y se enfatiza la necesidad de que el mundo debe actuar para doblegar la epidemia hasta el 2020, porque de no hacerlo podría repuntar, como lo advierte el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2022). Es importante mencionar que las acciones que se realicen para combatir esta epidemia del sida deben generar cambios en la forma de hacer la entrega de información, específicamente en los medios por los cuales se ejecutan las acciones, además de que se caractericen por ser innovadores dirigidos especialmente a adolescentes y jóvenes (Zhou et al., 2018).

Así pues, ante este panorama anteriormente expuesto, es necesario actuar de manera eficaz y oportuna a través de intervenciones basadas en evidencia, como la intervención, como lo marcan los ODS como referente internacional, y en esta idea atendiendo las necesidades actuales en el contexto en México. Las estadísticas refieren al grupo etario con mayor vulnerabilidad ante la infección de VIH, que son las juventudes de 15 a 29 años, en los que se destaca la cifra de 170 000 personas viviendo

con el VIH en esta población. De esta manera, una de las principales estrategias para impactar en dicho contexto es a través de intervenciones basadas en tecnología que sean dirigidas a jóvenes, tanto para hombres como para mujeres, en las cuales se aporte conocimiento de cómo prevenir la enfermedad, pero sobre todo que integren y desarrollen estrategias de prevención; y una de las acciones más efectivas es el uso de condón en las relaciones sexuales, así lo reporta el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2021).

Se comprobó que un recurso importante para la implementación de intervenciones fueron medios tecnológicos, dado el potencial de información y comunicación que ofrecen; es por ello que la salud móvil (mHealth), específicamente las aplicaciones móviles, ha sido un medio exitoso para brindar información, comunicación y recordatorios para el cambio de conducta. Investigaciones recientes comprobaron los beneficios de los consumidores de estas tecnologías; la participación de los usuarios mostró un alto grado de satisfacción y cambios positivos en la adherencia que se traduce en mejores resultados clínicos (Baltaxe et al., 2020).

En la actualidad, uno de los principales problemas de las intervenciones que pretenden modificar conductas de riesgo sexual recae en el método elegido para su adaptación al nuevo contexto donde será implementado; en esta etapa es indispensable. El presente estudio utilizó solo una etapa del modelo ADAPT-ITT, la cual es una metodología apropiada debido a que se enfoca en intervenciones en VIH (Wingood y Diclemente, 2008). La etapa que se utilizó fue la fase de adaptación. En esta fase, el modelo sugiere la realización de entrevistas semiestructuradas como un camino adecuado para identificar necesidades y preferencias de la nueva población objetivo con características similares a las reales; el presente marco es alineado y compatible con la metodología cualitativa. Por lo que el presente estudio tiene como propósito analizar las percepciones de jóvenes en la fase cualitativa de la intervención Respeto M-Salud, identificando barreras, facilitadores y elementos culturales clave para su adaptación. Cabe aclarar que en la región de estudio no existe un programa similar al propuesto.



## Métodos

El diseño del presente estudio fue de tipo cualitativo con el uso de la teoría fundamentada, se realizaron entrevistas semiestructuradas con jóvenes y proveedores de salud de una Organización no Gubernamental (ONG) la cual se dedica a la detección del VIH ubicada en el área metropolitana de la ciudad de Monterrey Nuevo León, México, las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento informado, se utilizó el programa VLC para mejorar la calidad del audio y para reproducirlas en modo lento y transcribirlas, se utilizó el programa Atlas ti 7.5.4 para proceder a limpiar las transcripciones de los de textos repetitivos, con el mismo software se realizó la codificación como el nivel más alto de análisis línea a línea asignado códigos con el proceso de lectura y relectura de forma detallada y minuciosa para lograr la saturación de códigos emergentes y evitar la pérdida de datos significativos (Katayama, 2010).

## Muestra y muestreo

La muestra se conformó por 15 jóvenes, 8 del sexo masculino y 7 del sexo femenino; se utilizó una guía de entrevista, la cual fue revisada por expertos en la temática (ver anexo A). Las preguntas se centraron en 5 grandes macrorubros que son: Percepción de riesgo y actitudes hacia el uso del condón, barreras culturales y sociales, proveedores de salud, uso de dispositivos móviles y elementos culturales clave para su adaptación.

Los criterios de inclusión fueron tener entre 18 y 29 años, acudir a la ONG por voluntad propia a solicitar la prueba de VIH, tener un resultado negativo a la misma. Los criterios de exclusión fueron haber participado en un estudio similar en los últimos 12 meses. La muestra se obtuvo finalmente cuando esta presentó saturación teórica de datos y el muestreo fue por conveniencia en función de la naturaleza del paradigma cualitativo (do Prado et al., 2008).

Se utilizaron dos métodos de credibilidad del presente estudio; el primero fue a través de la triangulación de datos realizada con la metodología de reuniones de trabajo a la par por dos investigadores a través de una perspectiva emic, la cual fue lograda a partir de reuniones previas

a la ONG para identificar símbolos, usos y costumbres, modo de trabajo y significados, lo cual fue facilitado por un mediador colaborador de la ONG para garantizar dicho enfoque, y la segunda por la validación de las respuestas de las juventudes. Lo cual resultó finalmente en la construcción artesanal de las categorías que reflejan los principales resultados de forma sintética del presente estudio. El proyecto contó con dictamen del comité de ética e investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León y tomó en consideración el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, además, conforme a los principios éticos que rigieron la investigación con personas, dando prioridad al respeto, la privacidad y el bienestar de quienes participaron, se aseguró que todo el proceso con las personas que participaron se llevó a cabo con apego a la dignidad humana y a la protección de sus derechos. Antes de iniciar su participación, cada persona recibió información clara y completa sobre los objetivos y procedimientos del estudio, otorgando su consentimiento informado por escrito de manera libre y voluntaria (SSA, 2014).

## Resultados

La muestra estuvo compuesta por personas del sexo masculino con el 55 % y el 45 % femenino; la media de la edad fue de 22 años. En cuanto al estado civil, se presentaron 67.7 % solteros y 33 % en estatus casado. En lo que corresponde a la escolaridad, el 44 % contó con título profesional, y en promedio iniciaron vida sexual activa a los 17 años. La muestra reportó no haber utilizado condón en su primera relación sexual en un 44.4 %.

Los resultados del presente estudio se centraron en las siguientes categorías: las personas participantes se abordaron en el lugar específico donde se pretende realizar la adaptación de la intervención Respeto M-Salud; cabe mencionar que se realizó desde una perspectiva emic y no etic. Lo que permitió identificar lo más cercano a la realidad del fenómeno de interés. Para la organización de la información se les asignó un número a las juventudes participantes.

## **Percepciones de riesgo y actitudes hacia el uso de condón**

En esta categoría se encontró que las juventudes percibían poca susceptibilidad al VIH, lo que representa una situación que podría exponer a las juventudes a una situación de alto riesgo sexual, como lo demostraron los siguientes textos:

“Yo sé que existe el VIH, pero siento que a mí no me va a pasar porque solo estoy con mi novio y pues ya lo conozco” (joven 19 años, E7).

“El sexo es sexo; la verdad es que, cuando pienso que voy a salir con alguien y si tengo la oportunidad de tener sexo, es difícil que la deje pasar, aun y cuando no tenga a la mano un condón” (joven 25 años, E12).

“En ocasiones no me gusta usar el condón porque es perder lo cachondo del momento y es dejarte llevar; en ese momento solo es el placer y lo demás es segundo plano” (joven, 22 años, E3).

## **Barreras culturales y sociales**

En esta categoría se encontró que existen múltiples barreras que fue necesario considerar antes de llevar a cabo la intervención Respeto M-Salud a la nueva población objetivo. Por ejemplo, mencionar aspectos como lo que opinan pares adolescentes, las personas que son importantes en la vida de las juventudes como lo pueden ser las amistades, además de los estereotipos y mitos en torno a la sexualidad como lo demostraron los siguientes párrafos.

“En mi casa, tu casa, no se habla de sexo y me acuerdo de que en su momento más joven pregunté sobre los condones o relaciones sexuales y me vieron mal, como si fuera algo indebido” (joven 18 años, E10).

“Cuando mis amigos hablan de sexo, pocas veces se comenta algo relacionado a la protección, es más enfocado a las experiencias o vivencias de cada quién, además mis amigos piensan que usar condón es no estar cerca de tu pareja, es no tenerse confianza, por eso muchos no los usan” (joven 20 años, E1).

“No acostumbro a traer conmigo condones, porque es raro que los traigas en tus cosas si no los vas a utilizar, aparte pues principalmente

la mujer debería de protegerse pues el hombre no se embaraza” (joven 19 años, E14).

### **Rol de proveedores de salud**

En esta categoría se identificó la necesidad de una consejería cara a cara, cercana de igual a igual y que no sea basada en el juicio sino en la comprensión y empatía, elementos centrales importantes para poder generar un modelo de consejería efectivo y sobre todo con lenguaje acorde a la población objetivo, así lo demostraron los siguientes párrafos.

“Cuando un doctor te regaña o te juzga ya no dan ganas de regresar, pero cuando te explican sin prejuicios te dan la confianza para preguntar” (joven 29 años, E5).

“Los que brindan consejería deben ser empáticos, que conozcan del tema, que te motiven y que sepan escuchar” (joven 27 años, E9).

“Yo considero que la consejería debería durar por lo menos dos sesiones, a lo mejor de una hora cada una, que sea privado o individual, creo que es suficiente para abarcar todos los temas que se puedan tener duda o dar un seguimiento y que sea de preferencia joven también porque cuando son muy mayores se puede prestar a que no se entiendan las ideas al cien porque ya no se habla el mismo lenguaje, puede haber choque de ideas” (joven 24 años, E2).

### **Aceptación y recomendaciones sobre el prototipo móvil**

En esta categoría el hallazgo fue que las juventudes prefirieron que se integrara el uso de tecnología a la nueva intervención adaptada, los videos cortos, mensajes motivacionales o de recordatorio y secciones de interés, fueron bien valorados por las juventudes, como lo demostraron los siguientes textos.

“Que la app tuviera videos cortitos, sería más fácil que los veamos, lo largo es aburrido y la neta no lo terminaríamos de ver” (joven 18 años, E15).

“Estaría bien que el celular te mandara un mensaje como de recordatorio sobre algo de educación sexual o para que sea más interesante, además es importante que se le agregue una sección de juegos para que no sea aburrido (joven 22 años, E8).

“Se escucha interesante estar en una consejería sobre sexualidad y que se use la tecnología como los teléfonos celulares, creo que sería una buena idea que se pudiera acceder a contenidos como un refuerzo” (joven 22 años, E6).

## Proceso de adaptación

En esta categoría se identificaron varios componentes esenciales que pueden potencializar los efectos de una intervención, como lo es manejar un lenguaje inclusivo, no direccionar la información solo a población heterosexual, presentar tipos de condones, sabores, materiales, texturas, precios y marcas, habilitar un medio de contacto a través de los dispositivos móviles, y recibir retroalimentación mediante videos, mensajes y el envío de un paso de seguimiento, como lo demuestra los siguientes textos:

“La consejería y en general deben incluir información no solo dirigida a población hetero, sino a las diferentes diversidades sexuales” (joven 23 años, E11).

“Ya hay otras maneras de elegir otros tipos y materiales de preservativos, como lo son de sabor, color y olor, así como tipos y materiales, porque qué pasa con la persona que es alérgico a algún material por ejemplo al látex” (joven 20 años, E4).

“Los dispositivos móviles, se escucha bien, solo es importante que se considere, videos, tutoriales, o el envío de información incluso podría servir como entrega de resultados de la prueba o de alguna actividad” (joven 21 años, E13).

## Discusión

El presente estudio reporta evidencia sobre el proceso de adaptación de la intervención Respeto M-Salud. Los resultados se agrupan en cinco categorías centrales: percepciones de riesgo y actitudes hacia el uso

de condón, barreras culturales y sociales, rol de proveedores de salud, aceptación y recomendaciones sobre el prototipo móvil, y el proceso de adaptación. Cada una de estas categorías es resultado del proceso cualitativo de análisis final, el cual permite evidenciar un panorama amplio y necesario para comprender los factores que condicionan el éxito de la adaptación de Respeto M-Salud al contexto real.

### **Percepciones de riesgo y actitudes hacia el uso de condón**

Un hallazgo en el presente estudio fue la baja percepción de susceptibilidad al VIH y otras ITS. Las juventudes mencionaron que, al estar en una relación estable, no perciben la necesidad de utilizar condón, lo cual coincide con otros estudios que refieren cómo la confianza en la pareja disminuye el uso de métodos preventivos (Eguiluz-Cárdenas et al., 2025). Esta percepción se acompaña de creencias centradas en el placer inmediato, como la idea de que el condón interrumpe la espontaneidad sexual o el juego previo, lo que se ha reportado en diferentes contextos en jóvenes latinoamericanos (Juárez-Moreno et al., 2021).

Estudios recientes han reportado que las actitudes hacia el uso de condón son aspectos más fuertes del comportamiento sexual que el conocimiento previo como lo menciona (Alvarez et al., 2010). En México, el 45% de las juventudes sexualmente activos no utiliza condón en su primera relación sexual, lo que evidencia que las juventudes no utilizan el condón de forma correcta y consistente en cada relación sexual como lo reporta el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en el 2020. Por los resultados en función del uso de condón, se puede decir que la intervención Respeto M-Salud debe integrar componentes que refuerzan la autoeficacia para negociar el uso del condón para disminuir su relación con la pérdida de placer, incorporando mensajes centrados en experiencias de pares.

Las juventudes señalaron que hablar de sexualidad en el hogar sigue siendo un tema tabú, lo que dificulta el acceso oportuno a información confiable. Esto es consistente con lo reportado por la (WHO, 2021) que enfatiza cómo las normas culturales restrictivas obstaculizan los pro-

gramas de educación sexual integral. Además, la influencia de pares y estereotipos de género refuerzan creencias que limitan la prevención. La idea de que “por ser hombre no se puede embarazar” refleja inequidades que colocan a las mujeres como responsables exclusivas de la protección, perpetuando relaciones desiguales de poder en la negociación del uso del condón (Juárez-Moreno et al., 2021).

Parte de la literatura científica existente en América Latina ha documentado que los mitos y estigmas sobre el condón persisten, asociados con desconfianza en la pareja y pérdida de intimidad, por lo tanto, las intervenciones adaptadas deben abordar explícitamente estos marcos culturales y trabajar en el nivel comunitario para contrarrestar las narrativas negativas en torno al uso del condón (Crowley et al., 2024; Eguiluz-Cárdenas et al., 2025).

### **Rol de proveedores de salud**

Las juventudes destacaron la importancia de una consejería empática, de tipo no moral y adaptada al lenguaje no técnico y juvenil. La evidencia indica que la comunicación basada en el juicio genera rechazo y reduce la adherencia a intervenciones de salud sexual (Mukherjee et al., 2022). La preferencia por proveedores jóvenes o cercanos generacionalmente también fue recurrente, lo que resalta la necesidad de integrar pares educadores o consejeros capacitados en técnicas de comunicación efectiva, incluso pares con la misma identidad de género que su par paciente para lograr una comunicación más empática. Este resultado coincide con estudios sobre intervenciones centradas en el usuario, donde la empatía y la escucha activa son elementos clave para generar confianza (Woessmann et al., 2023). Asimismo, revisiones sistemáticas han demostrado que la consejería en sexualidad, cuando se implementa en un marco de respeto y confidencialidad, incrementa significativamente el uso de condones y la adherencia a prácticas seguras (Echeverría Echeverría et al., 2018).

### **Aceptación y recomendaciones sobre el prototipo móvil**

La aceptación positiva del prototipo móvil refuerza la pertinencia de la tecnología como vehículo de salud pública. Las juventudes valoraron la inclusión de videos cortos, recordatorios y secciones interactivas, lo cual fue consistente con estudios que demostraron la eficacia de intervenciones mHealth en modificar conductas de riesgo en adolescentes (Sullivan et al., 2021). La preferencia por formatos breves refleja los patrones de consumo digital actuales, donde plataformas como TikTok o Instagram marcan la expectativa de atención y acceso a contenidos (Nelson et al., 2020). Una revisión sistemática reciente evidenció que las intervenciones mHealth en América Latina contribuyen a reducir conductas sexuales de riesgo y aumentar la adherencia a la PrEP y a las pruebas de VIH (Burns et al., 2016; Winskell et al., 2020). Estos hallazgos respaldan el potencial de Respeto M-Salud para escalar en otros contextos, siempre que su diseño incorpore flexibilidad, interactividad y un enfoque culturalmente sensible.

## **Proceso de adaptación**

Los resultados sugirieron que una adaptación efectiva requirió lenguaje inclusivo, representatividad de la diversidad sexual y contenido práctico sobre el uso del condón como tipos de condones, texturas, costos. Las juventudes expresaron la necesidad de que el programa no se limite a la heterosexualidad y contemple las distintas orientaciones e identidades sexuales, lo cual es congruente con las recomendaciones globales de la (WHO, 2021) sobre educación sexual integral inclusiva.

Además, quienes participaron propusieron utilizar dispositivos móviles como canal de retroalimentación y seguimiento, incluso para la entrega de resultados de pruebas de ITS, lo cual refleja una visión innovadora y acorde con tendencias actuales en telesalud (JA et al., 2018). El hecho de que las juventudes propusieran este uso sugiere no solo aceptación tecnológica, sino también disposición a integrar la salud digital, como un paso a una nueva era de la educación sexual integral con el uso de la tecnología.

## **Conclusiones**



La presente investigación permitió tener un acercamiento a la realidad del fenómeno de interés desde una perspectiva emic, se hizo mención especial a la complejidad del contexto en donde fue realizado el presente estudio, resaltando las barreras y facilitadores para potencializar las intervenciones. Los resultados presentados en este estudio mostraron que las juventudes mantienen una baja percepción de riesgo frente al VIH, lo cual los sitúa en un escenario de vulnerabilidad. Esta percepción tiene una similitud con las actitudes las cuales resultan ser ambivalentes hacia el uso del condón, donde el placer inmediato y la confianza en la pareja suelen priorizarse por encima de la protección. El conocer estos escenarios solo legitimó el paradigma cualitativo como un marco infaltable en el proceso de adaptación de intervenciones, sino que también aporta elementos críticos para diseñar los contenidos necesarios atendiendo las demandas de la nueva población objetivo.

Asimismo, el presente estudio evidenció barreras culturales y sociales profundamente arraigadas. El silencio en torno a la sexualidad en los hogares, los mitos transmitidos entre pares y los estereotipos de género continúan suponiendo una barrera en el uso del condón y desplazando la responsabilidad preventiva hacia las mujeres. Los hallazgos ponen en evidencia la necesidad de abordar la prevención del VIH no únicamente desde la perspectiva biomédica, sino también desde un enfoque de justicia social y de género, que contribuya a transformar desigualdades estructurales y promueva relaciones más equitativas.

La demanda de consejería empática, libre de juicios y con un lenguaje cercano refleja que la calidad de la comunicación puede ser determinante para que las juventudes permanezcan o se retiren de los servicios de salud. Este hallazgo convoca a invertir en la capacitación de profesionales y en el diseño de estrategias de consejería que contemplen la diversidad de las juventudes, sus contextos culturales y sus modos de comunicación.

Por otra parte, la aceptación del prototipo móvil reafirma la pertinencia de integrar tecnologías digitales en las intervenciones de salud. La preferencia por videos cortos, recordatorios y dinámicas interactivas revela que las juventudes no solo son receptivos a este tipo de herramientas, sino que las reconocen como un medio congruente con sus hábitos de consumo de información y comunicación. Los dispositivos

móviles podrían potenciar la entrega de resultados clínicos abre una vía innovadora que combina prevención, educación y atención en un mismo canal accesible y familiar.

Finalmente, el proceso de adaptación se consolidó como una fase imprescindible para garantizar la pertinencia cultural, la inclusividad y la efectividad de la intervención.

## Referencias (APA)

- Alvarez, C., Villarruel, A. M., Zhou, Y., & Gallegos, E. (2010). Predictors of condom use among Mexican adolescents. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24(3), 187–196. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.24.3.187>
- Baltaxe, E., Embid, C., Aumatell, E., Martínez, M., Barberan-Garcia, A., Kelly, J., Eaglesham, J., Herranz, C., Vargiu, E., Montserrat, J. M., Roca, J., & Cano, I. (2020). Integrated care intervention supported by a mobile health tool for patients using noninvasive ventilation at home: Randomized controlled trial. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(4), 1–12. <https://doi.org/10.2196/16395>
- Burns, K., Keating, P., & Free, C. (2016). A systematic review of randomised control trials of sexual health interventions delivered by mobile technologies. *BMC Public Health*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3408-z>
- CDC. (2021). Transmisión del VIH.
- CENSIDA. (2019). Guía para la atención, detección y referencia del VIH y otras ITS en Centros para la Atención de Adicciones. <https://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb370aee45201715512d720024b>
- Crowley, T., Weyers, L., Petinger, C., & Tokwe, L. (2024). Digital health interventions for adolescents living with HIV in low- and middle-income countries: A narrative review and logic model. *Information Development*. <https://doi.org/10.1177/026666669241299768>
- do Prado, M., de Souza, M., & Carraro, T. (2008). Teoría Fundamentada bases teóricas metodológicas. In *Investigación Cualitativa en Enfermería* (pp. 117–121).
- Echeverría Echeverría, R., Paredes Guerrero, L., Evia, N. M., Carrillo, C.

- D., Kantún, M. D., Batún, J. L., & Quintal López, R. (2018). Caracterización del hostigamiento y acoso sexual, denuncia y atención recibida por estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Psicología (Santiago)*, 27(2), 49–60. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.52307>
- Eguiluz-Cárdenas, I., Torres-Pereda, P., & Allen-Leigh, B. (2025). Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2). <https://doi.org/10.11600/rllcsnj.11.2.932>
- JA, P., Verweij, K., & Gerring, et al. (2018). HHS Public Access. 21(9), 1161–1170. <https://doi.org/10.1007/s12119-017-9454-6>
- Juárez-Moreno, M., López-Pérez, O., Raesfeld, L. J., & Durán-González, R. E. (2021). Sexuality, gender and hiv risk perception among mexican indigenous women1. *Saude e Sociedade*, 30(2), 1–12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200399>
- Katayama, R. (2010). *Introducción A La Investigación Cualitativa*.
- Mukherjee, T. I., Zerbe, A., Falcao, J., Carey, S., Iaccarino, A., Kolada, B., Olmedo, B., Shadwick, C., Singhal, H., Weinstein, L., Vitale, M., De Pimentel De Gusmao, E., & Abrams, E. J. (2022). Human-Centered Design for Public Health Innovation: Codesigning a Multicomponent Intervention to Support Youth Across the HIV Care Continuum in Mozambique. *Global Health Science and Practice*, 10(2). <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00664>
- Nelson, K. M., Perry, N. S., Horvath, K. J., & Smith, L. R. (2020). A systematic review of mHealth interventions for HIV prevention and treatment among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1211–1220. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa007>
- ONUSIDA. (2022). *Informe Del Vih 2022. ONUSIDA Actualización Mundial Sobre El Sida 2022*.
- Unicef. (2022). *Informe oral sobre el seguimiento del UNICEF de las recomendaciones y decisiones de las reuniones 49a y 50a de la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida*. <https://www.unicef.org/executiveboard/media/14831/file/2023-EB2-HIV-AIDS-ES-2022.12.30.pdf>
- WHO. (2021). *HIV/AIDS. 2021; World Health Organization*.

- Wingood, G. M., & Diclemente, R. J. (2008). The ADAPT-ITT Model A Novel Method of Adapting Evidence-Based HIV Interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 47, 40–46. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181605df1>
- Winskell, K., Sabben, G., Akelo, V., Ondeng'e, K., Odero, I., & Mudhune, V. (2020). A smartphone game to prevent HIV among young Kenyans: local perceptions of mechanisms of effect. *Health Education Research*, 35(3), 153–164. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa011>
- Woessmann, W., Zimmermann, M., Meinhardt, A., Müller, S., Hauch, H., Knörr, F., Oschlies, I., Klapper, W., Niggli, F., Kabickova, E., Attarbaschi, A., Reiter, A. A., Burkhardt, B., Casini, A., von Mackensen, S., Santoro, C., Djambas Khayat, C., Belhani, M., Ross, C., ... Wan, C. (2023). A pediatric regimen for older adolescents and young adults with acute lymphoblastic leukemia: results of CALGB 10403. *Blood*, 137(14), 1371–1386. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2024.01.017>
- Zhou, L., Zhang, D., Yang, C. C., Wang, Y., Bays, H. E., Jones, P. H., Orringer, C. E., Brown, W. V., Jacobson, T. A., Cho, H., Powell, D., Pichon, A., Kuhns, L. M., Garofalo, R., Schnall, R., Bell, D. L., Garbers, S., Catallozzi, M., Hum, R. S., ... Pratt, W. (2018). The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 675–712. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101289>

## Anexo A

### Guía de Entrevista

Guía semi-estructurada de entrevista con jóvenes Instrucciones:

La siguiente entrevista semi-estructurada deberá realizarse en un contexto tranquilo y en confianza, además se debe informar al participante que la entrevista será grabada para efectos de análisis de los datos.

Buenos días/tardes mi nombre es (nombre del entrevistador) soy enfermero y estoy interesado en conocer sobre las necesidades que tiene jóvenes como tú para poder brindar mejores consejos sobre cómo tener salud sexual. Por lo que me gustaría realizarte una entrevista. Si acepta participar, te haré unas preguntas sencillas sobre tu opinión de los programas para prevenir el VIH y sobre la opinión que tienes

respecto a ciertas conductas que practican las juventudes. Para poder participar me tienes que firmar esta hoja que se llama consentimiento informado. Tu participación durará 40 minutos aproximadamente. Si estás de acuerdo grabaré tus respuestas.

Preguntas generales:

- 1.- ¿Cuántos años tienes?
- 2.- ¿Cuál fue el motivo de tu visita?
- 3.- El VIH es un problema que está afectando a las juventudes ¿Por qué crees que se infectan las juventudes con el VIH?

Percepción de riesgo

- 4.- ¿Qué grupo de la población está en mayor riesgo?

Intervención

¿Cuánto tiempo crees que debe ocupar el personal de la salud para orientarte respecto a tu salud sexual?

¿Qué te parecería recibir orientación en dos sesiones sobre cómo mejorar tus prácticas sexuales?

¿Qué tanto tiempo estarías dispuesto/ a dedicar a un programa de consejería para prevenir el VIH

¿Crees que 45 minutos en una sesión de consejería es un tiempo adecuado para un joven como tú?

Se piensa hacer un programa de orientación a jóvenes que tiene dos sesiones, ¿Cuánto tiempo crees que deba de pasar entre una sesión y la otra?

Si tomas la decisión de cambiar una de tus conductas sexuales de riesgo ¿Cuánto tiempo te llevaría?

¿Qué es lo que se ocupa aprender para poder usar un condón tanto con la pareja estable o con la ocasional?

Estamos planeando utilizar algunos escenarios en dispositivos móviles y nos gustaría que nos ayudarás a seleccionar los que creas que son de mayor utilidad para que las juventudes aprendan a usar un condón.

¿Qué tal te parece la idea de que la consejería sobre sexualidad sea complementada con el uso de los dispositivos móviles?

¿Crees que está bien recibir recordatorios en mensajes de texto corto sobre el compromiso de tener una conducta sexual segura, cada tercer día en un horario preestablecido?

¿Qué características crees que deba tener la persona que da orientación sobre cómo prevenir el VIH/sida en las juventudes?

¿Te parecería bien que el consejero utilice una tablet para apoyarse mientras da la consejería?

¿Si fueras a una consejería sobre ITS/ VIH estarías dispuesto a llevar a cabo una tarea recomendada por el facilitador para prevenir el riesgo sexual, por ejemplo: usar el condón en la próxima relación sexual?

Preguntas más a detalle del fenómeno en estudio:

¿Cuáles son las principales creencias que influyen en las juventudes para usar un condón?

¿Qué riesgo crees que tienes de contraer el VIH?

¿Qué tanto riesgo crees que tiene un joven de contraer el VIH si no utiliza un condón?

¿Quiénes crees que influyen en un joven para que pueda usar o no un condón?

¿Consideras que la pareja influye para poder usar condón en las relaciones sexuales?

¿Influye el apoyo de la familia para usar condones, cómo?

¿Influye el apoyo de las amistades para usar condones, cómo?

¿Qué es lo que esperas al utilizar un condón o cual crees que sea el resultado de usar un condón?

¿Qué piensas de los condones?

¿Qué tan capaz te sientes de usar un condón?

¿Qué tan capaz te sientes de negociar con tu pareja el uso de un condón?

Me puedes decir cuáles son los pasos, uno por uno, para el uso correcto del condón

¿Qué tan probable es que utilices condones en la próxima relación sexual?

¿Cuáles son algunas conductas sexuales que consideras ponen en riesgo a las juventudes de tener VIH?

¿Crees que es fácil conseguir condones?

¿Dónde consigues los condones?

¿Una vez que los compras dónde los guardas?

¿Crees que es fácil o difícil cargar condones?

Finalizar la discusión y agradecer la participación de todas las personas.

# Capítulo 5

---

## **Conocimiento sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres que tienen sexo con mujeres**

*Cota Molina, María Fernanda*<sup>1</sup>

*Esquivel Rubio, Abraham Isaac*<sup>2</sup>

*Ramírez Barajas, María Fernanda*<sup>3</sup>

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256906>



---

<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0005-1011-8808>, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California. Av. Álvaro Obregón s/n, Nueva, 21100 Mexicali, B.C

<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6675-5439>, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California. Av. Álvaro Obregón s/n, Nueva, 21100 Mexicali, B.C

\*Correspondencia: Esquivel-Rubio, Abraham Isaac [abraham.esquivel@uabc.edu.mx](mailto:abraham.esquivel@uabc.edu.mx)

<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7237-1447>, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California. Av. Álvaro Obregón s/n, Nueva, 21100 Mexicali, B.C

## **Resumen**

**Objetivo:** Identificar el conocimiento sobre VIH-ITS en mujeres que tienen sexo con mujeres de Mexicali, Baja California, México. **Métodos:** Estudio descriptivo; incluye mujeres que tienen sexo con mujeres; muestreo no probabilístico, intencional y por bola de nieve, realizado de forma virtual en redes sociales. La muestra se constituyó por censo en un periodo de tiempo específico, es decir, que se contabilizaron a todas las MSM entre octubre del 2023 hasta enero del 2024. Se aplicó el instrumento denominado “The Sexually Transmitted Diseases - Knowledge Questionnaire (STD-KQ)”; **Resultados:** Media de edad de 24 años; el 44 % inició su vida sexual antes de los 18 años, el 38 % se identifica como bisexual y el 26 % como lesbianas. El 60 % de la población tiene bajo nivel de conocimiento sobre VIH-ITS. Las mujeres lesbianas son quienes presentan niveles más bajos de conocimiento. **Discusión y conclusiones:** Estos resultados coinciden con estudios similares en Brasil y se considera necesario desarrollar intervenciones en Educación Sexual Integral enfocada a las necesidades de las mujeres que tienen sexo con mujeres, la creación de espacios de salud seguros y, además, un abordaje comunitario sólido. **Palabras clave:** Conocimiento: Mujeres que tienen sexo con mujeres; VIH; Infecciones de transmisión sexual.

## **Introducción**

La sexualidad es un elemento clave en la salud de las personas en todas las etapas de la vida y se caracteriza por tener influencia en elementos biológicos y sociales, así como en la forma de expresarse y de relacionarse con otros, a través de distintos tipos de vínculos, ya sea emocional, sexual y/o reproductivo (Ligia Vera-Gamboa, 1998). Factores como la edad, el entorno, la educación, la economía, el contexto cultural, la sociedad y particularmente la salud son determinantes en cómo se expresa y se vive la sexualidad (Espada et al., 2014; Vargas, 2002).

El abordaje de la salud sexual se ha ido transformando con el paso de los años, teniendo mayor apertura en fechas recientes (De los Santos de Dios et al., 2021). Actualmente, la Organización Mundial de la Sa-



lud (OMS) la considera un aspecto clave para la salud de las personas y el cual tiene implicaciones en el desarrollo económico y social de las comunidades y los países (OMS, 2023). El Consejo Nacional de Población (CONAPO) define el término de salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar”. Se considera que la salud sexual requiere de un abordaje positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, de tal forma que se pueda lograr que las personas puedan vivir experiencias sexuales placenteras, seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (Consejo Nacional de Población, 2023).

Para esto, se vuelve importante reconocer que la Educación Sexual (ES) forma parte fundamental en el bienestar y sano desarrollo de las personas, ya que el tener acceso e información confiable contribuye a un mayor conocimiento de los riesgos que pueden existir en tales prácticas (Langer y Nigenda, 2000). De tal forma, la ES centra sus esfuerzos en otorgar herramientas para enseñar y proteger de los riesgos que existen en cada una de las etapas del desarrollo (De los Santos de Dios et al., 2021). Con esto se evidencia que la educación contribuye a mejorar la percepción, identidad y desarrollo social. Es así que educar desde temprana edad es clave para asegurar el bienestar y el sano desarrollo de las personas en materia de salud sexual (Cabrera et al., 2013).

En los últimos años, la ES ha evolucionado y se ha vuelto tema de suma importancia, gracias al cambio de los paradigmas científicos y sociales, convirtiéndose así en Educación Sexual Integral (ESI). La ESI, a través de la enseñanza, busca otorgar el conocimiento necesario en los distintos aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad, de modo que las personas tengan un desarrollo preparado y enfocado a sus habilidades y actitudes, desde la infancia hasta la edad adulta (Heredia Espinosa y Rodríguez Barraza, 2021). Debe destacarse que la ESI no solo se centra en brindar información, sino que procura cultivar valores positivos en materia de derechos humanos, los roles de género, los derechos sexuales y la igualdad de género (UNFPA, 2021).

Una variable importante respecto de la ESI es el conocimiento sobre VIH-ITS, pues este es un elemento con el cual se busca otorgar herra-

mientas de prevención respecto a estos problemas de salud pública; la literatura refiere que las personas que aumentan el nivel de conocimiento en esta variable son menos propensas a llevar a cabo conductas de riesgo y contribuye al retraso del inicio de la vida sexual, dado que cuentan con criterios para la toma de decisiones sobre su salud sexual (Cabrera et al., 2013; De Melo et al., 2022; López de Munain, 2019; Méndez et al., s. f.; Torres et al., 2006).

Actualmente, se considera la necesidad de aplicar la ESI y aumentar el nivel de conocimiento sobre VIH-ITS, particularmente a personas de comunidades clave y vulnerables, tal es el caso de niños y adolescentes; no obstante, también se considera a los miembros de la comunidad gay, lesbiana, bisexual, transgénero, no binarias, queer, entre otros, según el INEGI (2021). Al respecto, la encuesta nacional sobre Diversidad sexual y de género menciona que en México aproximadamente 5 millones de personas se identifican como parte de la comunidad LGBTQ+, es decir, 1 de cada 20 personas. (López de Munain, 2019; Radi et al., 2021).

Diversos autores abordan como un tema de importancia la poca visibilidad e información que existe hacia un grupo de esta comunidad, que es la población de Mujeres que tienen Sexo con Mujeres (MSM) (Kowalczyk y Nowosielski, 2019; Obón-Azuara et al., 2022; Rodríguez-Otero, 2020). Algunas investigaciones al respecto señalan la falta de implementación y desarrollo de educación sexual segura y adecuada para las MSM, situación que está asociada a la estigmatización social, lo que da como resultado una menor difusión y, a su vez, un bajo nivel de asistencia a los servicios de salud, entre estos, las visitas al ginecólogo y, por ende, poca recurrencia de exámenes como la citología vaginal (Fishman, 2001; Logie et al., 2014).

Desde un abordaje general, las MSM no son consideradas como una población clave para la prevención de VIH-ITS, esto debido a la baja incidencia de riesgo (Bezerra et al., 2022); no obstante, diversas fuentes mencionan que esto se debe a la poca investigación que existe sobre las prácticas de riesgo que pueden desarrollar, además de la homofobia internalizada y las malas experiencias que varias de estas mujeres han sufrido, como son personal médico poco informado y no sensibilizado a sus diferentes necesidades, tratos incómodos y la automática percepción

de que todas las personas son heterosexuales (Fishman, 2001; Fishman y Anderson, 2003).

Sin embargo, distintos estudios reportan que la incidencia de algunas ITS entre las MSM es similar a las estadísticas que reportan las mujeres que sostienen relaciones sexuales exclusivamente con hombres (Agénor et al., 2017; Evans et al., 2007). Según Logie et al. (2014), indica que una de cada cinco MSM ha sido diagnosticada con una ITS al menos una vez en su vida. Las ITS con mayor número de incidencias reportadas son: Virus de papiloma humano (VPH) y verrugas genitales en un 30.6 %, clamidia en un 19.4 %, herpes genital y oral en un 16.3 % y VIH en un 6.1 % (Agénor et al., 2017). Otro estudio reporta datos de prevalencia de VIH en Latinoamérica y el Caribe desde 0 a 2.9 % y en África del sur entre un 7.7 y 9.6 % entre MSM (Tat et al., 2015).

El uso de condón y barrera bucal son métodos muy efectivos para prevenir la transmisión de ITS/VIH; sin embargo, diversos estudios indican una prevalencia de bajo uso de estos y la mala información de que no son necesarios. En relación, Rowen et al. (2013) analizó la frecuencia del uso de varios métodos de barrera en un grupo de MSM, donde reporta que solo el 6.1 % de las MSM que practican sexo oral y el 25.7 % de las MSM que practican estimulación genital con juguetes sexuales utilizan barreras dentales o condón.

Pinto et al. (2005) considera que dentro de este grupo se reportan creencias erróneas como que, al no haber penetración masculina, no hay riesgo de contraer estas infecciones, así como prácticas de riesgo que puedan incrementar el riesgo de contraer alguna ITS-VIH. La evidencia existente establece un riesgo importante en las prácticas en las que se da el intercambio de fluidos vaginales o sangre menstrual, sobre todo al no usar métodos de barrera, como el compartir juguetes sexuales sin el uso de preservativos o sin lavar (Bezerra et al., 2022; Pinto et al., 2005). A pesar de que en años recientes ha incrementado la investigación hacia las ITS, esta se ha centrado en prácticas heterosexuales, vulnerando aún más a las MSM; al no ser considerada MSM, es raramente estudiada de manera apropiada (Gil-Llario et al., 2023).

Es de relevancia considerar que el contexto social en el que las MSM se encuentran puede ser considerado un factor que promueva o retrase

el desarrollo de la ESI y, por tanto, del conocimiento sobre ITS-VIH (Logie et al., 2015). En este sentido, la frontera noroeste de México es un espacio que durante muchos años mantuvo un posicionamiento conservador respecto a los derechos de las personas del colectivo LGBTQ+, situación que implica que temas sobre educación sexual, particularmente a MSM, puedan ser poco abordados, conllevando un riesgo en su salud sexual (López, 2017). De acuerdo con un análisis realizado por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA DE México (CENSIDA), de los años 2005-2010, la tasa de incidencia nacional de casos de VIH/SIDA disminuyó un 17 %, pero en los estados fronterizos la incidencia de VIH aumentó un 13 % (Rabadán-Diehl, 2020).

Ante las situaciones anteriormente planteadas es que se plantea el siguiente objetivo de investigación: ¿Cuál es el conocimiento sobre VIH y otras infecciones de transmisión de las mujeres que tienen sexo con mujeres en el contexto de la ciudad de Mexicali, Baja California, México?

## **Métodos**

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal para identificar el conocimiento sobre ITS/VIH en mujeres que tienen sexo con mujeres en Mexicali, Baja California, México.

La población estuvo compuesta por mujeres que refieren tener sexo con mujeres que viven en la ciudad de Mexicali, Baja California. Esta población es considerada oculta por el tema del estigma y discriminación, situación que las condiciona como vulnerables; ante esto se establece un muestreo no probabilístico, intencional y por bola de nieve, realizado de forma virtual en redes sociales. Dadas las características de la población, la muestra al respecto se constituyó por medio de un censo en un periodo de tiempo específico, es decir, que se contabilizaron a todas las MSM entre octubre del 2023 hasta enero del 2024.

Se incluyeron mujeres que refirieron tener sexo con otras mujeres, mayores de 18 años de edad, que radicaban en la ciudad de Mexicali, BC. Se excluyó a mujeres que únicamente sostengan relaciones sexuales con hombres.

Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos realizada expreso para caracterizar a la población, donde se destacan las variables: edad,

estado civil, grado académico, ocupación, nacionalidad, edad de inicio de la vida sexual, identidad sexual, antecedentes de alguna ITS, uso de juguetes sexuales y acceso a servicios ginecológicos.

Adicionalmente, se aplicó el instrumento denominado “The Sexually Transmitted Diseases - Knowledge Questionnaire (STD-KQ)” (anexo 2), el cual es un instrumento autoadministrado, diseñado para evaluar el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH, creado por Jaworski y Carey en 2007. Está estructurado por 27 ítems, cuyas opciones de respuestas son “verdadero”, “falso” y “no lo sé”; su estructura se centra en temas como transmisión de ITS/VIH, papiloma humano y hepatitis B. Son consideradas respuestas correctas en el término verdadero los reactivos 3, 4, 6, 8, 9, 12 y 14 y, en el caso de falso, los reactivos 1, 2, 5, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26; cada respuesta correcta tiene un valor de un punto, considerando “no lo sé” como incorrecta, por lo que se le asigna el valor de cero, por lo que el puntaje máximo es de 27 puntos. La interpretación del puntaje implica que a mayor puntaje, mayor conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual; estudios previos reportan un Alpha de Cronbach de 0.92 (Jaworski y Carey, 2007).

Para la recolección de los datos se solicitó la aprobación por parte del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California. Dadas las condiciones del muestreo, se realizó una invitación por medio de carteles que fueron colocados en distintos puntos de la ciudad; además, se dio a conocer de manera virtual a través de redes sociales, se creó una página exclusiva para el proyecto. En estos carteles se dieron a conocer los objetivos del estudio y se les invitó a participar por medio de un formato electrónico. Este cartel se compartió en redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, TikTok, etc.), con líderes de la comunidad LGBTQ+ y en espacios de reunión y en redes sociales del colectivo LGBTQ+. Las interesadas confirmaron su participación por medio del consentimiento informado.

Este proyecto se apegó a lo establecido en la normativa internacional aplicable a la investigación en salud y a la normativa mexicana principalmente en lo que corresponde al Reglamento de la Ley General de Salud

en materia de investigación para la salud del gobierno de México, en los artículos 13, 16, 17, 20, 21.

Para la captura de los datos se creó una base de datos en el programa SPSS v23, en la cual se realizó el vaciado de los instrumentos de cada uno de los participantes. Una vez capturados los datos, se hizo una depuración de la base de datos y se realizó el análisis descriptivo de la información, a través de frecuencias y porcentajes.

## **Resultados**

### **Datos sociodemográficos**

En relación a los datos sociodemográficos, todas las mujeres que participaron son mayores de edad, entre los 18 y 35 años ( $m=24.5$ ), de nacionalidad mexicana en su totalidad; el 76 % ( $f=38$ ) refieren ser solteras, el 4 % ( $f=2$ ) están casadas y el 20 % ( $f=10$ ) viven en unión libre; el 42 % ( $f=21$ ) de las participantes son trabajadoras, mientras que el 58 % ( $f=29$ ) son estudiantes. La mayoría de las participantes refieren haber iniciado su vida sexual a los 18 años; no obstante, se destaca que un porcentaje considerable inició de forma previa (Tabla 1).

**Tabla 1***Edad de inicio de la vida sexual de mujeres que tienen sexo con mujeres*

| Edad del inicio de la vida sexual | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| 14                                | 2          | 4%         |
| 15                                | 3          | 16%        |
| 16                                | 7          | 14%        |
| 17                                | 5          | 10%        |
| 18                                | 10         | 20%        |
| 19                                | 6          | 12%        |
| 20                                | 7          | 14%        |
| 21                                | 3          | 6%         |
| 22                                | 1          | 2%         |
| 24                                | 1          | 2%         |

*Fuente:* Elaboración propia

Respecto a la identidad sexual de las MSM, se reporta que el 38 % (f= 19) se identifica como bisexual (Tabla 2). De esta población de mujeres el 42 % (f= 21) no ha acudido al ginecólogo en el periodo de un año, mientras que el otro 42 % (f= 21) solo ha acudido una vez.

**Tabla 2***Identidad sexual*

| Identidad Sexual | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Lesbiana         | 13         | 26%        |
| Bisexual         | 19         | 38%        |
| Heterosexual     | 13         | 26%        |
| Pansexual        | 4          | 8%         |
| Sin etiqueta     | 1          | 2%         |

*Fuente:* Elaboración propia

El 40 % (f=20) de las mujeres no utiliza métodos de barrera durante las relaciones sexuales y el 60 % (f=30) refiere si usar. En el abordaje de las ITS, el 20 % (f=10) de las mujeres participantes, refieren haber sido diagnosticadas alguna ITS a lo largo de su vida en contraparte del 80 % (f=40) no han padecido ninguna, a este punto es de gran relevancia añadir que el 68 % (f=34) de ellas utilizan juguetes sexuales con sus parejas y el 32 % (f=16) no utiliza.

Referente al instrumento The Sexually Transmitted Diseases-Knowledge Questionnaire (STD-KQ), se destaca el ítem número dos, en el que se manifiesta que “las infecciones urinarias frecuentes pueden causar clamidia”, donde el 22 % (f=11) respondió “no lo sé” y el 36 % (f=18) respondió “verdadero” (lo cual es incorrecto), lo que implica, por tanto, que poco más de la mitad de las mujeres que participaron tienen un conocimiento erróneo acerca de las infecciones urinarias y la infección por clamidia.

En el ítem número diez: “Una mujer puede mirar su cuerpo y saber si tiene gonorrea”; los resultados refieren que el 22 % (f=11) respondió “no lo sé” y el 30 % (f=15) respondió “verdadero”, situación que implica que más de la mitad no cuentan con la información adecuada para determinar la presencia de una ITS. También se destaca el ítem número 22 que dice: “Hay una vacuna que evita que una persona contraiga clamidia”; el 52 % (f=26) de las participantes respondieron de manera incorrecta, reforzando la idea de que las mujeres que tienen sexo con mujeres no cuentan con la información adecuada en prevención de ITS de alta prevalencia, lo cual está asociado al tipo de prácticas sexuales que llevan a cabo.

En contraparte a lo presentado anteriormente, en el ítem número tres: “Hay una cura para la gonorrea”, el 78 % (f=39) de las mujeres participantes respondieron de manera correcta, mientras que solo el 22 % (f=11) respondió de manera incorrecta. En el ítem número ocho, “hay una cura para la clamidia”, el 74 % (f=37) de las participantes respondieron de manera correcta y el 26 % (f=13) de manera incorrecta. Respecto del ítem número 12, en el que se refiere: “el VPH puede causar verrugas genitales”; el 82 % (f=41) de las mujeres respondieron de manera correcta y el 1 % (f=9) de manera incorrecta. En lo referente a las puntuaciones finales del instrumento, se menciona que el 52 % (f=26) de las partici-



pantes obtuvieron porcentajes que se consideran aprobatorios, es decir, obtuvieron 17 o más respuestas correctas de un total de 27; mientras que el 44 % (f=24) obtuvo un porcentaje reprobatorio con respecto al instrumento, es decir, 16 o menos.

Respecto al nivel de conocimiento, solo el 40 % (f=20) de las mujeres que participaron obtuvieron un porcentaje de respuestas correctas del 70 % o más, es decir, 19 respuestas correctas o más de un total de 27, lo que, de acuerdo a la interpretación del instrumento, sería un mayor conocimiento sobre VIH/ITS. Esta situación implica que el 60 % (f=30) de las MSM tienen menos conocimiento sobre VIH/ITS (Tabla 3). Adicionalmente a los resultados descriptivos, se realizó un análisis de los ítems por medio de tablas cruzadas de las variables identidad sexual y número de respuestas correctas. Como resultados se obtuvo que el mayor nivel de respuestas incorrectas corresponde a las mujeres que se identifican como lesbianas, mientras que las que tienen mayor número de respuestas correctas son las mujeres que se identifican como bisexuales (Tabla 4).

**Tabla 3**  
*Número de respuestas correctas/ porcentaje*

| Núm. Respuestas correctas | Frecuencia | Porcentaje de respuestas correctas |
|---------------------------|------------|------------------------------------|
| 8                         | 2          | 29.6%                              |
| 9                         | 1          | 33.3%                              |
| 10                        | 1          | 37%                                |
| 12                        | 2          | 44.4%                              |
| 13                        | 3          | 48.1%                              |
| 14                        | 7          | 51%                                |
| 15                        | 1          | 55.5%                              |
| 16                        | 5          | 59%                                |
| 17                        | 6          | 62.9                               |
| 18                        | 2          | 66.6%                              |
| 19                        | 4          | 70.3%                              |
| 20                        | 4          | 74%                                |
| 21                        | 2          | 77.7%                              |
| 22                        | 3          | 81.4%                              |
| 23                        | 1          | 85.1%                              |
| 24                        | 5          | 88.8%                              |
| 25                        | 1          | 92.5%                              |

---

*Fuente:* Elaboración propia

**Tabla 4***Cruce de variable identidad sexual y respuesta correcta*

|                                |    | Identidad Sexual |              |          |           |              |
|--------------------------------|----|------------------|--------------|----------|-----------|--------------|
|                                |    | Bisexual         | Heterosexual | Lesbiana | Pansexual | Sin etiqueta |
| Total, de respuestas correctas | 8  | 0                | 0            | 2        | 0         | 0            |
|                                | 9  | 0                | 0            | 1        | 0         | 0            |
|                                | 10 | 0                | 0            | 1        | 0         | 0            |
|                                | 12 | 0                | 2            | 0        | 0         | 0            |
|                                | 13 | 0                | 2            | 1        | 0         | 0            |
| Total, de respuestas correctas | 14 | 3                | 0            | 2        | 1         | 1            |
|                                | 15 | 1                | 0            | 0        | 0         | 0            |
|                                | 16 | 1                | 1            | 3        | 0         | 0            |
|                                | 17 | 3                | 1            | 1        | 1         | 0            |
|                                | 18 | 0                | 2            | 0        | 0         | 0            |
|                                | 19 | 2                | 0            | 1        | 1         | 0            |
|                                | 20 | 1                | 2            | 0        | 1         | 0            |
|                                | 21 | 0                | 2            | 0        | 0         | 0            |
|                                | 22 | 3                | 0            | 0        | 0         | 0            |
|                                | 23 | 1                | 0            | 0        | 0         | 0            |
|                                | 24 | 3                | 1            | 1        | 0         | 0            |
|                                | 25 | 1                | 0            | 0        | 0         | 0            |
| Total                          |    | 19               | 13           | 13       | 4         | 1            |

*Fuente:* Elaboración propia

Así mismo, se realizó de forma complementaria la tabla 5, donde se observa el historial de ITS en las participantes del estudio de acuerdo a su identidad sexual, de tal forma que se destaca cómo las mujeres que se identifican como lesbianas refieren en mayor frecuencia haber tenido alguna ITS a lo largo de su vida (Tabla 5).

**Tabla 5***¿Ha tenido o alguna ITS? \*Identidad Sexual tabulación cruzada*

|                          |    | Identidad Sexual |              |          |           |              |
|--------------------------|----|------------------|--------------|----------|-----------|--------------|
|                          |    | Bisexual         | Heterosexual | Lesbiana | Pansexual | Sin etiqueta |
| ¿Ha tenido o alguna ITS? | No | 17               | 11           | 8        | 3         | 1            |
|                          | Si | 2                | 2            | 5        | 1         | 0            |
| Total                    |    | 19               | 13           | 13       | 4         | 1            |

*Fuente:* Elaboración propia

## Discusión y conclusiones

En el presente estudio se identificó el conocimiento sobre VIH/ITS en una población de 50 mujeres que se consideran a sí mismas como MSM; en este, se mostró que el 60 % ( $f=30$ ) de la población tiene bajo nivel de conocimiento de acuerdo a los resultados del instrumento que se utilizó.

Estos resultados coinciden con un estudio desarrollado en Brasil, elaborado por Parenti et al. (2023), donde se realizó la evaluación del conocimiento a una población similar de MSM mayores de 18 años, en el cual se reporta que menos del 50 % obtuvieron un resultado aprobatorio. Por el contrario, las mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres que obtuvieron un nivel de conocimiento mayor del 65 %, en comparación con las mujeres que solo tienen relaciones sexuales exclusivamente con mujeres; esta situación refuerza los resultados obtenidos en el presente estudio.

Como se mostró, el menor conocimiento en ITS/VIH fue presentado por la población de mujeres lesbianas, es decir, mujeres que mantienen exclusivamente relaciones sexuales con mujeres, mientras que el mayor nivel de conocimiento les corresponde a las mujeres bisexuales, heterosexuales, pansexuales y sin etiqueta, es decir, mujeres que mantienen relaciones sexuales con mujeres y hombres. Estos resultados coinciden con un estudio realizado por Marrazzo (2011), donde se reporta que las MSM tienen mayor prevalencia de vaginosis bacteriana que las mujeres que sostienen relaciones sexuales exclusivamente con hombres, esto debido a los factores de riesgo mencionados anteriormente, como lo

son el intercambio de fluidos vaginales y sangre menstrual durante las relaciones sexuales y el intercambio de juguetes sexuales.

De acuerdo con el estudio de Logie et al. (2015), las MSM tienen mayor prevalencia en infecciones de transmisión sexual como lo son VPH y hepatitis B, lo que coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio en el que se reporta que las mujeres que se identifican como lesbianas refieren un mayor número de ITS en comparación con las mujeres que se identifican como bisexuales, heterosexuales, pansexuales.

Con estos resultados se muestra la necesidad de desarrollar intervenciones en ESI enfocadas a las necesidades de las MSM, que busquen aumentar el nivel de conocimiento para evitar las ITS. Otras recomendaciones son crear espacios seguros con personal de salud informado y capacitado para atender las distintas necesidades de este grupo, además de iniciar campañas de concientización en espacios estratégicos para asegurar que la información llegue a la población objetivo, como lo son espacios LGBT+, grupos de apoyo para mujeres, entre otros.

## Referencias

- Abdulghani, N., González, E., Manzardo, C., Casanova, J. M., & Pericás, J. M. (2020). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 27(3, Supplement 1), 63-74. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.03.008>
- Agénor, M., Muzny, C. A., Schick, V., Austin, E. L., & Potter, J. (2017). Sexual orientation and sexual health services utilization among women in the United States. *Preventive Medicine*, 95, 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.11.023>
- Bezerra, A. L. L., Sorensen, W., Rodrigues, T. B., Sousa, S. M. L., Carneiro, M. S., Polaro, S. H. I., Ramos, A. M. P. C., Ferreira, G. R. O. N., Gir, E., Reis, R. K., & Botelho, E. P. (2022). HIV epidemic among brazilian women who have sex with women: An ecological study. *Frontiers in Public Health*, 10, 926560. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.926560>

- Cabrera, D. A. R., Ramos, D. G. S., Palú, E. C., & Cáceres, B. P. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 39(1), 161-174. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000100015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015)
- Cáceres-Burton, K. (2019). Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. *Revista chilena de infectología*, 36(2), 221-233. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182019000200221>
- Consejo Nacional De Población. (2023). *Diferencias entre salud sexual y salud reproductiva*. gob.mx. <http://www.gob.mx/conapo/documentos/diferencias-entre-salud-sexual-y-salud-reproductiva>
- De los Santos de Dios, R. O., Mazó Quevedo, M. L., Torres Méndez, F., & Sosa Peña, R. G. (2021). Abordaje científico de la educación sexual en estudiantes universitarios. *Revista Publicando*, 8(29), 87-93. <https://doi.org/10.51528/rp.vol8.id2168>
- De Melo, L. D., Sodré, C. P., Spindola, T., Martins, E. R. C., De Oliveira André, N. L. N., & da Motta, C. V. V. (2022). A preven o das infec es sexualmente transmiss veis entre jovens e a importància da educa o em saúde. *Enfermería Global*, 21(1), 74-115. <https://doi.org/10.6018/eglobal.481541>
- Espada, J. P., Morales, A., & Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 53-60. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.6>
- Equipo de enciclopedias de significados. (2014). *Significado de LGBT (Qué es, Concepto y Definición)—Significados*. <https://www.significados.com/lgbt/>
- Evans, A. L., Scally, A. J., Wellard, S. J., & Wilson, J. D. (2007). Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. *Sexually Transmitted Infections*, 83(6), 470-475. <https://doi.org/10.1136/sti.2006.022277>
- Fishman, S. J., & Anderson, E. H. (2003). Perception of HIV and safer sexual behaviors among lesbians. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(6), 48-55. <https://doi.org/10.1177/1055329003255591>
- Fleitas-Gutiérrez, D., González-Kadashinskaia, G. O., & Riofrio-Machado, M. I. (2016). Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre

- ITS/VIH. *Dominio de las ciencias*, 2(2), 3-11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761585>
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., García-Barba, M., Nebot-García, J. E., & Ballester-Arnal, R. (2023). HIV and STI prevention among spanish women who have sex with women: factors associated with dental dam and condom use. *Aids and behavior*, 27(1), 161-170. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03752-z>
- Grupos de población clave | ONUSIDA. (2023). ONUSIDA. <https://www.unaids.org/es/topic/key-populations>
- Heredia Espinosa, A. L., & Rodríguez Barraza, A. (2021). La educación sexual escolar... ¿Funciona? *Revista Digital Universitaria*, 22(4). <https://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.4.12>
- Jaworski, B. C., & Carey, M. P. (2007). Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. *AIDS and Behavior*, 11(4), 557-574. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9168-5>
- Kowalczyk, R., & Nowosielski, K. (2019). Impact of social factors and sexual behaviors on the knowledge of sexually transmitted infections among women who have sex with women/women who have sex with women and men. *International Journal of STD & AIDS*, 30(2), 163-172. <https://doi.org/10.1177/0956462418802736>
- Langer, A., & Nigenda, G. (2000). Salud sexual y reproductiva reforma del sector salud en américa latina y el caribe: desafíos y oportunidades. *Population Council*. <https://doi.org/10.31899/rh2000.1039>
- Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Weaver, J., Navia, D., & Este, D. (2015). A pilot study of a group-based HIV and STI prevention intervention for lesbian, bisexual, queer, and other women who have sex with women in Canada. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(6), 321-328. <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0355>
- Logie, C. H., Navia, D., Rwigema, M.-J., Tharao, W., Este, D., & Loutfy, M. R. (2014). A group-based HIV and sexually transmitted infections prevention intervention for lesbian, bisexual, queer and other women who have sex with women in Calgary and Toronto, Canada: Study protocol for a non-randomised cohort pilot study. *BMJ Open*, 4(4), e005190. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005190>

- López de Munain, J. (2019). Epidemiology and current control of sexually transmitted infections. The role of STI clinics. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (English Ed.)*, 37(1), 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.eimce.2018.10.006>
- López-Hurtado, M., García-Romero, S., Escobedo-Guerra, M. R., Bustos-López, D., & Guerra Infante, F. M. (2018). Prevalencia de la infección genital por Chlamydia trachomatis en mujeres que asisten al Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México. *Revista chilena de infectología*, 35(4), 371-376. <https://doi.org/10.4067/s071610182018000400371>
- López, J. A. (2017). Los derechos LGBT en México: Acción colectiva a nivel subnacional. *ERLACS*, 0(104), 69. <https://doi.org/10.18352/erlacs.10234>
- Marrazzo, J. M., Koutsky, L. A., Eschenbach, D. A., Agnew, K., Stine, K., & Hillier, S. L. (2002). Characterization of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. *The Journal of Infectious Diseases*, 185(9), 1307-1313. <https://doi.org/10.1086/339884>
- Marrazzo, J. M., Thomas, K. K., & Ringwood, K. (2011). A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: Results of a randomised trial. *Sexually Transmitted Infections*, 87(5), 399-405. <https://doi.org/10.1136/sti.2011.049213>
- Marrazzo, J. M., Koutsky, L. A., Kiviat, N. B., Kuypers, J. M., & Stine, K. (2001). Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *American Journal of Public Health*, 91(6), 947-952. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.947>
- Obón-Azuara, B., VergaraMaldonado, C., Gutiérrez-Cía, I., Iguacel, I., & Gasch-Gallén, Á. (2022). Gaps in sexual health research about women who have sex with women. A scoping review. *Gaceta Sanitaria*, 36(5), 439-445. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.008>
- Organización Mundial de la salud (OMS). (2023). *Salud sexual*. <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
- Parenti, A. B. H., Ignácio, M. A. D. O., Buesso, T. S., Almeida, M. A. S. D., Parada, C. M. G. D. L., & Duarte, M. T. C. (2023). Knowledge



- of women who have sex with women about Sexually Transmitted Infections and AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(1), 303-303. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09882022en>
- Pinto, V. M., Tancredi, M. V., Neto, A. T., & Buchalla, C. M. (2005). Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*, 19(Suppl 4), S64-S69. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000191493.43865.2a>
- Heredia-Caballero, A. G., Palacios-López, G. G., Castillo-Hernández, M. C., Hernández-Bueno, A. I., Medina-Arizmendi, F. V., Heredia-Caballero, A. G., Palacios-López, G. G., Castillo-Hernández, M. C., Hernández-Bueno, A. I., & Medina-Arizmendi, F. V. (2017). Prevalencia y tipificación de genotipos de virus del papiloma humano en mujeres del área metropolitana del Valle de México. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(12), 809-818. <https://doi.org/10.24245/gom.v85i12.1537>
- Radi, B., Pagani, C., Radi, B., & Pagani, C. (2021). ¿Qué perspectiva? ¿Cuál género? De la educación sexual integral al estrés de minorías. *Praxis educativa*, 25(1), 241-253. <https://doi.org/10.19137/praxis-educativa-2021-250116>
- Rodríguez, M. A., Martínez, H. B., Prieto, L. R., Rodríguez, M. M., Torrado, P. G. E., Rodríguez Plasencia, G. E. (2019). Conocimientos sobre VIH en personas de 15 a 24 años. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-21252019000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252019000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Rodríguez-Otero, L. M. (2020). Literature review on studies of women who have sex with women. *Medwave*, 20(03), e7884-e7884. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.03.7884>
- Rowen, T. S., Breyer, B. N., Lin, T.-C., Li, C.-S., Robertson, P. A., & Shindel, A. W. (2013). Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 42-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.08.011>
- Sandoval, M. I. C., Chero, M. J. S., Antón, C. A. C., García, L. O. C., Torres, A. S. O., & García, L. V. P. (2021). *Modelo de educación sexual integral para fortalecer capacidades en docentes de las instituciones educativas*. Savez Editorial. <https://doi.org/10.53887/se.vi.33>

- Silberman, P., Buedo, P. E., & Burgos, L. (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: Percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n1.48047>
- Tat, S. A., Marrazzo, J. M., & Graham, S. M. (2015). women who have sex with women living in low- and middle-income countries: a systematic review of sexual health and risk behaviors. *LGBT Health*, 2(2), 91-104. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0124>
- Torres, P., Walker, D. M., Gutiérrez, J. P., & Bertozzi, S. M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48(4), 308-316. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342006000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342006000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- UNFPA. (2021, septiembre 13). *Educación sexual integral*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. <https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral>
- Vargas, S. C. (2002). Educación de la expresión de la sexualidad humana. *Revista Educación*, 26(1), 29-46. <https://share.google/1n4aDkZSjt-jpiYz6E>

# Capítulo 6

---

## **Experiencia del rol de la mujer cuidadora familiar de niños y niñas con autismo**

*García Morán, Gretel Alexandra<sup>1</sup>*

*González Soto, Cinthia Elizabeth<sup>2</sup>*

*López Lizárraga, Lucrecia Monserrat<sup>3</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256913>



---

1 <https://orcid.org/0000-0003-1373-2836>), Facultad de Enfermería Mazatlán, Universidad Autónoma de Sinaloa, Mazatlán, México. Correo: alexandra.garcia@uas.edu.mx

2 <https://orcid.org/0000-0001-9720-5413>, Universidad de Guanajuato, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra, Guanajuato, México. Correo: gonzalez.ce@ugto.mx

3 <https://orcid.org/0009-0007-9171-6723>, Facultad de Enfermería Mazatlán, Universidad Autónoma de Sinaloa, Mazatlán, México. Correo: lucmon13@hotmail.com

## Resumen

**Objetivo:** Comprender la experiencia del rol activo de la mujer cuidadora familiar de niños y niñas con autismo. **Métodos:** Estudio cualitativo fenomenológico, realizado en Mazatlán, Sinaloa, en mujeres cuidadoras familiares de niños y niñas con autismo. El muestreo fue intencional con tres participantes bajo disponibilidad de información. La colecta de datos se realizó a través de una entrevista fenomenológica, audio grabado, la cual se transcribió manualmente y se hizo un análisis a través del círculo hermenéutico de Heidegger. **Resultados:** Surgieron las unidades de significado: Mi vida como cuidadora: Expectativa de crianza, Diagnóstico, Altibajos en el cuidado, Actividades para el desarrollo, Jugamos a que no juego, Precauciones en el cuidado, De lo malo lo bueno. Evidenciando, de acuerdo con las participantes, las necesidades físicas y emocionales que surgen al momento de adoptar su rol de cuidadora. **Discusión:** A partir del discurso de las participantes se identificaron las unidades de significado, siendo el punto de partida el preconcepto de mi vida como cuidadora. **Conclusiones:** La vida de las cuidadoras familiares de niños y niñas con autismo se ve bombardeada por altibajos en su día a día, experimentando su vida únicamente a las necesidades de estos, evidenciando las carencias de cuidado hacia el mismo y por parte del personal de salud.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) conceptualiza los trastornos del espectro autista (TEA) como un conjunto de afecciones caracterizadas por un nivel de alteración de la comunicación, el lenguaje y el comportamiento social, además de un grupo de intereses y actividades limitados, estereotipados y repetitivos. Los mencionados trastornos aparecen durante la infancia y persisten en la adolescencia y edad adulta; mayormente se aprecian durante los primeros cinco años de vida.

El cuidar de un menor con TEA supera el cuidado que proporciona el personal de salud, siendo indispensable el cuidado informal durante el desarrollo de su vida, el cual se define como todas esas actividades de asistencia no profesional que proporciona el cuidador familiar o cuidador

principal. El cuidador familiar es el miembro de la familia que toma la responsabilidad de satisfacer las necesidades primarias de la vida diaria (Guato-Torres y Mendoza-Parra, 2022).

La figura de cuidador ha tomado relevancia en los últimos años, donde el personal de enfermería ha abocado sus investigaciones a su bienestar y cuidado integral, evidenciando el “síndrome del cuidador quemado” y nuevas categorías como “trabajo de cuidado”; estas visibilizan este rol y las repercusiones de salud que se presentan (Vega-Rodríguez, Calle-Carrasco, Araya-Galleguillos, 2024).

La evidencia científica aborda la problemática que contribuye al rol de cuidador; constantemente en la literatura se puede encontrar la baja calidad de vida (Pérez et al., 2019), el nivel de sobrecarga (Seperak, 2016), depresión (Marshall et al., 2018) y el estrés (Duran et al., 2016), que vive el cuidador, resaltando la importancia del diseño e implementación de intervenciones que aborden estas necesidades. Denotando la necesidad de comprender el día a día de la experiencia del cuidador, siendo indispensable la visualización de los mismos sujetos sobre las secuelas de su rol y la importancia de este.

El estudio de las experiencias de vida desde una visión del mismo sujeto de estudio fue retomado desde la fenomenología, analizando lo complejo de la vida humana, haciendo a un lado lo medible para profundizar en la experiencia y comprender el significado de esta para cada persona. El propósito de la fenomenología es la comprensión de la experiencia vivida en profundidad (Fuster, 2019), por lo cual este diseño fue elegido para acceder a la experiencia del cuidador de niños y niñas con autismo. Desde su propio contexto. El objetivo del estudio fue comprender la experiencia del rol activo de la mujer cuidadora familiar de niños y niñas con autismo.

## **Métodos**

Se llevó a cabo una investigación de enfoque cualitativo, con diseño fenomenológico descriptivo desde el referente filosófico de Martín Heidegger; se buscó profundizar en la reflexión del cuidador sobre el cuidado de los niños y niñas con autismo, reuniendo al sujeto-objeto (Ramírez et al., 2015).

El escenario de estudio fue en una institución pública para niños y niñas con discapacidad en Mazatlán, Sinaloa. El muestreo fue intencional y la muestra estuvo conformada por tres cuidadoras familiares de niños y niñas dentro del espectro que cumplieron con los criterios de inclusión, ser cuidador familiar de un niño con TEA, ser mayor de edad y firmar el consentimiento informado, excluyendo a los cuidadores que no pudieron concluir con la entrevista.

Se empleó una entrevista fenomenológica, individual y privada, para la recolección de la información (Guerrero-Castañeda et al., 2017). La entrevista fue dirigida por una enfermera con grado de maestría y esta fue audiograbada, con previa autorización del participante; se llevó a cabo en un ambiente elegido por la cuidadora para que le proporcionara comodidad. La entrevista constó de dos apartados; el primero describía las preguntas de las variables sociodemográficas y el segundo abordaba las preguntas detonadoras sobre cómo considera su experiencia como cuidadora familiar, así como una pregunta de conducción. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 25 a 30 minutos.

Se tomaron en cuenta los criterios de validez, credibilidad, transferibilidad, consistencia y adecuación teórico-epistemológica; se utilizó la disponibilidad de información, se cubrieron los datos obtenidos de las participantes y reconocidos por ellas mismas, el análisis de estos para su transferencia, la interpretación para direccionar el fenómeno y tener una correspondencia entre la recolección, análisis y presentación de los datos con los supuestos teóricos (Noreña et al., 2012).

Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas para el análisis de los datos, el cual se realizó de manera manual siguiendo los tres momentos del círculo hermenéutico de Heidegger. Heidegger menciona que se tiene que partir de la comprensión de las cosas para lograr obtener su interpretación y así continuar el círculo (Guerrero-Castañeda et al., 2019). Para mantener el anonimato de las participantes, se asignó un folio de identificación.

La presente investigación se rigió por la normativa ética nacional e internacional; fueron retomados los principios de la Declaración de Helsinki (2013) y los artículos de la Ley General de Salud en Materia de

Investigación para la Salud, donde se identifica como una investigación de riesgo mínimo (Secretaría de Salud, 2025).

## Resultados

Se contó con la participación de tres cuidadoras familiares, donde la totalidad fueron femeninas y casadas, dos participantes externaron ser madres, predomino la escolaridad de licenciatura. Las horas de cuidado destinada a niños y niñas con autismo fue entre 7 y 12 horas diarias, con tiempo de ocio entre 20 minutos y 2 horas, como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1**  
*Caracterización de las participantes*

| Identificación | Relación con el menor | Edad | Estado civil | Escolaridad  | Ocupación            | Horas de cuidado | Horas de ocio |
|----------------|-----------------------|------|--------------|--------------|----------------------|------------------|---------------|
| P1             | Madre                 | 38   | Casada       | Licenciatura | Empleada de gobierno | 7 hrs            | 20 min        |
| P2             | Abuela                | 62   | Casada       | Licenciatura | Ama de casa          | 8-9 hrs          | 1-2 hrs       |
| P3             | Madre                 | 48   | Casada       | Posgrado     | Profesora            | 10-12 hrs        | 1-2 hrs       |

*Fuente:* discurso de las participantes.

Las entrevistas tuvieron una duración entre 20 y 30 minutos; se llevaron a cabo en un ambiente donde la cuidadora expresó sentirse cómoda y poder desenvolverse con tranquilidad.

Emergieron ocho unidades de significado de la experiencia del rol activo de la mujer cuidadora familiar de niños y niñas con autismo.

## Expectativa de crianza

En esta unidad de significado, las participantes expresan la expectativa de una crianza “normal” en familia alrededor de su hijo o hija, muestran cómo la experiencia de mamá primeriza se pensaba diferente a la realidad, una expectativa donde no se contemplaba el autismo; prevalece el cómo sería si el hijo o hija no tuviera autismo. Según el discurso de las participantes: “Expectativa de lo que va a ser o cómo va a ser tu vida

como mamá, como mamá, como papás, eh, cómo vas a hacer tú con tu pareja teniendo un hijo, eh, pues normal”. P1

## **Altibajos en el cuidado**

La percepción del cuidado de las participantes se muestra como variante por momentos, como puede ir fluyendo el avance y mejoría, y al día siguiente aumenta la dificultad y frustración en las actividades de cuidado que impide la continuidad de ese avance. En los discursos de las participantes: “Montaña rusa porque hay momentos que las situaciones fluyen, y hay otros momentos que vamos de picada, y no veo esta mejoría” P1, “Hay días que vienen muy bien que está en clase y otro día no”. P2

## **Precauciones en el cuidado**

Las limitantes que experimentan las cuidadoras principales al cuidar a niños y niñas con autismo. Son diversas, y pueden ser desde situaciones cotidianas que para otros son “normales” hasta cuestiones propias de la condición con la que viven los niños y niñas con autismo. Algunos ejemplos son el uso de electrodomésticos como la licuadora porque ocasiona molestia en el niño, así como el ser selectivo en la comida que ingiere, debiendo presentarla de forma atractiva para que el niño la consuma. Según el discurso de las participantes:

No me deja licuar nada, no puedo usar licuadoras, ni brown nada de eso puedo usar, tengo qué estar haciendo comidas donde él no pueda, o sea donde no puedo utilizar nada de nada de licuadoras ni nada. P2

Había una dinámica de los niñitos que entraban corriendo a un salón y pues hacían mucho ruido el salón hacía eco y el niño pues se asustó demasiado estaba muy muy inquieto muy este pues tuvo ahí como una pequeña crisis. P3



## **Actividades para el desarrollo**

La diversidad en el cuidado de niños y niñas con autismo se vuelve a hacer presente en los discursos de las participantes al enlistar todas las actividades que realizan para el desarrollo del menor, entre las cuales es posible destacar la asistencia a diferentes tipos de terapias, médicos, actividades escolares y extraescolares, actividades lúdicas, el apego a rutina y desapego de estas para el desarrollo del menor, el apoyo de una instructora que asiste a la escuela con el menor, motivar al niño o niña con alimentos o dulces para su jornada escolar, apoyo para que pueda socializar y brindarle sus medicamentos a la hora indicada. Lo anterior se muestra en los siguientes discursos:

Como a las cuatro de la tarde se lo llevan a terapia, terapia de terapia del lenguaje y a terapias cognitivas y no me acuerdo cómo se llama la otra terapia que lo llevan. P2

A terapia, terapia de terapia del lenguaje y a terapias cognitivas y no me acuerdo cómo se llama la otra terapia que lo llevan. P1  
Este pero ya al momento de pues que visitamos el primer neurólogo este pues ya nos fue orientando hacia qué terapias necesitaba. P3

## **Mi vida como cuidadora**

Las participantes manifiestan que el ser cuidadora es no contar con tiempo ni energía para las cuestiones personales, no así para aquello relacionado con los niños y niñas con autismo; es tener mucha responsabilidad, restarles importancia a sus propias necesidades, sentir estrés, ansiedad, desesperación, cansancio y fatiga constantemente. A la voz de las participantes:

Ser una persona que no tiene tiempo, así tal cual, no tiene tiempo para sí mismo ni para saber qué le gusta o sea ni que no le gusta, P1, pues para mí significa mucha responsabilidad P2, si se cansa uno sobre todo cuando está muy ansioso P3.

## **De lo malo, lo bueno**

Las participantes expresan enfrentar situaciones en que el trastorno del menor no influye en su comportamiento, y a pesar del cansancio y la frustración, el festejar situaciones pequeñas y el ver avances es gratificante para ellas como cuidadoras, además de sentir confort de ver cómo el menor es comprendido y apoyado por sus maestras y compañeros. Evidenciándose en el discurso como:

Pero pues no yo creo que al final del día pues siempre es una bendición. P3

Que es cansado es frustrante pero otras veces es gratificante porque aprendes a valorar cosas que en tu desarrollo como persona pues no se aplaudieron ni se valoraron ni se ni las toman en cuenta. P1

## **Diagnóstico**

En niños y niñas en el espectro, el tiempo es prioridad; un diagnóstico rápido y certero permite implementar un plan de acción a implementarse a la brevedad. Se alude en este tema a partir del diagnóstico y las observaciones que recibieron por parte de las maestras del infante, lo cual ayudó para el diagnóstico precoz y certero, así como un mejor entendimiento para su cuidado. Como lo refieren en su discurso: “Yo creo que eso fue algo así como un parteaguas para poderlo cuidar para poder entenderlo mejor y este”. P3

## **Jugamos a que no juego**

Resalta de entre los discursos cómo las cuidadoras de los niños y niñas con autismo deben comprender lo que estos desean. Al momento de querer interactuar en el juego, el infante no lo permite, pero desea que esté ahí (la cuidadora) para hacerle compañía. Según el discurso de las participantes: Él juega, pero no te permite que tú entres al juego, pero es cuando él quiere jugar, no cuando tú quieres que él se ponga a jugar; el de tengo que estar ahí encima de él, P2.

## Discusión y conclusiones

Las participantes manifiestan que el ser cuidadora es no contar con tiempo ni energía, tener mucha responsabilidad, restarles importancia a sus propias necesidades, sentir estrés, ansiedad, desesperación y cansancio. Así pues, su vida como cuidadora la vislumbran como lo mencionan Martínez (2020) y Arias et al. (2018), donde aparece el síndrome del cuidador quemado, reflejándose en un severo agotamiento emocional. En relación con los conceptos de Heidegger, la cuidadora da referencia al Daisen, el ser-ahí, que significa el ente, la existencia de sí mismo (Rivera, 2025); también infiere en el concepto de cuidado, ya que el Daisen debe mostrarse como Sorge. Fenomenológicamente, Heidegger refiere que el cuidado significa cuidar de, velar por, al cuidado de las cosas y al cuidado de otro; así mismo significa inquietud, preocupación, alarma, un desvelo por sí mismo (Heidegger, 2022), revelando el desvelo que la cuidadora tiene por sí misma, por el rol que desempeña asumiendo el destino existencial de cuidar a otros, donde entre más se identifica como cuidadora familiar, más grande es su actitud de cuidado hacia los niños y niñas con autismo.

La percepción de vida como cuidadora es un punto de partida para lograr comprender y tratar niños y niñas con TEA; esta tiene relación con el momento del diagnóstico y la expectativa de crianza. El diagnóstico da inicio para poder entender y relacionarse con los infantes, concertando con Delgado y Arias (2021), donde exteriorizan que el diagnóstico del menor dentro del espectro es complicado. En la fenomenología de Heidegger, se puede percibir que el momento del diagnóstico es referente al concepto de presencia y existencia, donde el primero es el ser lanzado, arrojado en el tiempo, relacionarse con el mundo según su forma de ser, revelando su existencia en la temporalidad, donde el ser arrojado en el tiempo es lo que le da al ser la condición de existir, refiriendo la existencia (Heidegger, 2022), aludiendo a cómo el rol de cuidadora llega para formar parte de la persona, haciéndolo posicionarse con el contexto del presente, donde al diagnóstico da la condición de existir a ese rol de cuidadora.

La expectativa de crianza “normal” en familia alrededor de los niños y niñas en el espectro, como la experiencia de mamá primeriza o los

llamados de atención si los menores no tuvieran autismo, a través de lo que externaron las participantes, es similar a lo expresado por Nieto y Zevallos (2022) y Soto et al. (2015), que mencionan cómo los padres vierten deseos y expectativas durante el desarrollo de sus hijos e hijas y cómo el autismo genera un dolor o una ruptura de estos, dando voz a la unidad de significado expectativa de crianza. En el sentido de Heidegger, se visualiza el pasado del Dasein, el haber-sido, el cual es una experiencia del ahora (soy lo que he sido). El haber-sido de Dasein no debe entenderse ni como hubiera-sido ni como haya-sido, pues el haber-sido no indica condicionalidad o tiempo hipotético que pudiese interpretarse como fantasías que no han producido efectos fundantes en la vida de Dasein. En esta situación, la cuidadora visualiza sus posibilidades, donde, al no ser cuidadora, podría cumplir con sus diferentes roles, ejemplo, madre o abuela, que estuvieran al alcance.

Se logra relacionar el concepto de Heidegger de cotidianidad con el discurso de las participantes, donde se caracteriza la temporalidad del existir. Inherente a la cotidianidad es una cierta normalidad del existir, el uno en que se mantienen encubiertas la propiedad y la posible verdad del existir (Rivera, 2025). Siendo así, en cuanto a la voz de las participantes, el cómo vislumbran el cuidado al día a día es como interpretan su normalidad.

Asemejando el cuidado a un proceso no lineal, no siempre progresivo, sino variado, al igual que lo menciona Laudelino et al. (2018), que alude a que es necesario aprender que pequeños cambios pueden surgir de situaciones inusuales, cuando menos se espera que puedan romperse con el estado de aislamiento.

Dentro de la normalidad en el cuidado que brinda cada participante, se exponen las diversas acciones que el cuidador realiza en pro del progreso de los menores. De acuerdo con Sánchez-Ceballos et al. (2021), las personas con TEA requieren tratamiento permanente terapéutico desde el diagnóstico hasta la vida adulta; además, la intervención de diversas actividades como programas escolares, musicoterapia, juegos, intervenciones conductuales, pintura, danza, etc., permite el avance conductual y cognitivo de los menores, donde participa el cuidador familiar y la familia nuclear.

Siendo esta expresión de cotidianidad de cuidado como los avances y atrasos en el cuidado, así como todas las actividades extras terapéuticas que la cuidadora debe considerar para que el menor con autismo participe en ella, lo que nutre la existencia del rol de cuidadora, ese tiempo de vida que domina (Heidegger, 2022) la cuidadora, donde se hacen presentes las preocupaciones en el cuidado y la interacción en el juego con los menores.

Las actividades de estimulación tienden a preocupar a las cuidadoras, coincidiendo con los hallazgos de Imperatore et al. (2020), que indican que los cuidadores evitan actividades públicas con muchos estímulos visuales y auditivos para proteger a los niños de abrumarse o alterarse. Reforzando lo mencionado por los informantes, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) indica que una de las características diagnósticas del autismo son las respuestas extremas a los ruidos, resistencia a los cambios, rituales con el sabor y apariencia de los alimentos, así como restricciones excesivas de los mismos.

El juego presenta una situación especial que las cuidadoras expresan, la negatividad de los menores en permitir que el cuidador entre al juego, pero la necesidad de compañía. Como lo menciona Sánchez-Ceballos et al. (2021), las características conductuales del TEA en la etapa infantil presentan afectación en las habilidades adaptativas y comportamientos obsesivos que impiden el reconocimiento de las emociones de las otras personas, pero aun así desarrollan ese vínculo (Armas y Cansignia, 2020) con el cuidador y sienten la protección con la presencia del cuidador.

Dentro del vaivén del cuidado y las actividades que las cuidadoras realizan para el desarrollo del menor, es gratificante el avance de niños y niñas con autismo, acorde a lo mencionado con Duran et al. (2016); a pesar de que el cuidador o padre atraviesa las etapas de duelo, la aceptación al menor se presenta. La voz de las participantes menciona la bendición que es su hijo o hija con autismo en su vida. En la fenomenología de Heidegger, el estar-ahí como cuidador es la apertura del mundo que solo se da como resultado de los existenciales juntos; es el permitir que el otro se muestre y la angustia se manifieste de manera auténtica e inauténtica en los diferentes momentos de la vida en el mundo (Vieira de Oliveira y Carraro, 2011). Lo que indica cómo la cuidadora reconoce

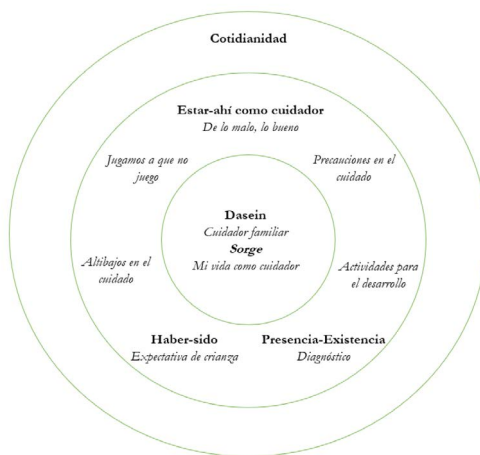
y comprende el cuidado, como el compromiso y el acto humano y de amor que realiza, más allá de la situación condicionada u obligada hacia los infantes con autismo, hacia su hijo o hija.

La presente investigación le permite al profesional de enfermería vislumbrar cómo es la experiencia de la mujer cuidadora familiar de niños y niñas con autismo, brindando conocimiento sobre las necesidades específicas de la cuidadora desde el momento del diagnóstico de los menores y cómo estas van evolucionando acorde a las experiencias que esta vive día con día, no solo limitando a la enseñanza de cubrir las necesidades de los infantes, sino las suyas como actor principal en el desarrollo de los niños y niñas con autismo, brindando la oportunidad de un cuidado integral a estos.

A continuación, figura 1, se presenta el modelo de la comprensión de la experiencia de la mujer cuidadora familiar de niños y niñas con autismo, donde la cuidadora familiar se presenta como el Dasein, para develar su vida como cuidadora a través del Sorge, englobando su experiencia día con día como la Cotidianidad, donde surge el Haber-sido, a través de la expectativa de crianza, la presencia-existencia aunada al diagnóstico y el estar-ahí como cuidadora a través de la comprensión del cuidado de su hijo o hija con autismo como un acto de amor.

**Figura 1**

*Modelo de la comprensión de la experiencia del cuidador familiar de los niños y niñas con autismo*



Fuente: García-Morán G, González-Soto CE.

Como conclusión, el día a día de la mujer cuidadora de niños y niñas con autismo se nutre de frustraciones, estrés, ansiedad, rutina, actividades, sentimientos y emociones. La experiencia vivida de la cuidadora se ve reflejada desde cómo se percibe ella misma en este papel y cómo gira alrededor del bienestar del menor, en los avances y atrasos de este. El ser cuidadora no solo alude a la rutina o las necesidades básicas a cubrir del menor; va más allá, es como el cuidador se desconoce como persona, se identifica completamente en el cuidado que ofrece al menor y los sentimientos que esto le genera.

La comprensión de la experiencia de cuidado de los niños y niñas con autismo desde este acercamiento cualitativo evidencia desde la añoranza de crianza hasta las actividades y preocupaciones en el desarrollo del menor; evidencia cómo el cuidado no representa un proceso lineal en su día a día.

El identificar las necesidades físicas y emocionales de las cuidadoras de niños y niñas con autismo ofrece al personal de enfermería la apertura de poder brindar cuidado al cuidador desde el primer nivel de atención,

siendo la atención a este grupo una necesidad imprescindible para el bienestar y desarrollo tanto del cuidador como del menor con autismo a su cuidado. Así mismo, se identifica a la madre de familia como el personaje principal que adquiere el rol de cuidadora familiar, por lo cual sería benéfico llevar el estudio a los otros personajes dentro de este rol, como la abuela o hermana de los menores con autismo.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5.<sup>a</sup> ed.). Médica Panamericana.
- Arias, W., Cahuana, K., Ceballos, K., & Caycho-Rodríguez, T. (2018). Síndrome de burnout en cuidadores de pacientes con discapacidad infantil. *Interacciones*, 5(1), 7–16. <https://doi.org/10.24016/2019.v5n1.135>
- Armas, S., & Cansignia, P. (2020). *Fortalecimiento del vínculo entre figura cuidadora-niño en caso de autismo* [Trabajo de pregrado, Universidad Internacional SEK].
- Armas, S., Cansignia, M. P., & Díaz, E. N. (2020). El vínculo figura cuidadora-niño en casos de autismo. *Revista Científic (Edición Especial)*, 5, 165–184. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.E.8.165-184>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
- Delgado, E. N., & Arias, W. L. (2021). Estilos de crianza en niños con trastorno del espectro autista (TEA) que presentan conductas disruptivas: Estudio de casos durante la pandemia del COVID-19. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 15(1), 199–228. <https://doi.org/10.7714/CNPS/15.1.301>
- Durán, M., García-Fernández, M., Fernández, J., & Sanjurjo, B. (2016). Afrontamiento, estrés parental y calidad de vida de los cuidadores principales de personas con TEA. *Revista de Investigación en Psicología y*



- Educación*, 3(1), 60–68. <https://doi.org/10.17979/reipe.2016.3.1.1749>
- Durán, M., García-Fernández, M., Fernández, J., & Sanjurjo, B. (2016). Afrontamiento, estrés parental y calidad de vida de los cuidadores principales de personas con TEA. *Revista de Investigación en Psicología y Educación*, 3(1), 60–68. <https://doi.org/10.17979/reipe.2016.3.1.1749>
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201–229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Guato-Torres, Patricia, & Mendoza-Parra, Sara. (2022). Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2), e2917. Epub 01 de diciembre de 2022. Recuperado en: <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2917>
- Guerrero-Castañeda, R. F., Menezes, T. M. de O., & Ojeda-Vargas, M. G. (2017). Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), e67458. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>
- Guerrero-Castañeda, R., Menezes, T., & Prado, M. (2019). La fenomenología en investigación de enfermería: Reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Escola Anna Nery*, 23(4), e20190183. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0183>
- Heidegger, M. (2022). *Ser y tiempo*. 3º ed.: Fondo de Cultura Económica.
- Imperatore, E., Nurith, K., Gallegos, S., Mella, S., Riquelme, V., & Sepúlveda, R. (2020). Experiencias de familias con niños en el espectro del autismo. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20(2), 73–84.
- Laudelino Neto, A., Neto Godoy, L., de Castro Fregnan, M., de Lacerda Faria, M. E., & García Merino, L. S. (2018). Desafíos y derechos de la familia y cuidadores de portadores del trastorno del espectro autista. *Revista Tzhoecoen*, 10(2), 239–247. <https://doi.org/10.26495/rtzh1810.226418>
- Marshall, B., Kollia, B., Wagner, V., & Yablonsky, A. (2018). Identifying depression in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Psychosocial Nursing*, 56(4).
- Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97–100. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2020000100013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013)

- Nieto Olazábal, C., & Zevallos Flores, A. R. (2022). *Expectativas de las madres respecto al proyecto de vida de sus hijos con trastorno del espectro autista* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio institucional de la Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/16043>
- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.5>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Autismo*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Pérez Rodríguez, M., Alba Pérez, L., Enríquez González, C., & Díaz García, H. (2019). Dimensiones de calidad de vida más frecuentemente afectadas en cuidadores primarios de pacientes autistas. *Acta Médica del Centro*, 14(3), 350–356. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2709-79272020000300350](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2709-79272020000300350)
- Ramírez-Pérez, M., Cárdenas-Jiménez, M., & Rodríguez-Jiménez, S. (2015). El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 144–151.
- Rivera, J. E. (Trad.) (2025). *Ser y tiempo* (M. Heidegger, obra original de 1927). Editorial Trotta.
- Sánchez-Ceballos, L. A., Trujillo-Galeano, A., Marín-González, D. M., & Ruiz-Palacio, J. S. (2021). Métodos de intervención en el trastorno del espectro autista: Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 5(2), 83–106.
- Secretaría de Salud. (2025). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Seperak, R. (2016). Influencia de la resiliencia en la sobrecarga subjetiva de madres de niños con trastorno de espectro autista. *Revista de Psicología*, 6(1), 25–48.
- Soto, M., Valdez, L. M., Morales, D., & Bernal, N. (2015). Niveles de resiliencia, adaptación y duelo en padres de familia ante la discapa-

ciudad. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 27(2), 40–43. <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2015/mf152b.pdf>

Vega-Rodríguez, C. A., Calle-Carrasco, A., & Araya-Galleguillos, F. (2024). Cuidado en niños y niñas con trastorno del espectro autista: Revisión integrativa de la literatura. *Ciencia y enfermería*, 30. DOI: <https://doi.org/10.29393/CE30-20CNCNF30020>



# Capítulo 7

---

## **Intervenciones sobre comunicación sexual en familias con integrante con discapacidad: revisión integrativa**

*Mendoza Armenta, Mayra<sup>1</sup>*

*Valdez Montero, Carolina<sup>2</sup>*

*Gómez Medina, Mario Enrique<sup>3</sup>*

*Ahumada Cortez, Jesica Guadalupe<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256920>



---

<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5225-7495>, Docente e investigador(a) de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Prolongación Ángel Flores y Justicia Social s/n. Ciudad Universitaria. C.P. 81223.

<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087>, Docente e investigador(a) de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Prolongación Ángel Flores y Justicia Social s/n. Ciudad Universitaria. C.P. 81223. Correspondencia: [carolina.valdez@uas.edu.mx](mailto:carolina.valdez@uas.edu.mx)

<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8470-4782>, Docente e investigador(a) de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Prolongación Ángel Flores y Justicia Social s/n. Ciudad Universitaria. C.P. 81223.

<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0092-0221>, Docente e investigador(a) de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Prolongación Ángel Flores y Justicia Social s/n. Ciudad Universitaria. C.P. 81223.

## **Resumen**

**Objetivo:** Identificar la mejor evidencia disponible sobre intervenciones sobre comunicación sexual en familias con integrante con discapacidad.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda sistemática en cinco bases de datos (EBSCO, PubMed, SciELO, Google Académico y EBSCO host) considerando estudios publicados entre 2015 y 2025. Se aplicaron criterios de inclusión definidos y evaluación crítica de los artículos con la lista de verificación del Instituto Joanna Briggs.

**Resultados:** Se seleccionaron seis estudios que implementaron programas educativos y conductuales en distintos contextos. Las intervenciones, tanto presenciales como autoguiadas, mostraron incrementos significativos en conocimiento, actitudes, autoeficacia parental y frecuencia de comunicación sobre sexualidad en familias con integrante con discapacidad.

**Discusión y conclusión:** Las intervenciones presenciales con acompañamiento profesional mostraron mayor efectividad y valoración que las modalidades autoguiadas, destacando la importancia del apoyo experto. Pese a las limitaciones metodológicas como muestras reducidas, ausencia de diseños controlados y falta de seguimiento longitudinal. Los resultados evidencian que estas intervenciones mejoran la comunicación sexual en familias con integrante con discapacidad. Se resalta la necesidad de fortalecer los diseños de investigación y ampliar los estudios en Latinoamérica para orientar la práctica clínica y las políticas públicas.

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) estima que más de mil millones de personas, equivalentes al 15 % de la población mundial, presentan algún tipo de discapacidad. En el caso de la población infantil, se calcula que entre 93 y 150 millones de niños y adolescentes menores de 18 años viven con discapacidad (UNICEF, 2013). Esta población enfrenta mayores niveles de vulnerabilidad, especialmente en la niñez. La OMS (2012) advierte que los niños y niñas con discapacidad sufren actos de violencia con una frecuencia casi cuatro veces superior a la

de aquellos sin discapacidad, y presentan 2.9 veces más riesgo de ser víctimas de violencia sexual.

En este contexto, la sexualidad constituye un factor clave para el bienestar y la protección de esta población, ya que la ausencia de una educación sexual adecuada incrementa la exposición a riesgos y la vulnerabilidad frente al abuso sexual (Alfonso y Figueroa, 2017). La sexualidad es un fenómeno complejo que integra dimensiones físicas, biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales (Vásconez et al., 2022). Forma parte de la identidad y la personalidad de cada individuo, y su expresión se configura de manera diversa en cada persona (Calero, Rodríguez y Trumbull, 2017). En la actualidad, el concepto de sexualidad abarca múltiples aspectos como sexo, identidades y roles de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y orientación sexual; estos se manifiestan en pensamientos, creencias, actitudes, conductas y relaciones interpersonales, los cuales interactúan con factores psicológicos, biológicos, sociales, económicos, culturales, políticos y religiosos (da Silva, Moraes y Zanatta, 2018). Así, aunque todos los individuos poseen actitudes y convicciones respecto a la sexualidad, su vivencia es única y altamente individualizada (Salcedo, 2023).

La sexualidad, entendida como un componente esencial de la identidad humana, se expresa en los cuerpos, en las formas de corporalidad y en las distintas maneras de vivirla (Passada, 2020). No obstante, en el caso de las personas con discapacidad, persisten prejuicios que limitan su reconocimiento como sujetos sexuados. Estudios reportan algunas concepciones erróneas que niegan su derecho al desarrollo sexual o su necesidad de educación en la materia (Guevara et al., 2016). Dichas percepciones reproducen categorías binarias de exclusión como “normal”-“anormal” o “sexuado”-“asexuado”, lo que contribuye a invisibilizar sus necesidades sexuales (Míguez, 2019). A nivel social, la sexualidad continúa siendo un tema rodeado de mitos y tabúes, lo cual dificulta su abordaje en la niñez y adolescencia, etapas en las que surgen las principales dudas y cuestionamientos. Aunque la familia debería constituir el espacio primario para la educación sexual, muchos padres y madres reconocen no sentirse preparados para hablar del tema, ya sea por falta de conocimientos o por temor a abordarlo inadecuadamente (Balarezo-López, 2024).

En el caso de personas con discapacidad, los desafíos son aún mayores, pues enfrentan barreras específicas en la comprensión y expresión de su sexualidad, además de una mayor exposición a riesgos relacionados con la victimización y la salud sexual (Álvarez-Lara et al., 2025). La literatura también indica que las oportunidades de aprendizaje sobre sexualidad en personas con discapacidad suelen ser limitadas por prejuicios que las consideran incapaces de establecer relaciones íntimas. Ello genera mensajes negativos, sobreprotección familiar y contextos empobrecidos en experiencias formativas, impactando directamente en la comunicación sexual entre las familias e integrantes con discapacidad, un aspecto crucial para el desarrollo de una sexualidad saludable y protegida (André et al., 2024).

La educación sexual en personas con discapacidad es esencial para su desarrollo integral; sin embargo, la escasa evidencia sobre intervenciones familiares en comunicación sexual limita el diseño de políticas efectivas y restringe el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

En este escenario, la atención primaria en salud constituye un espacio estratégico para el desarrollo de intervenciones en salud sexual y reproductiva. Dichas intervenciones resultan esenciales para mejorar la comunicación sexual entre las familias e integrantes con discapacidad, reducir riesgos y fomentar una sexualidad informada, responsable y libre de violencia. Las revisiones integrativas constituyen un método de investigación que permite sintetizar los hallazgos de estudios previos, ofreciendo una visión amplia y organizada sobre un fenómeno determinado. Su propósito principal es integrar y resumir las conclusiones del cuerpo de literatura existente en torno a una pregunta orientadora que dirige el proceso de búsqueda y análisis (Toronto, 2020). Por lo anterior, el objetivo de este estudio es identificar la mejor evidencia disponible sobre intervenciones para la comunicación sexual en familias con integrante con discapacidad con el fin de ofrecer un panorama actualizado de la evidencia científica, orientar futuras investigaciones y fortalecer la práctica profesional en este campo.



## Métodos

El presente estudio es una revisión integrativa de la literatura. Se realizó de acuerdo a los pasos marcados por el estudio de Toronto (2020): formulación de la pregunta, establecer los criterios de inclusión de los estudios, desarrollo de la estrategia de búsqueda, selección de los estudios incluidos para la revisión, extracción de datos y síntesis de datos, presentación de resultados.

### Formular la pregunta

La formulación de la pregunta de investigación constituye un marco de referencia para la búsqueda, selección y síntesis de los estudios incluidos en una revisión integrativa. Según el Instituto Joanna Briggs (JBI, 2019), existen distintos tipos de preguntas orientadas a este fin, entre las que destacan PICO, PEO y PICO. Estas se diferencian por el diseño de investigación que se espera encontrar y por el objetivo que se persigue en la revisión. La pregunta PICO se emplea principalmente en investigaciones experimentales o cuasiexperimentales y se orienta a identificar intervenciones presentes en la literatura. Sus componentes son: P = Población o pacientes, I = Intervención, C = Comparación, O = Resultados (Outcomes). La pregunta PEO se basa más en la búsqueda de estudios exploratorios y la pregunta PEO cuenta con los siguientes elementos: P= población, E= exposición, O= Outcomes/Resultados. La pregunta PICO se refiere a los estudios de tipo cualitativo; la pregunta PICO cuenta con los siguientes elementos: P= población de interés, I= fenómeno de interés, Co= Contexto.

Por lo anterior, para la presente investigación se utilizó la pregunta PICO, debido a que la presente revisión tiene el propósito de localizar las intervenciones existentes sobre la comunicación sexual en familias con integrante con discapacidad. El desarrollo de la pregunta PICO es el siguiente: P: madres y padres con integrante (niñez o adolescentes) con discapacidad, I: intervención, programa de apoyo, entrenamiento educativo, C: ausencia de intervención y O: comunicación sexual. En consecuencia, la pregunta de investigación formulada es: ¿Cuál es la

mejor evidencia disponible sobre intervenciones para la comunicación sexual en familias con integrante con discapacidad?

## **Criterios de inclusión**

Se incluyeron estudios cuya población estuviera conformada por familias e integrantes de niños, niñas y adolescentes con diferentes tipos de discapacidad, tales como discapacidad intelectual, autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down, discapacidades del desarrollo, por ejemplo: Atención divergente (TDAH), pérdida auditiva o visual y discapacidad motriz. Se consideraron publicaciones realizadas entre 2015 y 2025, en concordancia con la pertinencia del fenómeno de estudio. Los participantes podían ser de ambos sexos, de cualquier nacionalidad, y encontrarse escolarizados o no escolarizados. Asimismo, se seleccionaron estudios que evaluaran intervenciones educativas o conductuales dirigidas a familias y que incluyeran, al menos como uno de sus componentes, la comunicación sexual. Se admitieron investigaciones con o sin grupo control, así como estudios piloto o de factibilidad.

## **Estrategia de búsqueda**

A continuación, se presenta el tercer paso de la revisión integrativa, consistente en el desarrollo de la estrategia de búsqueda.

Se realizó la búsqueda de los artículos mediante las diferentes bases de datos, como lo son EBSCO, PubMed, EBSCO host, SciELO y Google Académico.

Esta se llevó a cabo mediante la combinación de palabras clave seleccionadas a partir de los descriptores DeCS y MeSH, complementada con la revisión de términos empleados en estudios similares. Asimismo, se utilizaron los operadores booleanos AND y OR para optimizar la precisión y amplitud de la búsqueda. Posteriormente, se elaboró una tabla con las combinaciones de palabras clave en inglés y español, lo que permitió generar un conjunto de términos para una búsqueda general (ver Tabla 1). A su vez, se realizaron combinaciones 1 a 1 para ampliar la estrategia de búsqueda. A continuación, se presenta el listado de las combinaciones 1 a 1 en inglés y español que se realizaron para la presente revisión sistemática.

**Tabla 1.** Combinaciones para búsqueda de literatura

| Español                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Inglés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Intervención OR programa OR ensayo controlado aleatorizado OR <u>currículum</u> OR prevención sexual OR educación sexual) AND (Comunicación sexual OR sexualidad OR abuso sexual OR salud sexual OR desarrollo sexual OR conversación sexual) AND (Padres OR papá OR mamá OR tutor OR cuidador) AND (Hijos OR niños OR adolescentes OR jóvenes OR pubertad) AND (Discapacidad OR discapacidad intelectual OR discapacidad del desarrollo OR discapacidad motriz OR discapacidad visual OR discapacidad auditiva OR múltiple) | (Intervention OR program OR randomized controlled trial OR curriculum OR sexual prevention OR sexual education) AND (Sexual communication OR sexuality OR sexual abuse OR sexual health OR sexual development OR sexual conversation) AND (Parents OR father OR mother OR guardian OR caregiver) AND (Children OR children OR adolescents OR youth OR puberty) AND (Disability OR intellectual disability OR developmental disability OR motor disability OR visual disability OR hearing disability OR multiple) |

## Selección y evaluación de los estudios

Una vez realizada la búsqueda, se seleccionaron los artículos por medio de la lectura del título, resumen y texto completo y se procedió a realizar la lectura crítica de los estudios que se consideraron relevantes para la revisión por medio de la lista de verificación de evaluación crítica de JBI (2019). En la lista de verificación se tomaron en cuenta ciertas características para la selección de los artículos, tales como la calidad del artículo y su contenido, el tipo de diseño, la población, entre otros. De acuerdo a la lista de chequeo, se consideraron 6 artículos que reunieron los criterios de evaluación. Se continuó con la extracción de la información, donde se analizaron a profundidad los artículos seleccionados para extraer la información necesaria y de utilidad.

## **Extracción de datos**

Se procedió a la fase de extracción de datos, en la cual se analizaron en profundidad los artículos previamente seleccionados con el objetivo de recopilar la información relevante y pertinente para la revisión. Este proceso se llevó a cabo de manera sistemática, utilizando criterios previamente definidos para garantizar la consistencia y la reproducibilidad de los resultados. La información extraída se orientó a responder de forma directa y fundamentada la pregunta de investigación planteada, asegurando que los datos recopilados fueran completos, precisos y coherentes con el objetivo de la revisión.

## **Síntesis de los datos**

Se elaboró una tabla de síntesis para sistematizar las características clave de los estudios incluidos. En dicha tabla se registraron de manera estandarizada los siguientes elementos: autores, año de publicación, país de realización, población y tamaño de la muestra, diseño metodológico, instrumentos utilizados y principales hallazgos de los estudios seleccionados. Esta síntesis se presenta en el apartado de resultados, con el fin de facilitar el análisis y comparación entre estudios y apoyar la interpretación de la evidencia recopilada.

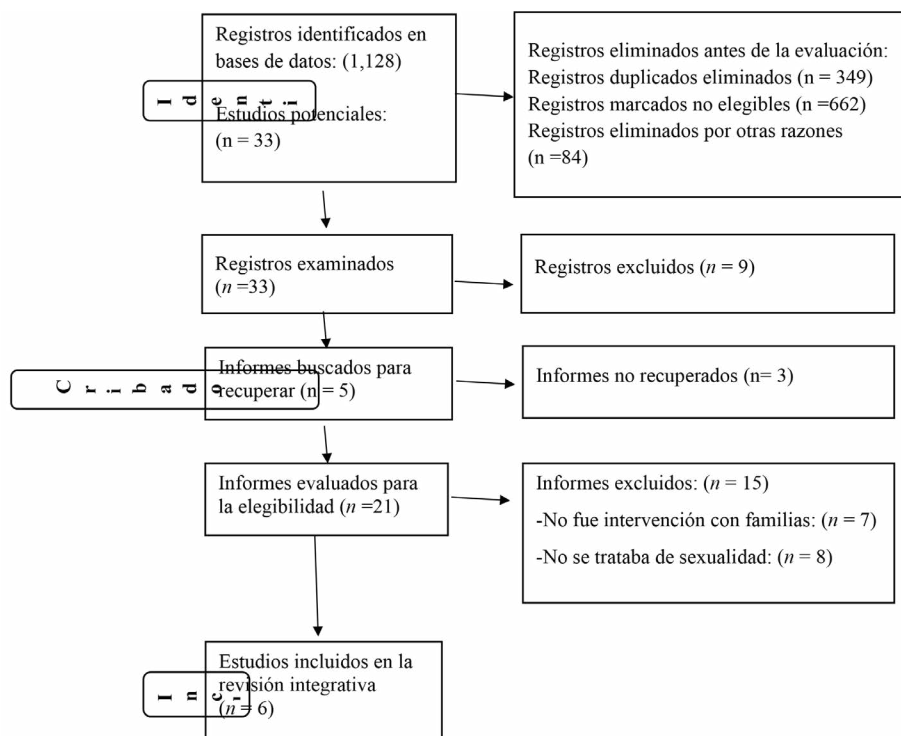
## **Resultados**

### **Descripción de los estudios**

Los registros obtenidos fueron sometidos a un proceso de cribado que incluyó la eliminación de duplicados, la evaluación de títulos y resúmenes y la revisión a texto completo. La selección se llevó a cabo aplicando estrictamente los criterios de inclusión previamente definidos, considerando la pertinencia de la población, el tipo de intervención, el diseño metodológico, las variables de interés y la calidad de la información reportada. Únicamente se incluyeron en la revisión integrativa los estu-

dios que cumplieron con todos los criterios establecidos y presentaron una calidad metodológica adecuada. El flujo completo del proceso de selección y el número de registros en cada etapa se presenta mediante el Diagrama PRISMA (ver Figura 1).

**Fig. 1. Diagrama PRISMA**



## Descripción de los estudios

En la tabla 2 se presenta la descripción de los 6 estudios seleccionados para la presente revisión integrativa.

**Tabla 2.** Descripción de estudios incluidos

| Titulo                                                                                                        | Autor/<br>Año        | Objetivo                                                                                                          | Metodología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Intervención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Hallazgos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intervención de educación sexual para padres de niños con discapacidades: un programa piloto de capacitación. | Clatos, Asare (2016) | Evaluar una intervención piloto de educación sexual para padres de niños con discapacidades de entre 6 y 25 años. | Se utilizó un diseño intra-sujetos y se reclutó a 15 padres de niños con discapacidad para recibir un programa de educación sexual de dos semanas de duración, sin grupo control. Se aplicó un cuestionario de autoinforme de 30 ítems para evaluar las variables dependientes. El cuestionario se administró al inicio del estudio y la evaluación 2 semanas posterior a la intervención. | Se aplicó de forma individual a cada participante mediante una presentación en PowerPoint, visualizada en una computadora portátil y complementada con una copia impresa. El contenido abordó conceptos clave sobre sexualidad, discapacidad y comunicación sexual en padres de hijos con discapacidad, acompañado de una guía general para su orientación. | Se presentó diferencia significativa entre las puntuaciones de los participantes antes y después de la intervención en: actitudes y creencias, comunicación sexual, conocimiento y autoeficacia de la educación sexual en niños y niñas con discapacidad ( $p < 0,001$ en todos los casos). La intervención modificó el comportamiento de comunicación sexual de los participantes y aumentó su conocimiento sobre la educación sexual en niños con discapacidad. |

| Titulo                                                                                                                                            | Autor/<br>Año      | Objetivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Metodología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Intervención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hallazgos                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evaluación de la eficacia de la educación para la Salud de los padres sobre el desarrollo sexual de los adolescentes con discapacidad intelectual | Kok y Akyuz (2015) | Determinar las necesidades educativas de los padres de familia respecto al desarrollo sexual de sus hijos adolescentes con discapacidades intelectual y evaluar la eficacia de un programa de educación para la salud dirigido a padres sobre el desarrollo sexual de sus hijos con discapacidad intelectual durante la adolescencia. | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se llevó a cabo en dos Centros de Educación Especial y Rehabilitación en Turquía.</li> <li>-Padres de niños con discapacidad de entre 10 y 19 años.</li> <li>-Entrevistas semiestructuradas. Consentimiento informado.</li> <li>-Solicitud de permiso para grabar las entrevistas individuales (30–45 min) con grabadora de voz.</li> <li>-Durante un período de cuatro semanas, se impartieron cuatro módulos educativos a los padres.</li> <li>-Evaluación eficacia del programa: Pre-intervención (primera semana): Formulario de información (características sociodemográficas)</li> <li>Escala de Autoeficacia General.</li> <li>Formulario de Evaluación del Nivel de Conocimientos de los Padres (antes y después).</li> <li>Post-intervención (un mes después del cuarto módulo):</li> <li>Escala de Autoeficacia General.</li> <li>Formulario de Satisfacción.</li> </ul> | <p>Impartida durante 6 semanas. Se realizaron 2 semanas de evaluación, 4 semanas de capacitación para cuatro módulos por familia (La primera sesión enfocada a higiene en la adolescencia, la segunda enfocada al control de conducta sexual, la tercera a la protección de abuso sexual y la cuarta sesión a la comunicación con adolescentes con discapacidad), por separado.</p> <p>Solo se implementó un módulo educativo en cada sesión. Todos los módulos educativos y evaluaciones tuvieron una duración de una hora.</p> | Se observó un aumento significativo en las puntuaciones generales de autoeficacia e información de las madres y los padres después de la educación ( $p<0,001$ ; $p<0,001$ , respectivamente). |

| Título                                                                                                            | Autor/<br>Año            | Objetivo                                                                                                                          | Metodología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Intervención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Hallazgos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Viabilidad y eficacia preliminar de un currículo de educación sexual mediado por los padres para jóvenes autistas | Pugliese et al., (2020). | Evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar del programa “Apoyo a Adolescentes Autistas en las Relaciones (STAR)”. | 84 jóvenes autistas de 9 a 18 años y sus padres participaron en este estudio. Se asignaron a tres grupos: STAR facilitado, STAR autoguiado y control atencional (prevención de abuso de sustancias). Medidas: cuestionarios de conocimiento sexual, autoeficacia parental y juvenil, pruebas de habilidades sociales y aplicación de conocimientos. | Dos grupos recibieron el programa “Apoyo a Adolescentes con Autismo en las Relaciones”. Grupo STAR: -Charting the Course (guía para padres). -Boardwalk Adventure (juego interactivo para jóvenes). -Contenidos: pubertad, higiene, relaciones, sentimientos sexuales, salud sexual, orientación e identidad de género, prevención de abuso. -Modalidades: sesiones grupales facilitadas (6 sesiones quincenales de 90 min) o autoguiadas en casa. Grupo control: Programa de prevención de abuso de sustancias, autoguiado, con módulos para padres y jóvenes. | Alta aceptabilidad y satisfacción en el grupo STAR, especialmente en modalidad facilitada. El grupo STAR (ambas modalidades) mostró mayores incrementos en conocimiento sexual juvenil y social que el grupo control. Mejoras significativas dentro del grupo STAR en: Conocimiento sexual parental y juvenil, autoeficacia parental para discutir sexualidad, conocimientos sociales aplicados a situaciones. Sin mejoras significativas en autoeficacia social juvenil. La modalidad autoguiada tuvo menor tasa de finalización que la facilitada. |



| Título                                                                                                      | Autor/<br>Año                               | Objetivo                                                                                                                                                      | Metodología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Intervención                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hallazgos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual | Bárcena, Guevara Benítez y Rodríguez (2020) | Evaluar la efectividad de un programa dirigido a padres de jóvenes con discapacidad intelectual para promover la comunicación con sus hijos sobre sexualidad. | El programa se diseñó con base en los conceptos autoeficacia y aprendizaje estructurado. Participaron 5 padres/madres (edad promedio 43 años); 3 con hijos/hijas con síndrome de Down y 2 con otras discapacidades intelectuales (edad promedio de los hijos: 18 años).<br>Diseño: n=1, con mediciones antes, al finalizar y a los 3 meses.<br>Variables evaluadas: autoeficacia, expectativas y comunicación sobre sexualidad.<br>Duración: 10 sesiones (2 h c/u), mediante exposiciones, videos y materiales didácticos. | Programa de 10 sesiones semanales (2 h c/u) con exposiciones, videos y materiales didácticos. Temas: discapacidad intelectual, sexualidad, barreras de comunicación, anatomía reproductiva, abuso sexual, noviazgo, relaciones sexuales, ITS/VIH, métodos anticonceptivos y comunicación sexual. | Desde el pretest, la mayoría de los padres/madres mostraron expectativas positivas hacia la comunicación.<br>Tras la intervención, todos reconocieron efectos positivos en la comunicación con sus hijos e hijas.<br>Incremento en la percepción de autoeficacia para abordar todos los temas de sexualidad incluidos en el programa.<br>Mayor impacto en el número de temas tratados: todos los padres lograron comunicarse sobre la totalidad de los contenidos del taller.<br>Se evidenció mejora en las habilidades conductuales de los hijos e hijas.<br>El programa fue eficaz para cumplir sus objetivos. |

| Título                                                                                                                                    | Autor/<br>Año             | Objetivo                                                                                                                                                                                                                                      | Metodología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Intervención                                                                                                                                                                                            | Hallazgos                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Efectividad de una intervención afectivo-sexual para adolescentes con trastorno del espectro autista y sus padres: un ensayo aleatorizado | Gil-Llario et al., (2025) | Evaluar la efectividad de un programa piloto de capacitación en sexualidad dirigido a padres de personas con discapacidad intelectual, con el fin de mejorar su autoeficacia, expectativas y comunicación sobre temas sexuales con sus hijos. | Diseño experimental de caso único (n=1).<br>Participantes: 5 padres (edad promedio: 43 años) con hijos con discapacidad intelectual (edad promedio: 18 años).<br>Medición en tres momentos: Pre-intervención, Post-intervención y seguimiento a 3 meses.<br>Variables: autoeficacia, expectativas y comunicación sobre sexualidad. | Programa de 10 sesiones basado en teorías de autoeficacia y aprendizaje estructurado. Contenido temático: sexualidad adaptados a la discapacidad intelectual. Aplicación en formato grupal para padres. | Mejora significativa en autoeficacia y en la cantidad de temas de sexualidad abordados con los hijos. Todos los padres lograron comunicarse sobre la totalidad de los contenidos trabajados. Incremento en habilidades conductuales de los hijos. |

| Título                                                                                                                                    | Autor/<br>Año               | Objetivo                                                                                                                                                                                                                                                                | Metodología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Intervención                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Hallazgos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Efectividad de una intervención afectivo-sexual para adolescentes con trastorno del espectro autista y sus padres: un ensayo aleatorizado | Rooks-Ellis et al., (2020). | Implementar y evaluar una intervención breve de educación sexual para padres y cuidadores de niños con discapacidad intelectual y del desarrollo, incluyendo autismo, con el fin de mejorar sus actitudes, comunicación y competencia para enseñar temas de sexualidad. | Estudio cuasi-experimental pre-post con cuestionario de 31 ítems aplicado antes y después de una sesión de capacitación de 60 minutos más 15 minutos de preguntas y respuestas, en un congreso sobre autismo y discapacidad del desarrollo. Participaron 26 padres que cumplieron criterios de inclusión. Se utilizó prueba de rangos con signo de Wilcoxon para analizar cambios en actitudes, comunicación y competencia percibida. | Sesión de capacitación breve sobre educación sexual adaptada a hijos con discapacidad intelectual y del desarrollo, que incluyó temas como importancia de la educación sexual, desarrollo, relaciones, habilidades personales, conductas sexuales, salud sexual, cultura, estrategias de enseñanza y recursos. Se emplearon métodos como modelado conductual, estrategia de círculos, narrativas sociales, apoyos visuales y recursos en línea e impresos. | Se encontraron cambios estadísticamente significativos y de gran tamaño de efecto en actitudes, nivel de comodidad y competencia percibida para enseñar sexualidad. Aumentaron las puntuaciones medianas en el cuestionario (78 a 83) y se mejoró la confianza para tratar temas como el sistema reproductivo, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, conductas sexuales y relaciones románticas. La intervención mostró potencial para empoderar a los padres y fomentar una comunicación más efectiva sobre sexualidad con sus hijos con discapacidad. |

## **Características de la población**

Los estudios revisados refieren que la población estuvo conformada principalmente por madres y padres de niños y niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad. En varios estudios (Clatos y Asare, 2016; Kok y Akyuz, 2015; Rooks-Ellis et al., 2020) se incluyó directamente solo a los progenitores con integrantes con distintas discapacidades, mientras que otros autores (Pugliese et al., 2020; Bárcena, Guevara-Benítez y Rodríguez, 2020; Gil-Llario et al., 2025) consideraron tanto a los progenitores como a los propios hijos con discapacidad intelectual o del desarrollo. La mayoría de los participantes fueron madres y padres con una edad promedio de 43 años y con integrante con discapacidad en un rango de edad que va de la niñez hasta la adolescencia (9 a 19 años), predominando casos de discapacidad como la intelectual, autismo y síndrome de Down. Dicha información muestra un interés común por explorar el papel de las familias en la educación y acompañamiento sexual de hijas e hijos con discapacidades en etapas de desarrollo clave.

## **Características de las intervenciones**

Las intervenciones referidas en los estudios analizados coinciden en haber sido programas educativos estructurados en módulos temáticos y orientados a madres y padres con integrante con discapacidad. En este sentido, Clatos y Asare (2016), Kok y Akyuz (2015), Pugliese et al. (2020), Bárcena, Guevara Benítez y Rodríguez (2020), Gil-Llario et al. (2025) y Rooks-Ellis et al. (2020) diseñaron sesiones centradas en la pubertad, higiene, comunicación sexual, prevención de abuso y salud sexual integral, ajustadas a las necesidades de la discapacidad intelectual o del desarrollo. Un aspecto relevante es la estructura modular y secuencial de los contenidos de las intervenciones, identificando que el estudio Kok y Akyuz (2015) desarrollaron cuatro módulos sobre higiene, control de conducta sexual, prevención de abuso y comunicación, mientras que Pugliese et al. (2020) incluyeron tanto materiales para madres y padres (“Charting the Course”) como para jóvenes (“Boardwalk Adventure”), abordando módulos sobre relaciones,

identidad sexual y prevención. Bárcena, Guevara Benítez y Rodríguez (2020) y Gil-Llario et al. (2025) también trabajaron con módulos grupales adaptados, centrados en la sexualidad en la discapacidad intelectual.

En cuanto a la metodología de aplicación de las intervenciones, la mayoría de los estudios emplearon sesiones grupales semanales o quincenales, con una duración aproximada de una a dos horas (Kok & Akyuz, 2015; Pugliese et al., 2020; Bárcena et al., 2020; Gil-Llario et al., 2025). Además, se hizo uso recurrente de recursos didácticos diversos, incluyendo exposiciones, videos, materiales impresos, apoyos visuales y estrategias activas como modelado conductual, narrativas sociales y juegos interactivos (Pugliese et al., 2020; Bárcena et al., 2020; Rooks-Ellis et al., 2020). Finalmente, algunas de las investigaciones realizaron evaluaciones pre y post intervención, a través de cuestionarios o autoinformes, para valorar los cambios en las variables de interés (Clatos & Asare, 2016; Kok y Akyuz, 2015).

### **Eficacia, efectividad y consistencia de las intervenciones**

Los estudios incluidos en la revisión integrativa muestran resultados positivos en cuanto a la eficacia, efectividad y consistencia de las intervenciones en educación sexual dirigidas a familiares con integrante con discapacidad. En primer lugar, todos los programas reportaron mejoras significativas en la autoeficacia parental, reflejadas en la mayor seguridad para abordar los temas de sexualidad con sus hijas e hijos (Kok y Akyuz, 2015; Clatos y Asare, 2016; Bárcena, Guevara Benítez y Rodríguez, 2020; Rooks-Ellis et al., 2020; Gil-Llario et al., 2025). Asimismo, se observa una semejanza en el incremento del conocimiento y las actitudes positivas hacia la comunicación sexual, lo que repercutió en cambios de conducta, tanto en los familiares como en los hijos (Clatos y Asare, 2016; Bárcena et al., 2020; Gil-Llario et al., 2025). Estas mejoras incluyeron no solo la disposición de los progenitores a tratar los contenidos de manera integral, sino también el fortalecimiento de las habilidades conductuales de los hijos.

Otro hallazgo compartido fue la efectividad de los programas para ampliar el rango de temas abordados, ya que después de las intervenciones los participantes lograron comunicarse sobre los contenidos propuestos, incluyendo aspectos de pubertad, higiene, relaciones, abuso sexual, salud reproductiva y prevención de infecciones de transmisión sexual (Pugliese et al., 2020; Bárcena et al., 2020; Rooks-Ellis et al., 2020; Gil-Llario et al., 2025). En conjunto, los estudios evidencian que las intervenciones educativas no solo incrementan el conocimiento, las actitudes y la autoeficacia, sino que también empoderan a las madres y padres, fortaleciendo la comunicación familiar en torno a la sexualidad, mostrando consistencia en sus resultados a pesar de la diversidad de diseños y metodologías aplicadas.

## Discusión

A través de la presente revisión integrativa, fue posible analizar la evidencia disponible en la literatura sobre intervenciones para la comunicación sexual en familias con integrante con discapacidad. Los hallazgos de la presente muestran que las intervenciones dirigidas a familiares con integrante con discapacidad, orientadas a mejorar la comunicación sexual, han demostrado efectos positivos en dimensiones como la autoeficacia parental, el conocimiento sobre sexualidad, las actitudes hacia la educación sexual y la frecuencia de comunicación con sus hijas e hijos. Los estudios reportaron un impacto favorable en madres y padres, niños, niñas y adolescentes, evidenciados en la mejora de habilidades comunicativas, el aumento de temas sexuales abordados y una mayor confianza para dialogar sobre sexualidad (Clatos y Asare, 2016; Kok y Akyuz, 2015; Pugliese et al., 2020; Bárcena et al., 2020; Rooks-Ellis et al., 2020; Gil-Llario et al., 2025).

Un aspecto relevante identificado es la variedad de formatos de las intervenciones. Mientras algunas intervenciones se desarrollaron en modalidades presenciales con talleres estructurados y sesiones grupales (Bárcena et al., 2020; Gil-Llario et al., 2025), otras incluyeron recursos digitales o modalidades autoguiadas (Pugliese et al., 2020), lo que evidencia la necesidad de adaptar las estrategias a distintos contextos

familiares y sociales. Sin embargo, las intervenciones facilitadas de manera presencial tendieron a mostrar mayores tasas de finalización y satisfacción (Sard-Peck, 2019), lo que coincide con Cordero-Campo y Perea-Cuesta (2025) los cuales refieren la importancia del acompañamiento profesional en temas de educación sexual.

Pese a los resultados alentadores, persisten limitaciones metodológicas en los estudios analizados: tamaños de muestra reducidos, diseños piloto sin grupo control o seguimientos a corto plazo. Esto restringe la validez externa de los hallazgos y la posibilidad de establecer conclusiones generalizables. Además, se observa una escasez de investigaciones en contextos latinoamericanos, donde los prejuicios y tabúes en torno a la sexualidad y discapacidad siguen siendo predominantes. En conjunto, la evidencia confirma que los familiares desempeñan un papel central en la educación sexual de las personas con alguna discapacidad. Sin embargo, se identificó un vacío crítico de conocimiento por la ausencia de programas con diseños experimentales sólidos, diversidad cultural y seguimiento longitudinal que evalúen el impacto sostenido de las intervenciones.

## Conclusiones

La presente revisión integrativa evidencia que las intervenciones educativas y conductuales dirigidas a familiares con integrante con discapacidad resultan efectivas para fortalecer la comunicación sexual en el ámbito familiar, incrementando conocimientos, habilidades y actitudes positivas tanto en los progenitores como en las niñas, niños y adolescentes. Estos hallazgos subrayan la relevancia de promover programas e intervenciones estructuradas que integren enfoques participativos, recursos accesibles y acompañamiento profesional en distintos contextos. No obstante, la limitada cantidad de estudios, la heterogeneidad metodológica y la ausencia de investigaciones en países latinoamericanos ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar y evaluar intervenciones culturalmente adaptadas y metodológicamente sólidas. En este sentido, se recomienda impulsar investigaciones futuras con diseños experimentales controlados, muestras representativas y seguimiento longitudinal, que permitan generar

evidencia robusta para orientar políticas públicas y prácticas de salud en torno a la comunicación sexual en familias con hijos con discapacidad.

## Referencias

- Alfonso-Figueroa, L., & Figueroa-Pérez, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 143-151.
- Álvarez-Lara, M., Donoso-Silva, F., Fierro-Castro, C., Olivares-Mauricio, O., & Aránguiz-Ramírez, J. (2025). Sexualidad en personas neurodivergentes: un tema invisibilizado. *Revista Matronería Actual*, (1), 7-7.
- André, T. G., Machado-Kayzuka, G. C., Quinava, S. C., Barbosa, N. G., Alvarenga, M. R. M., Fontoura-Junior, E. E., ... & Nascimento, L. C. (2024). Educational interventions on sexuality for parents of children and adolescents with intellectual disabilities: an integrative review. *Sexuality and Disability*, 42(2), 415-437.
- Balarezo-López, G. N. (2024). Sexualidad, adolescencia y educación sexual. *Diagnóstico*, 63(4), e548-e548.
- Bárcena-Gaona, S. X., Guevara-Benítez, Y., & Rodríguez-Gutiérrez, M. V. (2020). Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual. *Revista Psicología y Salud*, 30(2).
- Calero-Yera, E., Rodríguez-Roura, S., & Trumbull-Jorlen, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades médicas*, 17(3), 577-592.
- Clatos, K., & Asare, M. (2016). Sexuality education intervention for parents of children with disabilities: A pilot training program. *American journal of health studies*, 31(3), 151.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2019). Prevención del abuso sexual infantil. UNICEF. <https://www.unicef.org/cuba/prevencion-del-abuso-sexual-infantil>
- Gil-Llario, M. D., Fernández-García, O., Morell-Mengual, V., Estruch-García, V., & Ruiz-Palomino, E. (2025). *Effectiveness of an affective-sexual intervention for adolescents with autism spectrum disorder and their parents: A randomized trial. Research in Autism*, 123, 202541.



- Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual (2019). *Data extraction*. Recuperado de <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/7.3.6.4+-Data+extraction>
- Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual (2019). *The narrative synthesis of data*. Recuperado de <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/7.3.6.5.2+The+narrative+synthesis+of+data>
- Kok, G., & Akyuz, A. (2015). Evaluation of effectiveness of parent health education about the sexual developments of adolescents with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 33(2), 157-174.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Los niños con discapacidad tienen mayor probabilidad de sufrir violencia*. Disponible en: [https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/child\\_disabilities\\_violence\\_20120712/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/child_disabilities_violence_20120712/es/)
- Passada, M.N. (2020). *Discapacidad y sexualidad en América Latina: hacia la construcción del acompañamiento sexual*. *Nómadas*, 133-147.
- Pugliese, CE, Ratto, AB, Granader, Y., Dudley, KM, Bowen, A., Baker, C. y Anthony, LG (2020). Viabilidad y eficacia preliminar de un currículo de educación sexual mediado por los padres para jóvenes con trastornos del espectro autista. *Autismo*, 24 (1), 64-79.
- Rooks-Ellis, D. L., Jones, B., Sulinski, E., Howorth, S., & Achey, N. (2020). The effectiveness of a brief sexuality education intervention for parents of children with intellectual and developmental disabilities. *American Journal of Sexuality Education*, 15(4), 444-464.
- Salcedo, M. (2023). *Educación integral de la sexualidad: Una realidad a abordar con los estudiantes en condición con discapacidad intelectual*. *Gaceta de pedagogía*.
- Toronto, C. E. (2020). Overview of the integrative review. En C. E. Toronto & R. Remington (Eds.), *A step-by-step guide to conducting an integrative review* (pp. 1-9). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1>
- Vásconez, A., Acosta, S., Estefanía, E., & Cruz, L. (2022). Percepción sobre la sexualidad en los estudiantes universitarios. *Revista Eugenio Espejo*.



# Capítulo 8

---

## **Conocimiento sobre salud sexual y control conductual percibido de migrantes en tránsito**

*Tizoc Márquez, Arodi <sup>1</sup>*

*González Vázquez, Annel <sup>2</sup>*

*Moreno Monsiváis, María Guadalupe*

*Villa Rueda, Alma Angélica <sup>3</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256937>



---

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería, UABC. Correspondencia: atizoc@uabc.edu.mx

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería, UANL.

<sup>3</sup> Facultad de Enfermería, UABC.

## Resumen

**Introducción:** Las personas migrantes en tránsito enfrentan condiciones de vulnerabilidad que impactan su bienestar físico y emocional. En este contexto, la salud sexual se ve comprometida debido al limitado conocimiento sobre ITS/VIH y las dificultades de acceso a servicios de salud. **Objetivo:** Identificar el conocimiento sobre salud sexual y el control conductual percibido y su relación con las conductas sexuales de las personas migrantes. **Metodología:** Diseño descriptivo correlacional, muestreo no probabilístico a conveniencia,  $n = 200$ . **Resultados:** El conocimiento sobre salud sexual por tipo de actividad fue mayor en las personas migrantes que practican actividad sexual vaginal ( $= 22.97$ ,  $DE = 2.73$ ). El control percibido para el uso consistente del condón fue mayor en los hombres ( $= 8.75$ ,  $DE = 2.99$ ). El conocimiento se relacionó negativa y significativamente con el control percibido para el uso consistente del condón ( $r^2 = -.196$ ,  $p = .01$ ) y con el control percibido para sexo seguro ( $r^2 = -.241$ ,  $p = .01$ ). En las conductas sexuales, se identifica correlación positiva y significativa del número de parejas sexuales con la edad ( $r^2 = .187$ ,  $p = .01$ ), con el control percibido para sexo seguro ( $r^2 = .119$ ,  $p = .05$ ). **Conclusión:** Existe la necesidad de fortalecer intervenciones que promuevan conductas sexuales protectoras, considerando las condiciones de vulnerabilidad y género.

## Introducción

A nivel mundial, existen múltiples complicaciones y situaciones que se presentan en el proceso de las migraciones mismas que constituyen un problema de salud pública; aproximadamente el 3.7 % de la población mundial (alrededor de 281 millones de personas) son personas migrantes internacionales (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2024); cada minuto, tres personas salen de su país en busca de mejores condiciones de vida (ONU, 2024). La situación de las personas migrantes en tránsito en materia de derechos humanos es precaria e incluso peligrosa; en 2023, más de 8500 personas perdieron la vida en las rutas migratorias (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2024).

México y Estados Unidos continúan siendo uno de los principales corredores migratorios a nivel mundial. En 2023, aproximadamente 12 millones de personas migrantes mexicanos residían en Estados Unidos, representando alrededor del 22.8 % de la población inmigrante total en ese país (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2024). Baja California sigue siendo una vía clave de entrada a Estados Unidos; sin embargo, muchas de las personas migrantes se ven obligadas a permanecer en la frontera norte de México sin lograr su destino final (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2024). Esta situación coloca a las personas migrantes en tránsito en una posición de vulnerabilidad, enfrentando riesgos emocionales y conductuales que pueden facilitar o dificultar su adaptación, incluyendo la adopción de conductas sexuales de riesgo que los expone a enfermedades de transmisión sexual (OIM, 2024).

La salud sexual es un componente esencial del bienestar general, alcanzado cuando se dispone de información integral, conocimiento sobre salud sexual, acceso a atención médica y un entorno que promueva la salud. La literatura científica indica que el proceso migratorio de las personas migrantes está condicionado por la naturaleza misma de la transición, lo que puede representar un riesgo para su salud. En 2023, un estudio realizado en albergues de Tijuana reveló que las personas migrantes presentan un conocimiento limitado e inconsistente sobre salud sexual y reproductiva, lo que dificulta el acceso a servicios de salud debido a factores como el bajo nivel educativo y la falta de adaptación cultural (Llanes-Díaz et al., 2023). Además, el acceso a servicios de salud para las personas migrantes en tránsito en la frontera norte de México se ve obstaculizado por barreras institucionales, falta de información y discriminación, lo que incrementa su vulnerabilidad sanitaria (Rosales Martínez et al., 2017).

El conocimiento sobre salud sexual en relación con las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se define como la información que posee un individuo acerca de estos temas, incluyendo aspectos como el VIH, el uso del preservativo como método protector, las vías de transmisión del VIH, la prevención del VIH y otras ITS. Este conocimiento influye en la intención de llevar a cabo conductas sexuales protectoras, un concepto conocido como

control conductual, que se refiere a la capacidad percibida para realizar una conducta sexual segura. Sin embargo, estudios recientes indican que el conocimiento sobre salud sexual en personas migrantes es limitado e inconsistente, lo que puede afectar negativamente su capacidad para adoptar conductas sexuales protectoras. Por ejemplo, una investigación realizada en albergues de Tijuana reveló que la población migrante presenta un conocimiento insuficiente sobre salud sexual y reproductiva, lo que dificulta el acceso a servicios de salud y aumenta su vulnerabilidad a las ITS y al VIH (Llanes-Díaz et al., 2023; Larrea-Schiavon et al., 2025). Además, una revisión de la literatura científica sobre la salud materna, sexual y reproductiva de personas migrantes internacionales en las Américas encontró que el conocimiento sobre prevención del VIH es insuficiente en muchas poblaciones migrantes, lo que puede contribuir a la adopción de conductas sexuales de riesgo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Por lo que el objetivo del presente estudio es identificar el nivel de conocimiento sexual y el control conductual percibido y su relación con las conductas sexuales de las personas migrantes en tránsito. Se espera que los resultados de este estudio brinden al personal de enfermería evidencia para participar activamente en programas de salud sexual e intervenciones para personas migrantes en tránsito y así desempeñar su rol fundamental de promotor de salud.

## **Metodología**

El diseño del presente estudio fue de tipo descriptivo-correlacional (Burns y Grove, 2013). La población estuvo conformada por personas migrantes mayores de 18 años que se encontraban en tránsito en la frontera norte de Mexicali, Baja California. Se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia debido a la población de interés del estudio; la muestra estuvo conformada por 200 personas migrantes. Referente a los criterios de inclusión: comprender el idioma español, referir el inicio de vida sexual activa, ser mayor de 18 años de edad, estar en proceso migratorio de tránsito, aceptar participar a través del consentimiento informado.

## **Instrumentos de medición**

Para identificar el conocimiento sobre salud sexual ITS/VIH, se utilizó la Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, Espada et al. (2014); para el control percibido para el uso consistente del condón, fue medido a través de la subescala de autoeficacia para el uso constante del condón, por Hanna (1999), y para el control percibido para sexo seguro, fue medido por la escala de autoeficacia para las conductas de riesgo del VIH (Smith, McGraw, Costa y McKinlay, 1996).

## **Análisis de datos**

Los datos fueron capturados y procesados en el programa estadístico SPSS Versión 21 para Windows. Las variables categóricas se analizaron a través de frecuencias y porcentajes; para las variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Para dar respuesta a los objetivos del estudio, se utilizó estadística no paramétrica: la prueba H de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Spearman.

## **Consideraciones Éticas**

El presente artículo obtuvo la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). Conforme a lo establecido en el Capítulo I, Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en todo momento se respetó la dignidad, privacidad, bienestar y participación voluntaria de los participantes, se utilizó un consentimiento informado el cual explicaba de forma clara el propósito del estudio, los procedimientos a realizar, las posibles molestias, el derecho a recibir respuestas a sus dudas y la seguridad de que se protegería su identidad, el resguardo de la información será durante doce meses por el investigador principal y después sería destituida (Fracciones I, III, VI, VII, VIII), así mismo se debe señalar que en ningún momento se otorgó algún incentivo para participar.

## Resultados

Como primer paso, se describen a continuación los datos sociodemográficos de los participantes, donde se reportó que el 84.5 % de la muestra son hombres y el 15.5 % mujeres, y de estos mismos, el 81 % se identifica como hombre y el 19 % como mujer; el 58 % además proviene de las regiones centro y sur de México; el resto, destacan los países de El Salvador con un 8.0 % y Haití con un 6.5 %, Perú 4 %, Belice 3 %. Referente al estado civil, el 40 % refiere estar casado, 26.5 % en unión libre, solteros 22.0 %, divorciado 8 % y el 3.5 % viudo. La edad de las personas migrantes que se reportó fue una media de 38.07; con respecto a su escolaridad, se reportó una media de 12.06 años.

Ahora bien, referente a la conducta sexual de las personas migrantes, se identificó que el 62.5 % de las personas migrantes refiere que tiene pareja formal (mujer) y 16.5 % pareja formal (hombre), y el tipo de relación sexual que practican con mayor frecuencia es el sexo vaginal con un 90 %, seguido del anal con 6 % y oral con 4 %. El 44 % respondió que sí ha tenido alguna vez en la vida una infección de transmisión sexual; el 27 % no lo sabe. Así mismo, la infección que adquirieron fue sífilis con un 9 %, VIH con un 5.5 %, seguido de gonorrea con 4.5 %.

Ahora bien, como parte inicial, se expone el conocimiento sobre salud sexual de las personas migrantes, donde se identificó una media de 22.82 (DE = 2.74) del conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Con respecto a las subescalas, fue mayor el conocimiento sobre ITS ( = 6.93, DE =1.39), seguido del conocimiento general del VIH ( = 6.25, DE =1.48); así mismo, se identificó un menor conocimiento del preservativo como método protector ( = 1.25, DE =.61); observar tabla 1.



**Tabla 1***Medidas de tendencia central sobre el conocimiento sobre salud sexual*

| <b>Variable</b>                                                               | <b><math>\bar{X}</math></b> | <b>Mdn</b> | <b>DE</b> | <b>Valor mínimo</b> | <b>Valor máximo</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|---------------------|---------------------|
| Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual | 22.82                       | 23.00      | 2.74      | 17.00               | 31.00               |
| Vías de transmisión                                                           | 6.00                        | 6.00       | 1.61      | 3.00                | 11.00               |
| General del VIH                                                               | 6.25                        | 6.00       | 1.48      | 3.00                | 10.00               |
| Sobre otras ITS                                                               | 6.93                        | 7.00       | 1.39      | 4.00                | 10.00               |
| Preservativo como método protector                                            | 1.25                        | 1.00       | .61       | .00                 | 2.00                |
| Prevención del VIH                                                            | 2.38                        | 2.00       | .63       | 1.00                | 3.00                |

*Nota:*  $\bar{X}$  = media, Mdn= mediana, DE= desviación estándar, n= 200.

En lo que se refiere al conocimiento sobre salud sexual, no presentó diferencias significativas de acuerdo al sexo de las personas migrantes ( $p > .05$ ). Donde el conocimiento sobre salud sexual por tipo de actividad sexual presentó diferencias significativas ( $H = 12.01$ ,  $p = .002$ ) en la escala completa de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, reportando medias y medianas más altas de conocimiento en las personas migrantes que practican actividad sexual vaginal ( $= 22.97$ ,  $DE = 2.73$ ). Así mismo, la subescala de conocimiento general del VIH presentó diferencias significativas ( $H = 10.03$ ,  $p = .007$ ), reportando medias y medianas más altas de conocimiento en las personas migrantes que practican actividad sexual vaginal ( $= 6.35$ ,  $DE = 1.47$ ); observar tabla 2.

**Tabla 2**

*Medidas de tendencia central sobre el conocimiento sobre salud sexual por tipo de actividad sexual*

| Variable                                        | $\bar{X}$ | Mdn   | DE   | Valor mínimo | Valor máximo | H     | p    |
|-------------------------------------------------|-----------|-------|------|--------------|--------------|-------|------|
| Escala de conocimiento sobre el VIH y otras ITS |           |       |      |              |              |       |      |
| Vaginal                                         | 22.97     | 23.00 | 2.73 | 18.00        | 31.00        | 12.01 | .002 |
| Oral                                            | 19.37     | 19.00 | 1.92 | 17.00        | 22.00        |       |      |
| Anal                                            | 22.91     | 22.00 | 1.78 | 21.00        | 26.00        |       |      |
| Conocimiento general VIH                        |           |       |      |              |              |       |      |
| Vaginal                                         | 6.35      | 6.00  | 1.47 | 3.00         | 10.00        | 10.03 | .007 |
| Oral                                            | 4.75      | 4.00  | 1.38 | 4.00         | 8.00         |       |      |
| Anal                                            | 5.83      | 6.00  | 1.19 | 4.00         | 8.00         |       |      |

*Nota:*  $\bar{X}$  = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, n = 200, H = prueba H de Kruskal-Wallis, p = significancia estadística.

Los resultados indican que los participantes reportaron un nivel alto de control percibido tanto para el uso consistente del condón, identificando una media de (= 8.46, DE = 3.10), como para el sexo seguro (= 33.39, DE = 4.20). Esto sugiere una percepción favorable respecto a su capacidad para mantener conductas sexuales protectoras, aunque se observa cierta variabilidad individual en ambas medidas.

**Tabla 3**

*Medidas de tendencia central del control percibido*

| Variable                                             | $\bar{X}$ | Mdn   | DE   | Valor mínimo | Valor máximo |
|------------------------------------------------------|-----------|-------|------|--------------|--------------|
| Control percibido para el uso consistente del condón | 8.46      | 9.00  | 3.10 | 3.00         | 20.00        |
| Control percibido para el sexo seguro                | 33.39     | 33.00 | 4.20 | 15.00        | 45.00        |

*Nota:*  $\bar{X}$  = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, n = 200.

Respecto al control percibido por sexo, se presenta en la tabla 4; se observan diferencias significativas en el control percibido para el uso

consistente del condón ( $U = 1619.00$ ,  $p = .001$ ), los hombres reportan mayor control percibido ( $= 8.75$ ,  $DE = 2.99$ ), en comparación con las mujeres ( $= 6.83$ ,  $DE = 3.22$ ).

**Tabla 4**

*Medidas de tendencia central del control percibido por sexo*

| Variable                                             | $\bar{X}$ | Mdn   | DE   | Valor mínimo | Valor máximo | U       | p    |
|------------------------------------------------------|-----------|-------|------|--------------|--------------|---------|------|
| Control percibido para el uso consistente del condón |           |       |      |              |              |         |      |
| Hombres                                              | 8.75      | 9.00  | 2.99 | 3.00         | 15.00        | 1619.00 | .001 |
| Mujer                                                | 6.83      | 6.00  | 3.22 | 3.00         | 15.00        |         |      |
| Control percibido para el sexo seguro                |           |       |      |              |              |         |      |
| Mujer                                                | 32.61     | 32.00 | 4.69 | 20.00        | 45.00        | 2128.50 | .096 |
| Hombres                                              | 33.53     | 33.00 | 4.10 | 21.00        | 45.00        |         |      |

*Nota:*  $\bar{X}$  = media, Mdn= mediana, DE = desviación estándar, U= prueba de U de Mann-Whitney, n= 200.

Ahora bien, para determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH, el control conductual percibido y las conductas sexuales de las personas migrantes en tránsito, se presenta la tabla 5, donde el conocimiento se relacionó negativa y significativamente con el control percibido para el uso consistente del condón ( $r^2 = -.196$ ,  $p = .01$ ) y con el control percibido para sexo seguro ( $r^2 = -.241$ ,  $p = .01$ ), lo que indica que a menor conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH, mayor será el control percibido para uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro.

Con respecto a las conductas sexuales, se identifica correlación positiva y significativa del número de parejas sexuales con la edad ( $r^2 = .187$ ,  $p = .01$ ), con el control percibido ( $r^2 = .119$ ,  $p = .05$ ), lo que indica que a mayor edad, mayor número de parejas sexuales, mayor control percibido para sexo seguro, mayor número de parejas sexuales.

El uso de condón en los últimos 3 meses se relacionó positiva y significativamente con el número de parejas sexuales ( $r^2 = .316$ ,  $p = .01$ ), lo que indica que a mayor número de parejas sexuales, fue mayor el uso del condón en los últimos 3 meses. No se encontró relación del conoci-

miento sobre salud sexual para ITS/VIH y las conductas sexuales de las personas migrantes.

**Tabla 5**

*Coefficiente de correlación de Spearman de las variables de edad, conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH, el control percibido para el uso consistente del condón, el control percibido para sexo seguro y conductas sexuales.*

| Variables                                               | 1      | 2       | 3      | 4     | 5      |
|---------------------------------------------------------|--------|---------|--------|-------|--------|
| 1. Edad                                                 | 1      |         |        |       |        |
| 2. Conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH         | .011   | 1       |        |       |        |
| 3. Control percibido para el uso consistente del condón | -.004  | -.196** | 1      |       |        |
| 4. Control percibido para sexo seguro                   | -.011  | -.241** | .184** | 1     |        |
| 5. Número de parejas sexuales                           | .187** | -.070   | .005   | .119* | 1      |
| 6. Uso del condón en los últimos 3 meses                | .195   | .339    | -.113  | -.105 | .316** |

*Nota:* n = 200 muestra total, \* = la correlación es significativa al nivel de .05, \*\* = la correlación es significativa al nivel de .01.

## Discusión

Los principales hallazgos permitieron mostrar mayores medias de conocimiento en las subescalas de conocimiento sobre otras ITS y menores medias en el conocimiento del preservativo como método protector. Estos datos pudieran estar explicados por el nivel educativo de las personas migrantes, que se reportó con una media de 12 años de educación, lo que indica que solo cuentan con educación básica secundaria, siendo el principal factor de la desinformación sobre el uso correcto y objetivo del condón (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

El control percibido para el uso consistente del condón fue mayor en los hombres que en las mujeres, hallazgo que pudiera estar explicado por lo referido por Palacios et al. (2019), donde menciona que se ha identificado que los hombres muestran características de interés para negociar

el uso del condón, refieren la responsabilidad como valor asociado al condón, para evitar un embarazo e infecciones de ITS.

De acuerdo a la relación del conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con el control percibido para el uso consistente del condón y el control percibido para sexo seguro. Se encontró que a menor conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH, mayores serán el control percibido para uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro. Sin embargo, en otro orden de ideas, Li et al. (2019) y Song et al. (2015) señalan que un bajo conocimiento tiene más probabilidades de realizar conductas sexuales de riesgo (no uso de condón, relaciones extramatrimoniales, antecedentes de ITS/VIH y consumo de drogas) y con ello un menor control percibido para uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro.

Aunque en otro sentido el conocimiento no determina el control percibido para uso consistente del condón y conducta sexual segura, debido a que el conocimiento de las personas migrante en tránsito sobre salud sexual para ITS/VIH es limitado y las variables de control percibido para sexo seguro como lo menciona la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 2002, 2005), se pueden explicar por las experiencias previas sexuales, la actitud hacia la conducta, y norma subjetiva de las personas migrantes en tránsito (Guerra-Ordoñez et al., 2017b; Huang et al., 2016; Shen et al., 2019; Tarkang y Pencille, 2018), además que existe poca literatura que fundamente la relación del conocimiento con el control conductual percibido. Las conductas sexuales de las personas migrantes no presentaron correlación significativa con el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH.

El control percibido para sexo seguro se correlacionó positiva y significativa de número de parejas sexuales, datos que son similares a lo reportado por Guerra-Ordoñez et al. (2017) y ser explicados debido a que cuando un individuo tiene la confianza realizar acciones encaminadas a un resultado deseado, acciones de sexo seguro a través del uso del condón, mantener comunicación con las parejas sexuales, presenta con mayor confianza a realizar prácticas sexuales y aumenta el número de parejas sexuales.

## Conclusión

Se identificó mayores medias en la subescala de conocimiento sobre otras ITS, y en menores medias en el conocimiento del preservativo como método protector; además, presentan mayor conocimiento sobre salud sexual las personas migrantes que practican sexo vaginal en comparación con las personas migrantes que practican sexo oral o anal. El control percibido para el uso consistente del condón fue mayor en los hombres que en las mujeres.

El conocimiento se relacionó negativa y significativamente con el control percibido para el uso consistente del condón y con el control percibido para sexo seguro.

No se encontró relación del conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH y las conductas sexuales de las personas migrantes. El control percibido para sexo seguro se correlacionó positiva y significativamente con el número de parejas sexuales.

## Referencias bibliográficas

- Burns, N., & Grove, S. K. (2013). Cap. Población y muestras de investigación. *Investigación en Enfermería*, 5ª Edición, Elsevier Saunders. Pp. 296-333
- Consejo Nacional de Población. (2024). *Estadísticas migratorias 2023*. <https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbd1686/files/documents/2024-03/estadisticas-migratorias-2023.pdf>
- Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atencion Primaria*, 46(10), 558–564. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.007>
- Guerra-Ordoñez, J. A., Benavides-Torres, R. A., Onofre-Rodríguez, D. J., Márquez-Vega, M. A., Guerra-Rodríguez, G. M., & Wall, K. M. (2017b). Self-efficacy and Coping as Correlates of Migrant Safe Sexual Behavior to Prevent HIV. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 28(5), 761–769. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.05.008>

- Hanna, K. (1999). An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *Journal of Pediatric Nursing*, 14, (1), 59-66.
- Huang, W., Dong, Y., Chen, L., Song, D., Wang, J., Tao, H., & Operario, D. (2016). HIV risk and sexual health among female migrants in China. *Health Promotion International*, 31(3), 595.
- Larrea-Schiavon, S., Infante, C., Graham, J., et al. (2025). Sexual and reproductive health of in-transit migrant women en route to the United States: a mixed-methods study in Ciudad Juárez, Mexico. *BMC Global Health*, 3, 60. <https://doi.org/10.1186/s44263-025-00180-8>
- Li, S., Huang, H., Cai, Y., Xu, G., Huang, F., & Shen, X. (2009). Characteristics and determinants of sexual behavior among adolescents of migrant workers in Shanghai (China). *BMC Public Health*, 9(1), 195.
- Llanes-Díaz, N., Bojórquez-Chapela, I., & Odgers-Ortiz, O. (2023). Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e56. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.56>
- Organización de las Naciones Unidas. (2024). Migración internacional. <https://www.un.org/es/global-issues/migration>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2024, 6 de marzo). El año más letal del que se tenga registro, con casi 8.600 muertes de personas migrantes en 2023. <https://www.iom.int/es/news/el-ano-mas-lethal-del-que-se-tenga-registro-con-casi-8600-muertes-de-personas-migrantes-en-2023>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). La salud de los migrantes internacionales: Salud materna, sexual y reproductiva. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/healthmigration-maternal-sexual-reproductive-health-2023-es.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). La salud de los migrantes internacionales: Salud materna, sexual y reproductiva. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/healthmigration-maternal-sexual-reproductive-health-2023-es.pdf>
- Palacios R.O.A., Torres L.T.M., Galarza T.D. & Cruz V.A.J. (2019). Sexo y prevención: representaciones sociales del condón en adultos mexicanos. *Horizonte sanitario*, 18(3), 295-305. Epub 17 de enero de 2020. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2939>

- Rosales Martínez, Y., Bojórquez Chapela, I., Leyva Flores, R., & Infante Xibille, C. (2017). Oferta de servicios de salud a migrantes repatriados por Tijuana, Baja California: Cooperación y capacidad de respuesta interinstitucional. *Frontera Norte*, 29(57), 107–130. <https://doi.org/10.17428/rfn.v29i57.914>
- Secretaria de Salud. (27 de junio de 2022). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Shen, Q., Wang, Y., Wang, Z., Wang, Y., Luo, M., Wang, S., & Shang, M. (2019). Understanding condom use among unmarried female migrants: a psychological and personality factors modified information-motivation-behavioral skills model. *BMC Public Health*, 19(1), 223.
- Smith, K. W., McGraw, S. A., Costa, L. A., & McKinlay, J. B. (1996). A self-efficacy scale for HIV risk behaviors: development and evaluation. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 8(2), 97–105.
- Song, Y., Kang, D., Wang, G., Wei, C., Tao, X., Huang, T. & Ma, W. (2015). HIV/AIDS-related Knowledge and Behaviors Among Rural Married Migrant Women in Shandong Province, China: A Comparison Study. *Archives of Sexual Behavior*, 44(2), 367–374.
- Tarkang, E. E., & Pencille, L. B. (2018). Psychosocial predictors of consistent condom use among migrant road construction workers in the Southwest Region of Cameroon using the Health Belief Model. *Pan African Medical Journal*, 29, 215.



## **Comunicación intergeneracional como estrategia para disminuir el estrés académico en juventudes**

*Quijas Cristerna, Elsa Yarely<sup>1</sup>  
Chávez Flores, Yolanda Viridiana<sup>2</sup>  
Quijas Cristerna, Sandra Patricia<sup>3</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256944>



---

<sup>1</sup> Facultad de Economía y Relaciones Internacionales, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana. (<https://orcid.org/0009-0000-1830-2443>)

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California, Unidad Valle de las Palmas. (<https://orcid.org/0000-0003-0613-167X>)

<sup>3</sup> Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, Universidad Autónoma de Baja California, Unidad Ensenada. (<https://orcid.org/0000-0002-9674-7680>)

## Resumen

**Objetivo:** Este capítulo aborda el diseño y la evaluación de un taller de comunicación intergeneracional dirigido a personas jóvenes pertenecientes a la Generación Z en Tijuana, Baja California. **Método:** Se diseñaron y aplicaron seis sesiones semanales desde un enfoque psicoeducativo con base en modelos teóricos de comunicación y estrés académico. Participaron 11 estudiantes universitarios y cada sesión duró de 60 a 90 minutos. Se aplicó el Inventario sistémico cognoscitivista (SISCO). **Resultados:** Se observó una disminución estadísticamente significativa en el nivel de preocupación y nerviosismo pretest (Mdn = 5.0; Rango = 2); posttest (Mdn = 5.0; Rango = 4)  $Z = 2.041$ ,  $p = .041$ . **Discusión y conclusiones:** Los resultados apuntan a que la intervención aplicada permitió entender y abrir canales de comunicación y diálogo en el aula, disminuyendo con esto el estrés académico, sembrando un horizonte de convivencia más empática y humana.

## Introducción

El aumento sostenido de la población joven en México, que representa el 24.7 % del total nacional entre los 15 y 29 años (INEGI, 2020), plantea nuevos desafíos para las instituciones educativas. La mayoría de estas personas cursa o cursará estudios universitarios, lo que exige transformar los procesos de enseñanza-aprendizaje hacia modelos más integrales que incluyan no solo el desarrollo cognitivo, sino también las habilidades emocionales y comunicativas necesarias para su bienestar. En este contexto, la comunicación intergeneracional entre docentes y estudiantes se presenta como una herramienta clave para fortalecer el vínculo pedagógico, promover ambientes saludables y disminuir el estrés académico en juventudes universitarias.

En las universidades mexicanas, confluyen diversas generaciones. Por un lado, docentes pertenecientes principalmente a los Baby Boomers y a la Generación X, y estudiantes en su mayoría de la Generación Z. Estas diferencias generacionales se manifiestan en valores, estilos de comunicación, expectativas y uso de tecnologías, generando a menudo

brechas de entendimiento que pueden derivar en conflictos relacionales y afectar el clima emocional en el aula (Castañeda, 2021; Gutiérrez Cuéllar, 2019). Cuando la interacción docente–estudiante se centra únicamente en la transmisión de contenidos, sin atender los factores emocionales ni las particularidades culturales de cada generación, se incrementa la posibilidad de estrés académico y de desmotivación estudiantil (Reyes, 2017; Barraza, 2016). De acuerdo con la teoría sociohistórica de Lev Vygotsky, el aprendizaje es un proceso social y cultural que se construye a través de la interacción con los otros y mediante herramientas simbólicas que median el conocimiento (Baquero, 1997). Desde esta perspectiva, el aula universitaria es un espacio privilegiado de encuentro intergeneracional donde el diálogo, la empatía y el reconocimiento mutuo se convierten en condiciones esenciales para el desarrollo integral del estudiantado. Fomentar la comunicación intergeneracional implica, por tanto, reconocer las diferencias de contexto, lenguaje y tecnología entre generaciones, y transformarlas en oportunidades para el aprendizaje conjunto. La educación contemporánea requiere docentes capaces de romper paradigmas tradicionales, adaptarse a las nuevas tecnologías y desarrollar competencias digitales y emocionales que faciliten la conexión con sus estudiantes (Echeverría, 2017). La Generación Z, caracterizada por su activismo social, su pensamiento crítico y su afinidad con las plataformas digitales (Espiritusanto, 2016), demanda modelos de enseñanza más horizontales y participativos. Sin embargo, muchos docentes aún operan bajo esquemas instruccionales centrados en una figura jerárquica del docente, limitando el diálogo y la participación activa del alumnado (Cerezo, 2016). Este desfase refuerza la necesidad de implementar estrategias que promuevan una comunicación bidireccional, respetuosa y empática entre generaciones.

El estrés académico se define como un proceso psicológico adaptativo que surge cuando las demandas escolares exceden las capacidades percibidas de afrontamiento del estudiante, produciendo síntomas emocionales, cognitivos y conductuales (Barraza, 2016). La pandemia de COVID-19 exacerbó estas tensiones, al obligar a estudiantes y docentes a reorganizar sus dinámicas de aprendizaje en entornos virtuales, evidenciando la importancia de las competencias socioemocionales y comunicativas en el

ámbito educativo (Morales, 2020). En este sentido, los programas intergeneracionales han mostrado ser eficaces para disminuir el aislamiento, mejorar la percepción del apoyo social y fortalecer la autorregulación emocional (Moral-Jiménez, 2017). La comunicación intergeneracional se concibe como un proceso de intercambio entre grupos de edad distintos que, al reconocer sus diferencias culturales, históricas y tecnológicas, promueve la comprensión mutua y la colaboración (Pérez-Sánchez, 2008). Cuando este diálogo está mediado por estereotipos o juicios de valor, surgen malentendidos, conflictos y sentimientos de insatisfacción. Por el contrario, cuando se basa en el respeto y la reciprocidad, puede convertirse en una estrategia para reducir el estrés, mejorar las relaciones sociales y fortalecer el bienestar psicológico (Ovidio, 2011). Diversas investigaciones han documentado los beneficios de los programas de comunicación intergeneracional en contextos educativos, sociales y comunitarios, al facilitar la convivencia, la empatía y el aprendizaje cooperativo (Bedmar, 2003; Castejón, 2016). Estos programas fomentan cuatro pilares educativos: convivir, conocer, hacer y ser, integrando el aprendizaje emocional con el cognitivo. En el ámbito universitario, la aplicación de talleres o intervenciones basadas en el diálogo intergeneracional puede contribuir a disminuir los niveles de estrés académico, mejorar la percepción de apoyo y fortalecer la relación docente-estudiantes.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de discapacidad en adolescentes y jóvenes; la depresión y la ansiedad están directamente asociadas al estrés académico, siendo el suicidio la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años. En América del Norte, la Generación Z reporta peores niveles de salud mental y mayor exposición a estresores que generaciones previas (APA, 2019). Estos datos subrayan la urgencia de desarrollar estrategias institucionales que integren la salud mental y el bienestar emocional como parte del currículo universitario. En este sentido, la comunicación intergeneracional ofrece una vía prometedora para fortalecer la relación pedagógica y reducir el estrés académico en juventudes universitarias. Al promover el entendimiento entre generaciones, no solo se mejora la dinámica educativa, sino que también se cultivan habilidades socioemocionales esenciales para la vida. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue diseñar y evaluar un

Taller de Habilidades de Comunicación dirigido a estudiantes de primeros semestres en educación superior en Tijuana.

## **Método**

Este estudio se realizó en dos fases. En la fase 1 se realizó una investigación diagnóstica, mientras que la fase 2 fue de intervención y evaluación.

### **Fase diagnóstica**

Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo con diseño preexperimental de preprueba–posprueba con un solo grupo. En cuanto a las personas participantes, el universo fueron estudiantes de nivel universitario pertenecientes a la Generación Z, del Instituto Tecnológico de Tijuana (ITT), Baja California. La muestra fue no probabilística por conveniencia y participaron 102 estudiantes de ciencias exactas y ciencias blandas que cumplieron con el criterio de pertenecer a la generación Z, es decir, tener entre 17 y 21 años de edad. Como instrumento de evaluación, se utilizó el cuestionario de estrés académico SISCO, de Barraza (2007), con un alfa de Cronbach de .87, el cual cuenta con 34 ítems con respuestas dicotómicas (sí o no), de escala Likert, dividido en las siguientes dimensiones: Intensidad del estrés académico, estresores, síntomas y estrategias. En cuanto a las consideraciones éticas, cabe mencionar que el estudio se considera de riesgo mínimo conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación. Antes de la aplicación de instrumentos, el proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Evaluación de la Facultad de Ciencias de la Salud y todas las personas participantes firmaron el consentimiento informado.

### **Fase de intervención**

Se diseñó una intervención con enfoque psicoeducativo denominada Taller de Comunicación Intergeneracional. Consta de seis sesiones semanales con duración de 60 a 90 minutos cada una. Cada sesión aborda progresivamente dimensiones cognitivas, emocionales y sociales de

la interacción docente–estudiante, articulando fundamentos teóricos y estrategias vivenciales.

Con relación a los fundamentos teóricos, de acuerdo a lo planteado por Duarte (2012), las generaciones se configuran a partir de las respuestas colectivas a las coyunturas significativas que pudieran afectar, en este caso, a las personas jóvenes. Además, Howe-Strauss (1991) mencionan que las relaciones intergeneracionales operan bajo un sistema de dominación que impone limitaciones materiales y simbólicas que asignan roles subalternos dentro de la estructura social, ejerciendo imposición que suele limitar el pleno desarrollo social e individual de las personas jóvenes. A continuación, se describe su contenido y desarrollo.

Sesión 1: Empatía y autoconocimiento, tuvo como propósito generar un clima de confianza y promover la reflexión sobre la propia identidad y la percepción del entorno. Se aplicó la técnica de Comunicación Intergeneracional de Brenes (2009), entendida como un proceso complejo de intercambio que integra variables sociales y cognitivas. Desde esta perspectiva, el reconocimiento de la historia y la experiencia compartida permite construir una identidad grupal (Pérez, 2004) y fortalecer la cohesión del grupo. El autoconocimiento y la comprensión de las distintas generaciones constituyen el punto de partida para establecer vínculos significativos con el entorno (Ojeda, 2017).

Sesión 2: Empatía generacional, profundizó en la aplicación de técnicas de comunicación intergeneracional basadas en la empatía, siguiendo los hallazgos de *The State of Our Art: Intergenerational Program Research and Evaluation* (Connell, 1995), donde los programas intergeneracionales se reconocen como herramientas eficaces para reunir a grupos diversos en torno a objetivos comunes. A partir de los planteamientos de Brenes (2009) y Motos (2003), se abordaron aspectos como la escucha, el lenguaje, la atención y la comprensión, promoviendo la capacidad de reconocer al otro sin pretender reproducir sus modelos culturales (Carli, 2002; Pasqualetto, 2006).

Sesión 3: Identificación de las brechas generacionales tuvo como finalidad reconocer las diferencias y coincidencias entre generaciones, así como las posibles barreras comunicativas. Basada en la Teoría de la Acomodación en la Comunicación (Giles, 2017), esta sesión permitió analizar

cómo las personas ajustan su discurso según las variables situacionales o interpersonales. Se promovió la reflexión sobre los estereotipos y la construcción de lazos intergeneracionales que fomenten el intercambio de conocimientos y el derribo de prejuicios (Abarrategui, 2018).

Sesión 4: Juego de roles intergeneracionales; se aplicó la técnica de role playing como medio para reestructurar la percepción sobre otras generaciones. A través de la representación de situaciones cotidianas, los participantes exploraron diversas perspectivas, promoviendo la empatía, la inclusión y la comprensión mutua. Esta estrategia, según Saldarriaga (2013), favorece el diálogo entre grupos etarios y facilita la construcción de aprendizajes significativos en contextos de diversidad generacional.

Sesión 5: Estrategias de comunicación intergeneracional, se centró en desarrollar la habilidad de identificar y regular las propias formas de comunicación mediante la técnica de comunicación asertiva. De acuerdo con Pasqualetto (2006), esta práctica posibilita relaciones más colaborativas, la resignificación de estereotipos y el uso crítico de las tecnologías como medios de participación social. En el plano académico, la asertividad se concibe como una competencia clave para mejorar la interacción educativa y fortalecer la cohesión en entornos multiculturales (Williams y Nussbaum, 2001).

Sesión 6: Comunicación asertiva para realizar peticiones buscó guiar al estudiantado en la aplicación personal de estrategias asertivas en la comunicación cotidiana. Siguiendo a Alberti y Emmons, este tipo de conducta permite expresar sentimientos y defender derechos personales sin vulnerar los de los demás. Desde la perspectiva de Hersen y Beuach (2008) y Zaldívar (1994), la asertividad constituye una herramienta esencial para afrontar situaciones problemáticas y mejorar el diálogo intergeneracional. Su práctica favorece la transformación de estereotipos y la construcción de nuevas formas de comprender las relaciones entre generaciones (Duque, 2018). En conjunto, las seis sesiones buscan promover el autoconocimiento, la empatía y la comunicación efectiva, para reducir tensiones derivadas de la brecha generacional y fortalecer la convivencia universitaria como un espacio inclusivo, reflexivo y emocionalmente saludable.

En la aplicación y evaluación del Taller de Comunicación Intergeneracional, participaron 11 estudiantes universitarios de ciencias exactas y

ciencias blandas del Instituto Tecnológico de Tijuana (ITT), que completaron las seis sesiones de la intervención. Fue una muestra no probabilística por conveniencia. Se invitó al estudiantado mediante redes sociales y verbalmente durante la visita a las aulas. Se consideró como criterio de inclusión haber participado en la fase 1 del estudio y tener entre 17 y 21 años de edad. Para la evaluación, se aplicó nuevamente como postest el cuestionario de estrés académico SISCO, de Barraza (2007). Los datos se analizaron mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparar las diferencias entre pretest y postest.

Cabe destacar que las sesiones se aplicaron al inicio del semestre, tomando en cuenta que el estrés académico suele ser más intenso conforme se acerca al final, que se presenta con más por los exámenes y trabajos finales.

## **Resultados**

### **Fase diagnóstica**

En esta fase del estudio participaron 102 estudiantes. De estos, en su mayoría jóvenes de 18 a 19 años con el 49 %, el 55 % fueron del sexo masculino, 44 % femenino, 1% otro.

Para la pregunta de ¿Puedes identificar tus emociones o sentimientos?, tan solo el 57 % afirmó poder hacerlo. Es importante señalar que el reconocimiento e identificación de las emociones básicas permite al individuo alcanzar un mayor equilibrio emocional. En este sentido, para lograr la autoeficacia es necesario contar con conocimiento de las propias emociones y desarrollar la capacidad de regularlas hacia los resultados esperados (Bisquerra, 2003).

La emoción más recurrente durante el transcurso del semestre fue miedo, con 51 %, y el 75 % ha presentado nerviosismo. Las reacciones que presentaron fueron bajo ánimo con 46 %, seguido de desinterés con 43 %; el 63 % presentaron nerviosismo o estrés por las tareas, trabajos o exámenes, el 65 % presentaron frustración, el 63 % presentaron afectaciones en el sueño, el 34 % menciona que se ha sentido a veces bien emocionalmente en el transcurso del semestre.



El 75 % del estudiantado que reportó nerviosismo durante el semestre, lo cual puede interpretarse como un indicador de estrés académico, entendido como un malestar que surge a partir de factores físicos y emocionales, ya sean intencionales o ambientales, que ejercen una presión significativa sobre la capacidad individual para enfrentar las demandas del contexto escolar. Este impacto se refleja en el rendimiento académico, la habilidad metacognitiva para resolver problemas, la preparación de exámenes, la relación con compañeros y docentes, la búsqueda de reconocimiento e identidad, así como en la capacidad para vincular los contenidos teóricos con la realidad específica (Belkis, 2015).

En la subescala de frustración, que representó el 65 % (la respuesta más elevada), un estudio reciente (Borges, 2005) evidenció que las frustraciones experimentadas por los estudiantes afectan negativamente su aprendizaje y su satisfacción académica. Dichas frustraciones no son fortuitas, sino que se originan en acciones o carencias atribuibles a los propios estudiantes, al profesorado y a la institución educativa.

En cuanto a las situaciones generadoras de estrés y nerviosismo, se encontró que 77 participantes (74.8 %) mencionaron que es por los exámenes, ensayos o trabajos de investigación; la sobrecarga de trabajos o tareas fue señalada por 49 (47.6 %), no poder entender al docente por su falta de claridad en las explicaciones fue reportado por 35 participantes (34 %), la dificultad para comprender los temas de clase por 45 (43.7 %), la exigencia de participaciones o exposiciones en clase por 30 (29.1 %), el estilo de comunicación de los profesores hacia el estudiantado por 10 (9.7 %) y el tiempo limitado para realizar tareas o proyectos por 36 (35 %).

## **Fase de intervención**

La intervención a modo de taller reforzó las habilidades de comunicación intergeneracional para disminuir el estrés académico, siendo sus principales variables la ya mencionada comunicación intergeneracional en forma de taller y el estrés académico, con la finalidad de prevenir y reducir este último. El análisis estadístico reveló diferencias significativas en el nivel de preocupación y nerviosismo cuando comparamos los resultados del

pretest (Mdn = 5.0; Rango = 2) y el posttest (Mdn = 5.0; Rango = 4) ( $Z = 2.041$ ,  $p = .041$ ). Estos resultados confirman la efectividad del programa.

**Tabla 1**

*Resultados en el nivel de preocupación y nerviosismo antes y después de la aplicación del programa*

| ID de participante | Resultados Pretest | Resultados Posttest |
|--------------------|--------------------|---------------------|
| 1                  | 4                  | 3                   |
| 2                  | 5                  | 5                   |
| 3                  | 4                  | 4                   |
| 4                  | 6                  | 6                   |
| 5                  | 6                  | 6                   |
| 6                  | 6                  | 3                   |
| 7                  | 5                  | 5                   |
| 8                  | 5                  | 5                   |
| 9                  | 5                  | 3                   |
| 10                 | 6                  | 5                   |
| 11                 | 5                  | 2                   |

Elaboración propia con base en resultados.

El indicador del nivel de preocupación y nerviosismo en el posttest muestra que el estrés disminuyó en algunos participantes, dando con ello la premisa de que la intervención sí tuvo efectos positivos en el estudiantado (Tabla 1). Estos datos confirman que la mayoría de las personas jóvenes de la muestra experimentan un grado considerable de estrés académico en el pretest, asociado a factores como la sobrecarga de tareas, la presión de exámenes y la percepción de escasa empatía por parte de las(los) docentes, pero se presentó una disminución en el posttest. Asimismo, la disminución del nivel de preocupación y nerviosismo reportada sugiere que las y los estudiantes desarrollaron herramientas para sobrellevar las cargas académicas y redefinieron sus interacciones con docentes mediante habilidades de regulación emocional y comunicación intergeneracional, utilizando estrategias de afrontamiento más efectivas.

Por lo tanto, este indicador refuerza la idea de que programas de intervención orientados al manejo de estrés académico representan he-

ramientas valiosas y eficaces para mejorar la comunicación intergeneracional y la salud mental de las personas jóvenes, destacando que solo es un factor, mas no la parte integradora del estrés en general. Si bien los niveles de estresores y los síntomas de estrés académico no mostraron una disminución significativa, sí se observaron cambios favorables. Estos resultados eran esperados en esta fase del estudio, ya que aún es necesario continuar investigando los efectos de la intervención para obtener conclusiones más sólidas; sin embargo, cabe destacar que no se registraron efectos negativos. Esto permite considerar acertada la información generada durante la implementación y abre la posibilidad de dar continuidad al estudio más allá del ámbito académico que implica este trabajo.

## Discusión y conclusiones

Durante el proceso de intervención se observó que el estrés es multifactorial, como lo menciona Sarubbi De Rearte (2013), que dicta que este fenómeno es complejo y que implica la consideración de variables interrelacionadas: estresores académicos, experiencia subjetiva de estrés, moderadores del estrés académico y, finalmente, efectos del estrés académico. Por ello se dificulta poder relacionar el estrés académico con la falta de comunicación intergeneracional, aunque de manera informal se ha hecho constante en las redes sociales y diferentes medios la mención de la falta de entendimiento entre generaciones, además de la desinformación acerca de estas cohortes y de las características de las mismas.

El estrés académico sin duda es uno de los factores importantes que el estudiantado presenta con regularidad y este aumenta en el nivel medio superior y superior, en los cuales se presentan las edades de este estudio: 17 a 21 años, mismos que pertenecen a la Generación Z, los cuales han sido mencionados con apelativos peyorativos como lo son: generación de cristal, o snowflake este término surgió en una película llamada *Fifth club* en la que durante los diálogos se menciona lo siguiente You are not a beautiful or unique snowflake (Fincher, 1999), haciendo referencia al hecho de que nadie es especial, pero más que los sobrenombres que se le han dado a esta generación, vale la pena observar la implicaciones

causales que pueden desarrollarse a partir del rechazo de las otras generaciones, en torno a la manera de pensar, de comunicarse, actuar, etc. Por ello, también se les ha denominado la sociedad de la información o sociedad del conocimiento o la tercera ola, haciendo mención del libro *la Tercera Ola* de Toffler (1979), quien, de manera visionaria, según se refiere, mencionaba lo siguiente:

- La familia nuclear cede su lugar a infinidad de tipos de familias. Familias monoparentales, unipersonales, convivencia estable entre novios, relaciones sexuales, familias hijo, madre y abuela, familias hijo, madre y tía, etcétera.
- Nace la cultura "sin hijos".
- El trabajo infantil dejará de ser castigado para pasar a ser estimulado. Según el autor, "hombrecitos" de 14 años estaban mejor calificados que muchos adultos para vender ordenadores o computadoras.
- Uno de los males a combatir en la tercera ola es la soledad. Eso es debido a la falta de estructura que brindaba la segunda ola y a la falta de necesidad de relacionarse (Toffler, 1979).

Con esta información, que en un principio fue ciencia ficción se ve configurada de manera distinta la sociedad que a su vez, ha atinado el autor a la actualidad, en la que las juventudes pertenecientes a la Generación Z, cumplen con los puntos antes mencionados, puesto que su comunicación es más efímera y concisa y que solo si se actualizan con las tendencias se logra entender, claro ejemplo son los emojis, los cuales son pictogramas para comunicar estados de ánimo o formas de expresión, y aún quedan lejos del entendimiento de generaciones anteriores a esta, por esta razón la comunicación a veces no suele ser eficaz, debido a la falta de información de las(los) docentes y de los nuevos canales de comunicación como lo son las redes sociales.

Existe la discusión que muestra como algunas personas mayores a la cohorte de la Generación Z no aceptan las nuevas tendencias de socialización y expresión del estudiantado, el conocimiento en las aulas ha sido simplificado a solo información fuerte y fundamentada, cuando ya las dinámicas de interacción y de forma de vivir han evolucionado o cambiando, según el lado desde el que se mira, las personas jóvenes

necesitan como siempre ser comprendidos y alentados a encontrar sus propias fuentes de información, trabajo, desarrollo social y emocional, pero pareciera que son cada vez más criticados por manifestar sus afectaciones o inconformidades, cuando la realidad es totalmente distinta, la Generación Z se levantó ya no permite que se les grite, ignore, se les abuse física, mental y sexualmente, ya no se quedan callados y a la mínima violación de sus derechos personales fundamentales reclaman y ahí nace la pregunta ¿Sera que esta nueva configuración social logrará cambios favorables en la sociedad en general? Esta respuesta se resolverá en unos años porque la Generación Z crecerá y entrará a la dominación de la economía, como ha pasado históricamente, ya que los baby boomers están a punto de desaparecer en la fuerza económica, dando lugar a la Generación X y así sucesivamente; no se sabrá a ciencia cierta qué depara hasta que los zillenials tengan el poder.

Ahora bien, las consecuencias de lo anterior mencionado llevan a que las juventudes presenten estrés en general y académico, como lo indica Sarubbi De Rearte (2013), ya que estudios han manifestado que existen cinco estresores importantes que son: el no poder entender a sus profesores, soportar clases aburridas, tener muchas cosas por hacer, sufrir el afán de entregar trabajos y proyectos y tratar de salir bien en la universidad. Algunos de estos indicadores se pueden observar también en el inventario SISCO de Barraza, que se aplicó en el presente estudio.

El indicio de no poder entender a las(los) docentes se puede aplicar como la falta de comunicación que se presenta en aula en la relación estudiante-docentes; sin duda es un canal roto de interacción, aunque no precisamente puede ser lo que atañe en este trabajo, la comunicación intergeneracional, pero se convierte en factor preponderante de estudio. Habría que analizar minuciosamente las afectaciones, pues es imperante tomar medidas adecuadas en las instituciones para que las(los) estudiantes presenten lo mínimo de estrés académico provocado por esta situación.

Con la atención indicada, algunas instituciones, en específico el Instituto Tecnológico de Tijuana, en donde se realizó la intervención, ofertan de manera constante cursos de docencia, pero la responsabilidad recae en el docente, puesto que es el gestor de las herramientas que adquiere. La carga de materias y de trabajo administrativo también son elementos

generadores de estrés en el docente, así que se forma un ciclo en la relación con las(los) estudiantes. No es una transferencia unidireccional de conocimientos, sino una invitación a la comprensión desde las respectivas generaciones (Martínez, 2017), además de que una buena comunicación favorece la transformación de actitudes a nivel social dentro de las aulas.

Otro factor es el soportar clases aburridas; la Generación Z se caracteriza por no tener tolerancia a la espera, son prácticos y concisos, nacieron sobreexpuestos a la información, mediante internet, son creativos, autodidactas, utilizan formas de aprendizaje como MOOCs, YouTube, clases y cursos online, adoptando así un estilo de vida centrado en la tecnología y el uso de aplicaciones y dispositivos como tabletas y computadoras (Gracia-Hernández, 2018), dejando a veces atrás los cuadernos o libretas. La forma de transmitir conocimientos en el aula en la actualidad podría ser más dinámica si se utilizan nuevas herramientas tecnológicas para la impartición de clases y hasta redes sociales como apoyo, haciendo un vínculo más estrecho y creativo. Estas pueden utilizarse para realizar videos, posts, reels, historias o Tiktoks acerca de algún tema de cualquier asignatura.

El estrés académico, de acuerdo a lo estudiado, se relaciona con la falta de comunicación intergeneracional; no es determinante, pero sí influye. El seguir estudiando esta relación podría a mediano plazo poder realizar una métrica. Los aspectos que implican una nueva interacción estudiante-docente pueden basarse en la consecución de roles, respeto mutuo, jerarquización vertical, democracia en la toma de decisiones, establecimiento de metas conjuntas, búsqueda de soluciones colectivas, trabajo colaborativo, innovación en métodos de estudio y convivencia, integración e inclusión, solo por mencionar algunos. Caben estas tareas en cada individuo, pues de ellos será la decisión de adaptarlas a su devenir académico, buscando así el desarrollo de las relaciones intergeneracionales para una mejor integración en el ejercicio en el aula.

## **Aplicaciones prácticas**

Si bien no disminuyeron todas las dimensiones del estrés académico de manera significativa antes y después de la intervención, sí se observó

un cambio positivo en la dimensión relacionada con el nivel de preocupación y nerviosismo. Además, se logró que el estudiantado conociera más aspectos sobre la generación a la que pertenece y sobre las demás, lo cual se reflejó en las dinámicas de las sesiones. Las y los participantes mencionaron sentirse más tranquilos(as) tras investigar y aprender acerca de las diferentes décadas y de las tendencias económicas, culturales, musicales, artísticas y de moda que las caracterizan.

El estudiantado que presentó mayores niveles de estrés, de acuerdo con lo que manifestó, fue aquel que señaló experimentar ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad o algún diagnóstico vinculado con la salud mental, aunque sin especificar cuál. Al tratarse de una muestra pequeña, fue posible ofrecer acompañamiento y escucha activa al grupo, atendiendo las emociones expresadas, los cuestionamientos y las dudas durante la intervención. En el análisis de estas interacciones, lo más recurrente fueron las inconformidades hacia algunas y algunos docentes, especialmente en lo referente a la falta de entendimiento, la poca tolerancia y las actitudes percibidas como faltas de respeto hacia el estudiantado.

De manera fáctica, se cumple parcialmente la finalidad de este estudio, la cual establece que aplicar nuevas herramientas de comunicación mediante un taller de habilidades de comunicación intergeneracional facilita canales de conocimiento y entendimiento en el aula, mejorando la relación entre distintas generaciones y contribuyendo a disminuir el estrés académico derivado de la falta de comunicación intergeneracional. Esto se observó en los testimonios del estudiantado, que puso en práctica la técnica de acomodación trabajada durante la intervención. Esta técnica plantea que, para establecer una comunicación eficaz, las personas deben ajustar su voz, lenguaje y postura frente a quien interlocuta; por ejemplo, al dirigirse a una niña o un niño, colocarse a su altura facilita la comprensión y el entendimiento. De acuerdo con Usera (2022), la teoría de la acomodación aborda la convergencia y divergencia comunicativa, señalando que las personas tienden a adaptar su forma de comunicarse a la de quien les escucha. Aunque las y los estudiantes lograron comunicarse mejor con su profesorado, este cambio no representó una disminución medible del estrés académico; sin embargo, sí podría influir positivamente.

te, ya que aprendieron, según lo mencionado, formas más asertivas de realizar peticiones, como solicitar más tiempo para entregar actividades o una menor carga de trabajo.

Los ejes principales que se lograron con base en la intervención denominada Taller de habilidades de comunicación intergeneracional fueron establecer la relación entre la comunicación intergeneracional (Generación Z con brechas anteriores), desarrollar habilidades de comunicación intergeneracional a través del sustento teórico dirigido a estudiantes universitarios(as) pertenecientes a la Generación Z que presentan estrés académico, y aplicar la intervención basada en el taller previamente mencionado en una muestra de estudiantes universitarios(as).

La recomendación que se sugiere es implementar programas en las instituciones educativas que abarquen la comunicación intergeneracional, las brechas generacionales y las características de las diferentes generaciones, así como la actualización de temas relacionados con inclusión, género, salud mental y emocional y nuevas formas de expresión. No obstante, lo más importante es que las y los docentes estén dispuestos(as) a aprender más sobre estas temáticas y a mantener una postura objetiva, ya que su tarea es no juzgar, no imponer y no reproducir ideologías arcaicas o no fundamentadas. El profesorado puede ser un agente de cambio siempre que se mantenga informado(a) y actualizado(a); el mundo cambia constantemente y no se puede quedar atrás, pues su labor implica facilitar no solo información académica, sino también social y humana.

Para contribuir a la disminución del estrés académico que manifiesta el estudiantado, se propone desarrollar talleres breves dirigidos a las y los estudiantes, brindándoles información sobre estrategias de afrontamiento, autoconocimiento y comunicación asertiva para la toma de decisiones y la formulación de peticiones. Asimismo, se recomienda que las y los docentes implementen estrategias de aprendizaje actuales apoyadas en herramientas y aplicaciones digitales, de acuerdo con las posibilidades de cada institución, y que de manera creativa y actualizada abran canales de comunicación con su estudiantado, fomentando la participación y la expresión. Esto permitirá lograr un entendimiento más colaborativo y dejar atrás el modelo centrado únicamente en la transmisión de información académica, avanzando hacia una educación que promueva el desarrollo social y emocional de todas las personas involucradas.



## Referencias

- Abarrategui, A. (2018). Radio intergeneracional en la escuela: Una propuesta. *Index Comunicación*, 8(2), 125–139. Santiago de Compostela, España. <https://burjcdigital.urjc.es/handle/10115/15559>
- Alberti, R. E. & Emmons, M. (2001). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (8th. ed), Impact Publishers.
- Baquero, R. (1997). *Vigotsky y el aprendizaje escolar*. Aique Grupo Editor / Universidad Autónoma de Madrid.
- Barraza, M. A. (2015). Estresores académicos y género: Un estudio exploratorio de su relación en alumnos de licenciatura. *Revista VE-IU-NAES*, 4(2), 25–40.
- Barraza, M. A. (2016). *Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico*. Universidad Pedagógica de Durango.
- Belkis, A. Calcines Castillo, Monteagudo (2015). Estrés Académico. *Revista EDUMECENTRO*, 7(2), 163-178.
- Bisquerra, R. (2003). *Educación emocional y Bienestar*. Praxis/Paidós.
- Borges, F. (2005). La frustración en el ámbito educativo: un análisis desde la perspectiva del estudiante universitario. *Revista de Educación*, (337), 251-270.
- Brenes, M. M. (2009). *La comunicación intergeneracional en Costa Rica: Un estudio de la psicología social*. Instituto de Investigaciones Psicológicas.
- Carli, S. (2002). *Los dilemas de la transmisión en el marco de la alteración de las diferencias intergeneracionales*. FLACSO.
- Castejón, C. J. (2016). *Psicología y educación: Presente y futuro*. Asociación Científica de Psicología y Educación (ACIPE).
- Connel, J. P. (Ed). (1995). *New approaches to evaluating community initiatives: Concepts, methods and contexts*. Aspen Institute.
- Duarte, C. (2013). *Juventud y adultocentrismo: Claves para repensar las políticas públicas de juventud*. Instituto Mexicano de la Juventud.
- Duque, N. L. (2018). *Aproximaciones metodológicas para diálogos*. Universidad Católica de Colombia.
- Fincher, D. (Director). (1999). *Fight Club* [Película]. 20th Century Fox.

- Giles, H. & Soliz J. (2014). Communication accommodation theory: A situated framework for interpersonal, family and intergroup dynamics. En D. O. Braithwaite and P. Schordt (Eds), *Engaging interpersonal theories* (2da Ed. pp. 157-169)
- Gracia-Hernández, A. G. (2018). La brecha generacional entre docentes y estudiantes del nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *REXE: Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 17(33), 113–124. <https://doi.org/10.21703/rexe.20181733gracia11>
- Gutiérrez, H. M. (2019). Estudio del estrés en el ámbito académico para la mejora del rendimiento estudiantil. *Revista de la Facultad de Ciencias Contables*, 24(1), 45–59.
- Hersen, M. (1975). Situational determinants of assertive behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: 43(3), 330-340.
- INEGI. (2020). *La juventud en México*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Juventud2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Juventud2019_Nal.pdf)
- Martínez, H. N. (2017). Educación intergeneracional: Un nuevo reto para la formación del profesorado. *REXE: Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 17(33), 113–124. <https://doi.org/10.21703/rexe.20181733martinez11>
- Moral Jiménez, M. del. (2017). *Programas intergeneracionales: Evaluación e impacto psicosocial*. Universidad de Oviedo.
- Motos, T. T. (2003). *Creatividad aplicada: Una apuesta de futuro*. Universidad de Valencia.
- Ojeda, R. D. (2017). Relaciones intergeneracionales en la construcción social de la percepción del riesgo. *Desacatos*, (54), 50–65. <https://doi.org/10.29340/54.1795>
- OMS. (2020). *Salud mental del adolescente*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pasqualetto, G. (2006). *Comunicación intergeneracional*. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.
- Pérez, S. R. (2017). Comunicación intergeneracional: El cuestionario de percepción de la comunicación intergeneracional. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(1), 101–114. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v51i1.306>

- Pérez-Sánchez, R., & Sánchez-Castro, S. (2008). Comunicación intergeneracional: El cuestionario de percepción de la comunicación intergeneracional. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 115–126
- Pinazo, S. & Sanchez, M. (Coord). (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Pearson-Prentice Hall
- Saldarriaga, N. (2013). Espacios de diálogo intergeneracional y transmisión de significados en contextos educativos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2), 543-558
- Sarubbi De Rearte, E. (2013). *Factores causales del estrés en los estudiantes universitarios*. Aacademica. <https://www.aacademica.org/000-054/466>
- Strauss, W., Howe, N (1991). *Generations: The History of America's future, 1584 to 2069*. William Morrow and Company.
- Suarez, D. (2018). *La juventud universitaria y la política en América Latina: Representaciones y movilización estudiantil*. CLACS
- Toffler, A. (1979). *La tercera ola*. Bantam Books
- Usera, D. (2022). *Teoría de la acomodación de la comunicación*. Libre-Texts. Recuperado de <https://espanol.libretexts.org>
- Williams, A., & Nussbaum, J. F. (2001). *Intergenerational communication across the life span* (LEA's Communication Series, Vol. 16, 342 pp.). Lawrence Erlbaum Associates.



# Capítulo 10

---

## **Duelo migratorio y salud mental: capacitación de facilitadoras comunitarias para el cuidado integral**

*Cruz Ruiz, Alondra<sup>1</sup>*

*Chávez Flores, Yolanda Viridiana<sup>2</sup>*

*Siqueiros Frayre, Oscar<sup>3</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256951>



---

<sup>1</sup> Facultad de Ciencia de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California. Blvd. Universitario 1000, Valle de las Palmas, CP 22260, Tijuana, B.C.

<sup>2</sup> Facultad de Ciencia de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California. Blvd. Universitario 1000, Valle de las Palmas, CP 22260, Tijuana, B.C. (<https://orcid.org/0000-0003-0613-167X>). [viridiana.chavez@uabc.edu.mx](mailto:viridiana.chavez@uabc.edu.mx)

<sup>3</sup> Facultad de Ciencia de la Salud, Universidad Autónoma de Baja California. Blvd. Universitario 1000, Valle de las Palmas, CP 22260, Tijuana, B.C.

## **Resumen**

**Objetivo:** diseñar, implementar y evaluar la capacitación en duelo migratorio “Caminando juntos” dirigido a facilitadoras comunitarias que atienden población migrante. **Método:** Consistió en seis sesiones con una duración de 2 horas semanales, implementado de manera virtual sincrónica a 8 participantes. Se evaluó con una escala elaborada para este estudio mediante un diseño preexperimental de preprueba/ posprueba con un solo grupo. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas y un tamaño de efecto grande donde la medición de la fase preprueba (Mdn= 72.5; Rango=10) fue menor que la fase posprueba (Mdn= 78; Rango=10)  $Z=-2.5$ ,  $p=.012$ ,  $g$  Hedges= 1.23. **Discusión y conclusiones:** las personas en situación de movilidad tienen pérdidas constantes en el transcurso de su proceso migratorio que frecuentemente afectan su salud mental. Tijuana enfrenta una crisis migratoria desde el año 2016 y debido a las demandas crecientes en el sector salud, quienes brindan atención psicológica no siempre tienen formación profesional. Se concluye que la capacitación fue eficaz para incrementar el conocimiento sobre duelo migratorio.

## **Introducción**

La migración es un fenómeno social complejo, especialmente en ciudades fronterizas como Tijuana. Según la ONU (2019), una persona migrante es quien vive en un país distinto al de su nacimiento, sin importar las causas o medios de desplazamiento. En 2016, México recibió alrededor de 15 000 migrantes, de los cuales 3400 se quedaron en Baja California, con el 75 % estableciéndose en Tijuana (CNDH, 2018). Según el INEGI (2015), más de un millón de residentes en México nacieron en otro país, destacando Tijuana con más de 82 000 personas. Esta situación convierte a la ciudad en un espacio multicultural con retos sociales y sanitarios significativos.

La experiencia migratoria conlleva efectos psicosociales y de salud mental que dependen del contexto de destino y del modo en que las personas se relacionan con la cultura receptora. Procesos como la fusión

cultural, la asimilación, el multiculturalismo y la interculturalidad definen los caminos de integración (Fernández, Morales y Molero, 2011; Palomar-Lever, 2017). Sin embargo, estas experiencias suelen acompañarse del estrés por aculturación, que refleja las dificultades para adaptarse a nuevas creencias, valores y estilos de vida (McGinley et al., 2010, citado en Palomar-Lever, 2017). La adaptación puede manifestarse como psicológica, vinculada al bienestar personal, o como sociocultural, relacionada con el desarrollo de competencias para interactuar en contextos interculturales (Arenas y Urzúa, 2016). Cuando este proceso fracasa, emergen respuestas no adaptativas como el distanciamiento, la evitación o la internalización del prejuicio, lo cual disminuye el bienestar subjetivo (Urzúa et al., 2017). La migración, además, es en sí misma un factor de riesgo para la salud mental, pues incrementa la probabilidad de depresión, ansiedad, consumo de sustancias y conductas de riesgo (Collazos et al., 2014; Fernández, Morales y Molero, 2011). En este contexto, el síndrome de estrés crónico del inmigrante se asocia a la vulnerabilidad que generan las pérdidas múltiples y la exposición a condiciones adversas.

En las últimas décadas, ha aumentado la visibilidad de las mujeres en los flujos migratorios, un fenómeno históricamente asociado al género masculino (Herrera, 2012). Según la Organización Internacional para las Migraciones, la representación femenina en la migración se ha mantenido relativamente estable, con un 48.1 % en 2020. México ocupa el segundo lugar mundial en migración femenina, con 5.8 millones de mujeres en situación de movilidad en 2015, principalmente hacia Estados Unidos (CONAPO, 2017). Las mujeres migran tanto por decisión propia como por factores sociales y culturales que las sitúan en roles de acompañamiento, reforzando estereotipos de sacrificio y dependencia (Bueno, 2015). Esto aumenta su vulnerabilidad ante la violencia de género, la desigualdad y la precariedad socioeconómica, lo que impacta negativamente en su calidad de vida y salud mental (Villanueva, 2012; Kauffer, 2012; Berenzon et al., 2013; Collazos et al., 2014).

El duelo migratorio es un proceso complejo relacionado con la pérdida de la tierra, la cultura, los vínculos afectivos y la identidad social (Nevaldo y González, 2018; Martínez y Martínez, 2018). Achotegui (2012) lo describe como un proceso parcial, recurrente y vinculado a la identidad,

mientras que Garassini (2019) lo ve como una reorganización vital, en la que tanto los migrantes como quienes permanecen en el origen deben enfrentar las pérdidas y adaptarse a nuevas realidades.

Cuando este duelo no se elabora de manera adecuada, puede derivar en depresión, ansiedad, estrés psicosocial y deterioro del bienestar (OPS, 2017; Acosta, Flores y Ruiz, 2012). Herramientas como el cuestionario validado por Revilla et al. (2011) permiten identificar dimensiones del duelo migratorio miedo, nostalgia, temor a la pérdida de identidad y preocupación, lo que facilita su diagnóstico y la intervención en atención primaria. De esta forma, el duelo migratorio se reconoce como un proceso de gran impacto psicosocial, íntimamente ligado a las condiciones de género y vulnerabilidad, que requiere atención oportuna y especializada para favorecer la adaptación y el bienestar de las personas en situación de movilidad.

## **Formación comunitaria en contextos de movilidad**

Desde 2016, la crisis migratoria en Tijuana ha sobrepasado la capacidad de los servicios públicos de salud, aumentando la dependencia de las organizaciones civiles para ofrecer albergue, alimentación, atención médica y apoyo psicosocial (Herrera, 2012). Sin embargo, muchas personas voluntarias carecen de formación especializada, lo que puede generar intervenciones limitadas o sesgadas (Aguilar-Idañez, 2014). En este contexto, las facilitadoras comunitarias desempeñan un rol clave como enlace entre los migrantes y los servicios especializados, identificando necesidades y creando espacios de confianza (Villicaña, 2020).

A pesar de su importancia, requieren capacitación formal en salud mental y duelo migratorio para ofrecer un acompañamiento más efectivo. Estudios recientes muestran que los programas de capacitación en manejo del estrés y estrategias psicosociales fortalecen los conocimientos, habilidades y actitudes del personal comunitario, demostrando eficacia en la prevención y promoción de la salud mental (Fuentes et al., 2015).

Tijuana, una de las fronteras con mayor tránsito de personas, es un contexto multicultural marcado por la coexistencia de diversas culturas, pero sin una verdadera convivencia (Bernabé, 2012). El sector migrante



enfrenta condiciones de alta vulnerabilidad, con acceso limitado a servicios de salud mental (Luna, 2019). La Organización Panamericana de la Salud (2003) destaca la capacitación como esencial para mejorar la atención en salud. En este marco, el programa Caminando Juntos fue creado para formar facilitadoras comunitarias en duelo migratorio, brindando un acompañamiento integral y basado en evidencia científica a la población migrante.

## **Método**

### **Diseño y fundamentos teóricos**

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo con diseño preexperimental de preprueba–posprueba con un solo grupo. Se estructuró a partir de la propuesta de Inteligencia Migratoria de Achotegui (2017), que subraya el análisis emocional y las estrategias de resiliencia y resistencia ante las dificultades del proceso migratorio, así como del enfoque cognitivo conductual (TCC), uno de los modelos con mayor evidencia empírica en la atención de problemas emocionales y de adaptación. La TCC permitió integrar técnicas prácticas de afrontamiento que promueven cambios conductuales y emocionales en contextos comunitarios, favoreciendo la adquisición de habilidades aplicables al acompañamiento psicosocial de personas migrantes.

### **Participantes**

La capacitación estuvo dirigida a facilitadoras comunitarias del Centro 32, organización que atiende población en situación de movilidad en Tijuana. Los criterios de inclusión fueron: colaborar como facilitadora (con o sin contrato), atender a personas migrantes de cualquier nacionalidad, contar con al menos tres meses de experiencia en la organización y aceptar participar de manera voluntaria. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, complementado con la técnica de “bola de nieve” para contactar interesadas. En total, se registraron 16 participantes y completaron el programa 8, quienes representaron el 50 % de la muestra inicial.

## **Instrumentos y diagnóstico**

Para contextualizar la intervención, se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud que trabajan con población migrante, indagando sobre características de la atención, formación del personal y principales limitaciones. Asimismo, se diseñó la Escala de Conocimientos en Duelo Migratorio, con 20 ítems tipo Likert, orientada a evaluar conocimientos y actitudes sobre salud mental, duelo migratorio y estrategias de afrontamiento. El diagnóstico mostró la necesidad de fortalecer habilidades y conocimientos de las facilitadoras para brindar un acompañamiento más empático y eficaz.

## **Descripción de los módulos**

La capacitación se desarrolló en seis sesiones virtuales de dos horas, estructuradas de la siguiente manera:

1. Introducción y pretest: presentación, panorama general de la migración y la salud mental, aplicación de la escala inicial.
2. Duelo migratorio: características y manifestaciones; aplicación de la técnica de imaginación inducida.
3. Estrategias de afrontamiento: análisis de experiencias y aplicación de role play para fortalecer habilidades prácticas.
4. Resiliencia y resistencia: identificación de recursos individuales y colectivos, análisis de ventajas y desventajas mediante dinámicas grupales.
5. Estrés migratorio y afrontamiento: aplicación de técnicas de relajación y respiración guiada para manejo del estrés.
6. Cierre y postest: retroalimentación grupal, reflexión sobre aprendizajes y evaluación final.

Las técnicas implementadas incluyeron role play, imaginación inducida, reestructuración cognitiva, análisis grupal y ejercicios de relajación, adaptadas al nivel de formación de las participantes y al contexto comunitario.

## **Materiales y recursos utilizados**

La capacitación utilizó como recursos principales:

- Plataforma virtual Google Classroom y Google Meet, para impartir sesiones y compartir materiales.
- Presentaciones, lecturas y guías de la OPS (mhGAP), así como videos didácticos sobre salud mental y migración.
- El Cuestionario de Duelo Migratorio de Revilla et al. (2011) como referencia complementaria.
- Encuestas de satisfacción al finalizar cada sesión, para recoger percepciones de utilidad y pertinencia.

## **Procedimiento y análisis de datos**

El programa se difundió mediante convocatoria abierta en redes sociales y se inscribieron 16 facilitadoras, de las cuales 8 cumplieron los criterios y finalizaron. Tras la firma de consentimiento informado, se aplicó el pretest, se impartieron las sesiones en modalidad virtual y, al final, se aplicó el postest junto con encuestas de satisfacción. Para el análisis se emplearon estadísticos descriptivos (medias y desviaciones estándar) y la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, con el fin de comparar las diferencias entre pretest y postest. También se calculó el tamaño del efecto con *g* de Hedges, considerando las categorías de pequeño (0.2), mediano (0.5) y grande (0.8).

## **Consideraciones éticas**

El estudio se clasificó como de riesgo mínimo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, ya que implicó únicamente la aplicación de instrumentos y participación en sesiones de capacitación. Se garantizó la confidencialidad de la información y el consentimiento informado. El programa fue videograbado con autorización y las participantes recibieron constancia de participación.

## Resultados

### Perfil de participantes

La muestra inicial estuvo conformada por 16 facilitadoras comunitarias vinculadas al Centro 32, de las cuales 93.75 % eran mujeres y 6.25 % hombres. La edad osciló entre los 23 y 64 años ( $M = 35.31$ ;  $DE = 12.30$ ). La experiencia en la atención a población migrante presentó un rango de 0 a 156 meses ( $M = 19.06$ ;  $DE = 39.14$ ). El 81 % no había recibido capacitación previa en duelo migratorio (ver Tabla 1).

**Tabla 1**

*Características de los participantes en el diagnóstico (pretest)*

| Variable                              | Cantidad |
|---------------------------------------|----------|
| Sexo                                  |          |
| Hombre                                | 1        |
| Mujer                                 | 15       |
| Rango de edad                         |          |
| Joven (18 a 29 años)                  | 7        |
| Adulto (30 a 59 años)                 | 8        |
| Adultos mayores (60 años en adelante) | 1        |
| Experiencia en meses                  |          |
| 0 a 6 meses                           | 8        |
| 7 a 12 meses                          | 4        |
| 13 meses en adelante                  | 4        |
| Tipo de actividad                     |          |
| Voluntario                            | 14       |
| Laboral                               | 2        |
| Capacitación previa                   |          |
| Si                                    | 3        |
| No                                    | 13       |

*Nota.* El tamaño de la muestra fue de 16 participantes

Respecto a los conocimientos iniciales, las participantes obtuvieron una media grupal de  $M = 41.37$  ( $DE = 5.77$ ) en la Escala de Conocimientos en Duelo Migratorio. Tras el proceso de implementación, el número de participantes se redujo a 8 mujeres, con edades entre 26 y 64 años ( $M = 39.38$ ;  $DE = 14.54$ ). Su experiencia en atención a personas migrantes fue de 1 a 15 meses ( $M = 6.50$ ;  $DE = 5.29$ ), y el 62.5% no contaba con formación previa en duelo migratorio.

### Eficacia de la intervención y aceptabilidad

En la evaluación final, las participantes alcanzaron una media de  $M = 78.75$  ( $DE = 3.53$ ) en la Escala de Conocimientos en Duelo Migratorio (ver tabla 11). Todas mostraron incrementos en sus puntuaciones, con mejoras que oscilaron entre 2 y 15 puntos.

**Tabla 2**

*Comparación de puntuaciones obtenidas para cada participante*

| Número de participante | Puntuación Pretest | Puntuación Postest |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| 1                      | 72                 | 76                 |
| 2                      | 78                 | 83                 |
| 3                      | 73                 | 76                 |
| 4                      | 68                 | 78                 |
| 5                      | 71                 | 79                 |
| 6                      | 70                 | 85                 |
| 7                      | 73                 | 78                 |
| 8                      | 73                 | 75                 |

El análisis estadístico reveló diferencias significativas entre la fase de pretest ( $Mdn = 72.5$ ; Rango = 10) y postest ( $Mdn = 78$ ; Rango = 10), con  $Z = -2.5$ ,  $p = .012$  y un tamaño de efecto grande ( $g$  Hedges = 1.23). Estos resultados confirman la hipótesis de investigación: la capacitación incrementó de manera significativa los conocimientos y actitudes sobre duelo migratorio en las facilitadoras comunitarias. En cuanto a la aceptabilidad, la encuesta de satisfacción aplicada al finalizar cada sesión evidenció una valoración positiva del programa. En una escala de 0 a 5: La satisfacción general del contenido:  $M = 4.71$  (ver Figura 3).

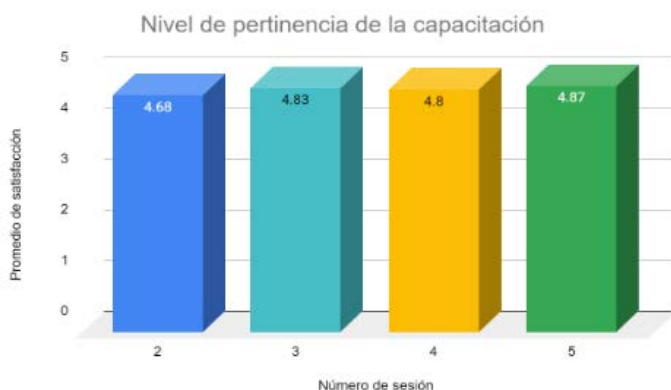
**Figura 3.**  
*Encuesta de satisfacción con el contenido*



*Nota.* La sesión 1 de introducción y diagnóstico, así como la sesión 6 de aplicación de postest y retroalimentación no fueron incluidas.

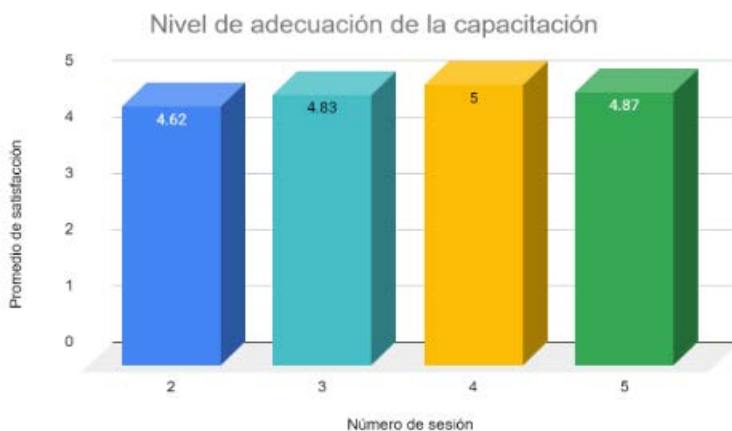
La pertinencia de la capacitación respecto al trabajo comunitario:  $M = 4.79$  (ver Figura 4) y la adecuación de actividades al contexto migratorio:  $M = 4.83$  (ver Figura 5).

**Figura 4**  
Encuesta de pertinencia



*Nota.* La sesión 1 de introducción y diagnóstico, así como la sesión 6 de aplicación de postest y retroalimentación no fueron incluidas.

**Figura 5.**  
Encuesta de adecuación



*Nota.* La sesión 1 de introducción y diagnóstico, así como la sesión 6 de aplicación de postest y retroalimentación no fueron incluidas.

En cuanto a la relevancia de los contenidos, las facilitadoras destacaron: la sesión 2: Síndromes culturales y aspectos básicos de la migración, la

sesión 3: Concepto y características del duelo migratorio, la sesión 4: Estrategias de resiliencia y resistencia individual y grupal y la sesión 5: técnicas de afrontamiento como relajación progresiva y entrenamiento autógeno

### **Limitaciones y potencial de replicabilidad**

El proceso de implementación enfrentó diversas limitaciones, entre estas: la pandemia por COVID-19, que obligó a realizar la capacitación en modalidad virtual. Problemas de conectividad, que dificultaron la asistencia regular de algunas participantes. La deserción de la muestra, con una reducción del 50 % entre la inscripción inicial y la finalización del programa, así como la falta de continuidad presencial, lo que limitó la interacción directa y la aplicación práctica de ciertas técnicas. Estas limitaciones impactaron en la generalización de los resultados, aunque no invalidan la evidencia de eficacia obtenida.

A pesar de las limitaciones, la capacitación Caminando Juntos demostró ser viable y eficaz como estrategia de formación para facilitadoras comunitarias. El incremento significativo en conocimientos, la alta satisfacción de las participantes y la pertinencia percibida en relación con su trabajo cotidiano sugieren un alto potencial de replicabilidad. El modelo puede adaptarse tanto en modalidad virtual como presencial y ampliarse a otras organizaciones comunitarias, instituciones educativas y grupos de profesionales en formación, siempre que se consideren ajustes a los contextos locales y las necesidades de género y vulnerabilidad.

### **Discusión y conclusiones**

El programa Caminando Juntos demostró ser una estrategia eficaz y viable para incrementar los conocimientos y actitudes sobre duelo migratorio en facilitadoras comunitarias que trabajan con población en situación de movilidad. Estos hallazgos representan una contribución significativa para la psicología aplicada y comunitaria, ya que vinculan la teoría con la práctica en contextos de alta vulnerabilidad.

El incremento en conocimientos y actitudes, junto con la alta satisfacción reportada por las participantes, muestra que es posible dise-



ñar capacitaciones accesibles, pertinentes y basadas en evidencia que fortalezcan la labor de las organizaciones de la sociedad civil. En este sentido, el programa aporta herramientas para cubrir vacíos de formación que las instituciones públicas no siempre alcanzan, ampliando las posibilidades de acompañamiento psicosocial en poblaciones migrantes. Además, el estudio contribuye con la construcción y validación inicial de instrumentos específicos sobre duelo migratorio, lo que abre camino a nuevas investigaciones y a la consolidación de metodologías adaptadas al fenómeno migratorio en la frontera norte.

La frontera Tijuana–San Diego, con altos flujos migratorios y desigualdad, convierte la salud mental de los migrantes en una prioridad, aunque la oferta institucional sigue siendo insuficiente. El programa Caminando Juntos demuestra que la capacitación en línea es una alternativa eficiente y económica, especialmente en contextos de crisis como la pandemia. Esta modalidad amplió el acceso a la formación, optimizando recursos sin perder eficacia. Además, los resultados subrayan la necesidad de fortalecer la capacitación de facilitadoras comunitarias, quienes, al estar en contacto directo con los migrantes, pueden mejorar la respuesta ante el duelo migratorio y el impacto psicosocial del proceso.

Los resultados sugieren varias acciones para el futuro: primero, incorporar una perspectiva de género en el programa para abordar las desigualdades y la violencia de género en los migrantes. Segundo, replicar el programa en muestras más grandes y diversas, incluyendo facilitadoras experimentadas y estudiantes en salud, para ampliar su impacto. Finalmente, aunque la modalidad en línea fue efectiva, se recomienda evaluar su implementación presencial para mejorar la interacción, el aprendizaje práctico y la creación de redes de apoyo entre las participantes.

## **Conclusiones**

El programa de capacitación Caminando Juntos cumplió con el objetivo de diseñar, implementar y evaluar una intervención dirigida a facilitadoras comunitarias, resultando eficaz para mejorar sus conocimientos y actitudes sobre duelo migratorio. Sus aportes son relevantes tanto para la psicología aplicada como para la psicología comunitaria, al respon-

der a una necesidad concreta de formación en contextos de movilidad humana. Asimismo, este trabajo reafirma la importancia de implementar programas basados en evidencia científica en la frontera norte de México, donde los retos sociales y de salud mental son crecientes. La experiencia obtenida sugiere que el modelo es replicable, adaptable y sostenible, con potencial de expandirse a otros sectores y modalidades de intervención. En conclusión, Caminando Juntos constituye una propuesta innovadora y pertinente que puede contribuir al fortalecimiento de la atención psicosocial en la frontera, y al mismo tiempo abrir nuevas posibilidades para la formación de agentes comunitarios y profesionales de la salud desde un enfoque de cuidado integral, inclusivo y con perspectiva de género.

## Referencias

- Achotegui, J. (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. *Aloma*, 30(2), 79-86. Recuperado de <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/171#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20Ulises%20o,el%20%C3%A1mbito%20de%20la%20psicopatolog%C3%ADa>.
- Acosta, B., Flores, N. Y. y Ruiz, J. (2012). *La salud mental de las mujeres ligadas a la migración. El caso de San Jose Chiltepec, Oaxaca. Género y migración* (309-333). ECOSUR, El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de Michoacán AC, CIESAS.
- Aguilar-Idáñez, M. J. (2014). Discriminaciones múltiples de los migrantes en perspectiva de derechos. BARATARIA. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (17), 39-54. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3221/322132552003.pdf>.
- Arenas, P. y Urzúa A. (2016). Estrategias de aculturación e identidad étnica: un estudio en migrantes sur-sur en el norte de Chile. *Universitas Psychologica*, 15(1), 117-128. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n1/v15n1a09.pdf>.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina-Mora, M. E. (2013). *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México*.

- Bernabé, M. (2012). Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad, conocimientos necesarios para la labor docente. *Revista Educativa Hekademos*, 11(5), 67-76. Recuperado de [https://www.google.com/search?q=pluriculturalidad+multiculturalidad+e+interculturalidad&rlz=1CAPPDO\\_enMX765MX765&oq=pluriculturalidad%2C+multi&aqs=chrome.2.69i57j69i61j0l4.6297j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#](https://www.google.com/search?q=pluriculturalidad+multiculturalidad+e+interculturalidad&rlz=1CAPPDO_enMX765MX765&oq=pluriculturalidad%2C+multi&aqs=chrome.2.69i57j69i61j0l4.6297j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#).
- Bueno, I. (2015). *Mujeres pobreza y salud mental*. Miguel Ángel Porrúa.
- Collazos, F., Ghali, K., Ramos, M. y Qureshi, A. (2014). Salud mental de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 755-761. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000600008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600008).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). *Migrantes haitianos y centroamericanos en Tijuana, Baja California, 2016-2017: Políticas gubernamentales y acciones de la sociedad civil*. Recuperado de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Informe-Migrantes-2016-2017.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (09 de marzo de 2017). *Mujeres en la migración. La participación de las mujeres en la migración ha tomado mayor visibilidad e importancia en los últimos años* [Gobierno de México]. Recuperado de <https://www.gob.mx/conapo/articulos/mujeres-en-la-migracion-98976?idiom=es>.
- Fernández, I., Morales, J. F. y Molero, F. (2011). *Psicología de la intervención comunitaria*. Desclée de Brouwer.
- Fuentes, P., Barrera, M. I., González-Forteza, C., Ruiz, E., Rodríguez, E. M. y Navarro, C. (2015). Evaluación de la efectividad de una intervención interactiva para el manejo del estrés en profesionales de la salud. *Salud Mental*, 38(5), 347-351. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n5/0185-3325-sm-38-05-00347.pdf>.
- Garassini, M. E. (2019). Duelo migratorio y bienestar. *Revista del Observatorio Digital Lationamericano Ezequiel Zamora*, 2(2). 125-137. Recuperado de <http://revistas.unellez.edu.ve/index.php/rodlez/article/view/855>.
- Herrera, M. C. (2012). *Vulnerabilidad social y salud de las mujeres migrantes en tránsito por la frontera norte de México: El caso de*

- Tijuana. Género y migración (335- 368). ECOSUR, El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de Michoacán AC, CIESAS.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2015). Encuesta intercensal 2015. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic\\_2015\\_presentacion.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf)
- Kauffer, E. F. (2012). Entre la vulnerabilidad, reproducción y cambios alentadores: género y migración en tres flujos de la frontera sur de México. *Género y migración* (67-92). ECOSUR, El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de Michoacán AC, CIESAS.
- Luna, A. I. (2019). *El migrante en la institución de salud mental: la invisibilización de lo evidente* (tesis doctoral). Recuperado de <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2019/08/TESIS-Luna-Garc%C3%ADa-%C3%81ngel-Ismael-DEM.pdf>
- Martínez, M. F. y Martínez, J. (2018). Procesos migratorios e intervención psicosocial. *Papeles del Psicólogo*, 39(2), 96-103. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2865>.
- Nevado, M. y González, J. (2018). *Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia*. Recuperado de <https://www.univermedios.com/wp-content/uploads/2018/08/Acompa%C3%B1ar-en-el-duelo.-De-la-ausencia-de-significado-al-significado-de-la-ausencia-Manuel-Nevado-Rey-Jos%C3%A9-Gonz%C3%A1lez.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). Refugiados y migrantes. Recuperado de <https://refugeesmigrants.un.org/es/definitions>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2022. Conecta: Abordajes de apoyo psicológico remoto para migrantes de difícil acceso. OIM, San José.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Capacitación en Salud Mental. Manual de apoyo y guía de procedimientos. Recuperado de [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=604-capacitacion-en-salud-mental-modulo-basico&Itemid=688](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=604-capacitacion-en-salud-mental-modulo-basico&Itemid=688)
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones Sanitarias Mundiales. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

- Palomar-Lever, J. (2017). Factores protectores y de riesgo que influyen en el bienestar subjetivo y económico de migrantes latinos en Boston, Estados Unidos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 86-102. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161008>.
- Revilla, L., Ríos, A. M., Luna, J., Gómez, M., Valverde, C. y López, G. (2011). Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Atención Primaria*, 43(9), 467-473. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-del-duelo-migratorio-pacientes-S0212656711000485>.
- Urzúa, A., Heredia, O. y Caqueo-Urizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes en Chile. *Revista Médica de Chile*, 144, 563-570. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n5/art02.pdf>
- Villanueva, M. I. (2012). Género y migración: estrategias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Género y migración* (93-116). ECOSUR, El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de Michoacán AC, CIESAS.
- Villicaña, C. (19 de septiembre 2020). Psicomóvil ayuda a comunidad migrante. *El Sol de Tijuana*. Recuperado de <https://www.elsoldetijuana.com.mx/local/psicomovil-ayuda-a-comunidad-migrante-5778112.html>



# Capítulo 11

---

## **Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes mexicanos**

*Rivera Fierro, Karina<sup>1</sup>*

*López Arellano, Angelica Susana<sup>2</sup>*

*López García, Karla Selene<sup>3</sup>*

*Aragón Sánchez, Jorge Adrián<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256968>



---

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California. Dirección: Av. Álvaro Obregón s/n, Nueva, 21100 Mexicali, B.C. (<https://orcid.org/0000-0001-6529-5709>)

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California. Dirección: Av. Álvaro Obregón s/n, Nueva, 21100 Mexicali, B.C. (<https://orcid.org/0000-0002-6495-4204>). [lopez.angelica85@uabc.edu.mx](mailto:lopez.angelica85@uabc.edu.mx)

<sup>3</sup> Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Dirección: Mitras Centro, Av. Dr. José Eleuterio González 1500, Mitras Nte., 64460 Monterrey, N.L. (<https://orcid.org/0000-0002-9462-7140>)

<sup>4</sup> Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California. Dirección: Av. Álvaro Obregón s/n, Nueva, 21100 Mexicali, B.C. (<https://orcid.org/0009-0008-3509-4007>)

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación con el consumo de alcohol de los siguientes factores psicosociales en adolescentes mexicanos: espiritualidad, autoestima, ajuste escolar y apoyo social percibido. **Métodos:** estudio descriptivo, correlacional, con muestra probabilística por conglomerados de 307 adolescentes de 12 a 16 años de edad, de 6 secundarias públicas durante el año 2022. Se usó una cédula de datos personales y cinco instrumentos. **Resultados:** La media de edad fue de 12.7 años, con un 55% mujeres. Se encontraron relaciones positivas ( $p < .001$ ) entre el ajuste escolar con la espiritualidad ( $r_s = .191$ ) y con la autoestima ( $r_s = .340$ ); el apoyo social percibido presentó relación con la espiritualidad ( $r_s = .318$ ), con la autoestima ( $r_s = .316$ ) y con el ajuste escolar ( $r_s = .390$ ). Referente al consumo de alcohol, se presentó relación con el ajuste escolar ( $r_s = -.295$ ) y apoyo social percibido ( $r_s = -.351$ ). **Discusión:** La espiritualidad, autoestima, ajuste escolar y apoyo social percibido ayudan a los adolescentes a afrontar su entorno de manera positiva, influyendo en su bienestar y comportamiento. **Conclusión:** El ajuste escolar y el apoyo social percibido son factores protectores para tomar en cuenta en intervenciones ante el consumo de alcohol en los adolescentes.

## Introducción

La adolescencia, como etapa de vida, es reconocida por su relevancia en los procesos de maduración y cambios en la bioquímica cerebral que tienen mayor vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, que, bajo su exposición a esta y otras drogas, se pueden generar modificaciones que impactan hacia la vida adulta (Bajac et al., 2016), como el consumo de alcohol (Mondragón et al., 2022), conductas sexuales de riesgo (Mirabal-Martínez et al., 2024), trastornos alimenticios y agresividad (Aliaga et al., 2022), entre otras.

La conducta de consumo de alcohol en la población adolescente corresponde a múltiples factores, como los factores individuales y los factores ambientales. Dentro de los factores individuales se encuentra el sexo biológico, siendo los varones quienes presentan mayor consumo



problemático de alcohol con tendencia hacia el incremento a medida que avanza de edad (ENDOCAT, 2017).

Por otra parte, la espiritualidad y la autoestima constituyen factores personales del adolescente que actúan como elementos protectores frente a conductas no saludables. En este sentido, la espiritualidad adquiere relevancia al asociarse con la abstinencia o el consumo ocasional de alcohol (Loa, 2017), mientras que la autoestima desempeña un papel dual, funcionando como factor protector cuando es elevada y como factor de riesgo cuando presenta niveles bajos (Telumbre-Terrero et al., 2018).

Con respecto a los factores ambientales, Carbonneau et al. (2018) han estudiado cómo las relaciones con compañeros, maestros y la autopercepción como estudiante pueden influir negativa o positivamente en el consumo abusivo de alcohol. Así mismo, Hinojosa (2017) y Ortiz-Peña et al. (2019) han evidenciado una asociación entre el apoyo social percibido y la abstinencia o un bajo consumo de alcohol, particularmente cuando los adolescentes cuentan con redes de apoyo amplias y de alta calidad.

Es por ello que se pretende ampliar este conocimiento en adolescentes mexicanos con el objetivo de determinar la relación con el consumo de alcohol de los siguientes factores psicosociales en adolescentes mexicanos: espiritualidad, autoestima, ajuste escolar y apoyo social percibido.

## Métodos

Se implementó una metodología descriptiva, correlacional, con un marco muestral de referencia de 1188 adolescentes matriculados en seis instituciones de educación secundaria pública del municipio de Torreón, Coahuila, México, en el año 2022. El muestreo fue probabilístico por conglomerados; la muestra se determinó con el software estadístico nQuery Advisor 4.0, usando cuatro variables en el Modelo de Regresión Lineal Múltiple, .05 significancia en prueba bilateral, potencia de 90 % y un coeficiente de determinación de  $R^2 = 9\%$  (Cohen et al., 1983). Dentro de los criterios de inclusión se incluyeron adolescentes de ambos sexos, que mantuvieran vínculo con el padre y/o la madre, ya sea que convivieran juntos o separados, pero con comunicación constante; o, en su caso, con un tutor. La muestra total fue de 307 adolescentes divididos en 36 conglomerados.

Como parte de las consideraciones éticas, se siguió la última reforma del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). Obteniendo el registro: FAEN-D-1857 por el Comité de Investigación y de Ética. Posterior a su aprobación, se pidió el consentimiento de los directivos de las escuelas públicas participantes, además de los maestros que estuvieran en el salón de clases. Se explicó el objetivo de la investigación a los alumnos, recalcando que era individual, voluntaria y confidencial. Se entregó el consentimiento informado para llevarse a sus padres; quienes presentaban dicho consentimiento firmado procedían a la firma del asentimiento de los que deseaban participar. Posteriormente se aplicaron los cuestionarios, informando que si lo deseaban podían retirarse si fuera su decisión.

La información se obtuvo aplicando una cédula de datos personales y cinco instrumentos:

- 1) Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986; Gutiérrez-Carmona et al., 2020), que mide el conocimiento de sí mismo en el sentido de conexión con un ser de naturaleza superior espiritual o a la existencia de un propósito supremo. Cuenta con diez ítems y dos subescalas (prácticas espirituales y creencias espirituales).
- 2) Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965; Vázquez et al., 2004), la cual clasifica la autoestima de los adolescentes en elevada y baja.
- 3) Escala Breve de Ajuste Escolar (EBAE-10) (Moral et al., 2010): mide el constructo en tres dimensiones: integración escolar, rendimiento académico y expectativas académicas.
- 4) Escala de Apoyo Social (MOS-SSS) (Sherbourne y Stewart, 1991): mide la ayuda emocional, afectiva e instrumental brindada al adolescente para sentirse seguro.
- 5) AUDIT (Babor et al., 2001; De la Fuente y Kershenobich, 1992) detecta tempranamente a personas con problemas de consumo de alcohol.

Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva e inferencial, aplicando el coeficiente de correlación de Spearman mediante el software IBM SPSS Statistics 25 para Windows.

## Resultados

Los resultados sociodemográficos a resaltar son: edad media de 12.7 años (DE= .93), con mayor proporción (41.7 %) de estudiantes de primero de secundaria, predominando el sexo mujer en relación al total de encuestados (55.0 %). Además, más del 50 % vive con papá y mamá, resultando una media de 1.94 (DE= 1.33) en cantidad de hermanos, donde el participante fungió principalmente como el hermano menor (35.5 %) (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de los participantes*

| Variable                | f   | %    |
|-------------------------|-----|------|
| Sexo                    |     |      |
| Femenino                | 169 | 55.0 |
| Masculino               | 138 | 45.0 |
| Edad                    |     |      |
| 11 a 12 años            | 119 | 38.8 |
| 13 a 14 años            | 185 | 60.2 |
| = >15 años              | 3   | 1.0  |
| Escolaridad             |     |      |
| 1° Secundaria           | 128 | 41.7 |
| 2° Secundaria           | 108 | 35.2 |
| 3° Secundaria           | 71  | 23.1 |
| Ocupación               |     |      |
| Estudiante              | 263 | 85.7 |
| Estudiante y trabajador | 44  | 14.3 |
| Tipo de Trabajo         |     |      |
| No trabaja              | 263 | 85.7 |
| Operativo               | 44  | 14.3 |
| Vive con                |     |      |
| Papá y mamá             | 177 | 57.7 |
| Mamá                    | 76  | 24.8 |
| Papá                    | 5   | 1.6  |
| Papá y pareja actual    | 2   | .7   |

|                      |     |      |
|----------------------|-----|------|
| Mamá y pareja actual | 19  | 6.2  |
| Otros familiares     | 28  | 9.0  |
| Hermanos             |     |      |
| Ninguno              | 38  | 12.4 |
| 1 a 3                | 233 | 75.8 |
| = >4                 | 36  | 11.8 |
| Lugar ocupado        |     |      |
| Hijo único           | 38  | 12.4 |
| Menor                | 109 | 35.5 |
| Medio                | 77  | 25.1 |
| Mayor                | 83  | 27.0 |

*Nota.* N=307, f= frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 2 se muestran las prevalencias de la espiritualidad, autoestima, ajuste escolar y apoyo social, en el cual se aprecia que la mayor parte de los adolescentes presentan niveles adecuados (media a alta).

**Tabla 2**

*Prevalencias de espiritualidad, autoestima, ajuste escolar y apoyo social en los adolescentes*

| <b>Variables</b> | <b>f</b> | <b>%</b> |
|------------------|----------|----------|
| Espiritualidad   |          |          |
| Baja             | 71       | 23.1     |
| Media            | 86       | 28.0     |
| Alta             | 150      | 48.9     |
| Autoestima       |          |          |
| Baja             | 74       | 24.1     |
| Media            | 74       | 24.1     |
| Alta             | 159      | 51.8     |
| Ajuste escolar   |          |          |
| Baja             | 76       | 24.8     |
| Media            | 77       | 25.1     |
| Alta             | 154      | 50.2     |
| Apoyo social     |          |          |
| Baja             | 76       | 24.8     |
| Media            | 65       | 21.2     |
| Alta             | 166      | 54.1     |

*Nota.* n=307, f= frecuencia, %= porcentaje.

En cuanto a los patrones de consumo de alcohol en los adolescentes tomando en cuenta a los adolescentes que consumieron alcohol en el último año (n=113), se encontró que el 57.5 % de los adolescentes presentaban un consumo de riesgo, y el 42.5 % un consumo dependiente y perjudicial (Tabla 3).

**Tabla 3***Patrones de consumo de alcohol de los adolescentes*

| Patrón de consumo de alcohol      | Sí |      | No |      | IC 95% |      |
|-----------------------------------|----|------|----|------|--------|------|
|                                   | f  | %    | f  | %    | LI     | LS   |
| Consumo de riesgo                 | 65 | 57.5 | 48 | 42.5 | 48.3   | 66.8 |
| Consumo dependiente y perjudicial | 48 | 42.5 | 65 | 57.5 | 33.0   | 52.0 |

*Nota.* n = 113 f = frecuencia % = porcentaje, IC = intervalo de confianza LI = límite inferior, LS = límite superior.

Referente a la relación entre la espiritualidad, autoestima, ajuste escolar, apoyo social y consumo de alcohol (en el último año), se encontró lo siguiente (Tabla 4): la espiritualidad mostró una correlación positiva significativa con ajuste escolar ( $r = .191$ ,  $p < .01$ ) y con apoyo social ( $r = .318$ ,  $p < .01$ ), lo que indica que, a mayores niveles de espiritualidad, los adolescentes tienden a presentar mejor ajuste escolar y percibir mayor apoyo social. Por otro lado, la autoestima presentó correlaciones positivas significativas con ajuste escolar ( $r = .340$ ,  $p < .01$ ) y apoyo social ( $r = .316$ ,  $p < .01$ ), sugiriendo que una mayor autoestima se asocia con un mejor desempeño escolar y redes de apoyo más sólidas. En tanto, el ajuste escolar indicó que un mejor ajuste escolar se asocia con mayores niveles de apoyo social ( $r = .390$ ,  $p < .01$ ) y menor consumo de alcohol ( $r = -.295$ ,  $p < .01$ ). En cuanto al apoyo social, presentó una correlación negativa significativa con consumo de alcohol ( $r = -.351$ ,  $p < .01$ ). Por último, el consumo de alcohol indicó que los adolescentes con mayor consumo de alcohol suelen tener menor ajuste escolar y menor percepción de apoyo social.

**Tabla 4***Prueba de correlación de Spearman*

| Variables          | Espiritualidad | Autoestima | Ajuste escolar | Apoyo social | Consumo de alcohol |
|--------------------|----------------|------------|----------------|--------------|--------------------|
| Espiritualidad     | 1              |            |                |              |                    |
| Autoestima         | .064           | 1          |                |              |                    |
| Ajuste escolar     | .191**         | .340**     | 1              |              |                    |
| Apoyo social       | .318**         | .316**     | .390**         | 1            |                    |
| Consumo de alcohol | -.092          | -.116      | -.295**        | -.351**      | 1                  |

Nota. n=113 AUDIT, \*\* p= .001

## Discusión y conclusiones

Referente al objetivo del presente estudio, el cual fue determinar la relación con el consumo de alcohol de los siguientes factores psicosociales en adolescentes mexicanos: espiritualidad, autoestima, ajuste escolar y apoyo social percibido, se encontraron relaciones positivas entre la espiritualidad, autoestima, ajuste escolar y apoyo social percibido, mostrando que existe una asociación directa entre las variables analizadas, de manera que a mayores niveles de espiritualidad, también se observan mayores niveles de autoestima, mejor ajuste escolar y una percepción más alta de apoyo social. Esto sugiere que estos factores personales y sociales tienden a reforzarse entre sí, funcionando de manera conjunta como elementos protectores que podrían influir positivamente en el bienestar y comportamiento de los adolescentes.

Los resultados de la espiritualidad concuerdan con los estudios de Hinojosa-García et al. (2018, 2020) al indicar asociación positiva y significativa entre la espiritualidad y el apoyo social percibido, influyendo de manera significativa en el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona con dependencia al alcohol. De igual manera,

Cruz-Zúñiga et al. (2023) encontraron la misma relación positiva, pero en trabajadores mexicanos, mostrando que estas variables son base para que las personas encuentren armonía.

Respecto a la autoestima con el apoyo social, la evidencia científica respalda esta misma relación positiva, donde Simón et al. (2017) en poblaciones de adolescentes y adultos españoles reportaron que la autoestima como el apoyo social constituyen factores esenciales para el logro de una vida satisfactoria en los estudiantes. En cuanto a la prevalencia del nivel de autoestima, indicaron que las mujeres suelen perfilar niveles inferiores en comparación con los hombres. Esta diferencia podría explicarse por los mayores cambios físicos, hormonales, cognitivos y emocionales que experimentan las mujeres, los cuales pueden contribuir a una percepción negativa de sí mismas o a dificultades para aceptarse; sin embargo, Siguenza et al. (2019) no refieren diferencias.

Por otro lado, Gutiérrez et al. (2021) confirman la relación entre el apoyo social y el ajuste escolar, indicando que la familia, los maestros y los amigos son fundamentales para el bienestar de la adolescencia peruana, lo que fundamenta la inclusión en actividades escolares positivas entre los adolescentes, así como la inclusión de la familia en el ámbito escolar.

En cuanto a los resultados positivos de la autoestima con el ajuste escolar, concuerdan con Fernández-Lasarte et al. (2019); además, observaron que las adolescentes presentaron niveles más altos de ajuste escolar en comparación con los adolescentes. Esto podría explicarse como lo indican Nguyen et al. (2022), ya que las mujeres muestran un mayor interés por actividades académicas, dedicando más tiempo y esfuerzo desde etapas tempranas de la vida estudiantil.

Del mismo modo, la asociación positiva observada entre espiritualidad y ajuste escolar ha sido reportada en investigaciones del ámbito educativo, las cuales destacan la relevancia de la espiritualidad en los estudiantes para favorecer un buen desempeño académico y relaciones interpersonales saludables en la escuela (Miguel-Rojas et al., 2018), así como la relación con la inteligencia espiritual (Devi et al., 2017), que ayuda a los estudiantes a reducir el estrés (Gutiérrez et al., 2016).

En relación con el consumo de alcohol y el ajuste escolar, se observó una asociación negativa, hallazgo que coincide con el estudio de Carbonneau et al. (2018) en adolescentes mexicanos, donde el ajuste



escolar actuó como un factor protector frente al consumo de alcohol. De manera similar, se identificó una relación negativa entre el consumo de alcohol y el apoyo social percibido, lo cual es consistente con la literatura que señala al apoyo social percibido como un factor protector contra el consumo de alcohol (Hinojosa, 2017). No obstante, Parra (2018) y Ortiz-Peña et al. (2019) enfatizan que el efecto protector del apoyo social percibido depende de su origen: cuando proviene de la familia, funciona como factor protector; sin embargo, si el apoyo se percibe a través de amigos o redes sociales como Facebook, la relación con el consumo de alcohol puede volverse positiva. Por lo tanto, estos resultados indican la importancia de la autoestima, del ajuste escolar, del apoyo social y de la espiritualidad en los adolescentes, ya que les permite afrontarse a su entorno de manera positiva, influyendo en su bienestar y comportamiento; siendo el ajuste escolar y el apoyo social percibido las variables que influyen en los patrones de consumo de alcohol en los adolescentes. Por ende, es importante identificar estos factores tempranamente en los adolescentes, así como en el transcurso de la adolescencia y poder trabajar ante algún factor de riesgo detectado, los cuales se deben tomar en cuenta en investigaciones e intervenciones futuras.

## Referencias

- Aliaga, L., Rosa, A., & Santa, M. (2022). Análisis de las principales conductas de riesgo en los adolescentes para los docentes del área de lengua española. *Revista de la universidad de Zulia*, 27(96), 50.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *AU-DIT Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de La Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331321>
- Bajac, H., Feliu-Soler, A., Meerhoff, D., Latorre, L., & Elices, M. (2016). Una intervención educativa para abordar la percepción de riesgo del consumo problemático de alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 28(1), 41–47. <https://doi.org/10.20882/adicciones.789>

- Carbonneau, R., Vitaro, F., & Tremblay, R. (2018). School adjustment and substance use in early adolescent boys: association with paternal alcoholism with and without dad in the home. *Journal of Early Adolescence*, 38(7), 1008–1035. <https://doi.org/10.1177/0272431617708054>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). Una medida global del estrés percibido. *Revista de Salud y Comportamiento Social*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cruz-Zuñiga, N., Alonso-Castillo, M. M., Armendáriz-García, N. A., Gómez Meza, M. V., López García, K. S., & Lima Rodríguez, J. S. (2023). Factores laborales, espiritualidad, apoyo social y su relación con el consumo de alcohol en operarios. *Salud y Drogas*, 23(1), 90–102. <https://doi.org/10.21134/haaj.v23i1.669>
- De la Fuente, J., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina*, 35(2), 47–51. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74093>
- Devi, R. K., Rajesh, N. V., & Devi, M. A. (2017). Estudio de la inteligencia espiritual y la adaptación entre estudiantes universitarios de letras y ciencias. *Revista de Religión y Salud*, 56(3), 828–838. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0225-8>
- ENCODAT. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. (2017). Disponible en <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Fernández-Lasarte, O., Goñi, E., Camino, I., & Zubeldia, M. (2019). Ajuste escolar y autoconcepto académico en la Educación Secundaria. *Revista de Investigacion Educativa*, 37(1), 163–179. <https://doi.org/10.6018/rie.37.1.308651>
- Gutiérrez-Carmona, A., Alday, C & Calderón, C. (2020). Validación de la versión en español de la escala Perspectiva Espiritual de P. Reed. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2788>
- Gutiérrez, D., Conley, A., & Young, M. (2016). El efecto de la meditación jyoti en el estrés y la inteligencia emocional de los consejeros estudiantiles: Un ensayo controlado aleatorizado. *Formación y supervisión de asesores*, 55, 109–121.

- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., & Pastor, A. M. (2021). Apoyo social de familia, profesorado y amigos, ajuste escolar y bienestar subjetivo en adolescentes peruanos. *Suma Psicológica*, 28(1), 17–24. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n1.3>
- Hinojosa, L. (2017). *Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-anon* [Tesis de doctorado]. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Hinojosa-García, L., Alonso, M. M., Angélica Armendáriz, N., López, K. S., Vinicio Gómez, M., & Álvarez, J. (2018). El efecto de la espiritualidad y el apoyo social en el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol. *Salud y adicciones*, 18(1), 71–79.
- Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M. M., García-García, P., Jiménez-Martínez, A. A., & Armendáriz-García, N. A. (2020). Incertidumbre y afrontamiento en familiares de personas dependientes del alcohol: apoyo social y espiritualidad. *Enfermería Universitaria*, 17(4), 415–424.
- Loa, H. (2017). *Religiosidad, espiritualidad y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/19751>
- Miguel-Rojas, J., Vílchez-Quevedo, E., & Reyes-Bossio, M. (2018). Espiritualidad e Inteligencia Emocional en estudiantes universitarios de la ciudad de Ayacucho. *Interacciones: Revista de Avances En Psicología*, 4(2), 131–141. <https://doi.org/10.24016/2018.v4n2.104>
- 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. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 28(1).
- Mondragón, R., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., Bustos, M., Tiburcio, M., & Gómez-Maqueo, E. L. (2022). Consumo problemático de alcohol en estudiantes mexicanos: Transmisión de padres a hijos. *Salud Mental*, 45(1), 19–28. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2022.004>

- Moral, J., Sánchez, J., & Villarreal, M. (2010). Desarrollo de una escala multidimensional breve de ajuste escolar. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.17811/rema.15.1.2010.1-11>
- Nguyen, H. T., Brinkman, S., Le, H. T., Zubrick, S. R., & Mitrou, F. (2022). Gender differences in time allocation contribute to differences in developmental outcomes in children and adolescents. *Economics of Education Review*, 89, 102270. <https://doi.org/10.1016/j.econedu-rev.2022.102270>
- Ortiz-Peña, M., Navarro-Oliva, E., Echevarria-Cerda, F., Guzmán-Facundo, F., Pacheco-Pérez, L., & Rodríguez Puente, L. (2019). Apoyo social percibido a través de Facebook, familia y amigos y el consumo de alcohol en adolescentes. *Salud y Drogas*, 19(2), 103–110. <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i2.448>
- Parra, F. M. (2018). *Influencia de la autoeficacia y el apoyo social sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios* [Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.]. <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/3259>
- Reed, P. (1986). Recursos evolutivos y depresión en las personas mayores. *Investigación y práctica en enfermería*, 6(35), 368–374. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640355/>
- Rosenberg, M. (1965). *La sociedad y la autoimagen del adolescente*. Prensa de la Universidad de Princeton. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de La Ley General de Salud. *En Materia de Investigación para La Salud*.
- Siguenza, W. G. (2019). Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista espacios*, 40(15), 1-8. <https://www.revistaespacios.com/a19v40n15/19401519.html>
- Simón, M., Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., Barragán, A., & Martos, Á. (2017). Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la autoestima global y la autoeficacia general. *European Journal of Health Research*, 3(2), 137. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i2.71>

- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). La encuesta de apoyo social MOS. *Ciencias Sociales y Medicina*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Telumbre-Terrero, J., Lopez-Cisneros, M., Noh-Moo, P., Villanueva, J., & Torres-Obregón, R. (2018). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de Ciudad del Carmen, Campeche. *Sanus*, 3(6), 20–31.
- Vázquez, A., Jiménez, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes De Psicología*, 22(2), 247–255. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>



# Capítulo 12

---

## **Ambiente social y consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes**

*Reyes Sánchez, Carlos<sup>1</sup>  
Martínez Aguilera, Perla<sup>2</sup>  
Sáenz Hernández, Elizabeth<sup>3</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256975>



---

<sup>1</sup> Hospital General de Zona #11, Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección Calle Victoria &, Av. Reynosa N/A, Sector Centro, 88000 Nuevo Laredo, Tamaulipas. (<https://orcid.org/0000-0001-7758-5906>).

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Dirección: Calle Pino Suárez 3540, Sector Centro, 88000 Nuevo Laredo, Tamaulipas. (<https://orcid.org/0000-0003-1428-5142>). Correspondencia: [pmaguilera@docentes.uat.edu.mx](mailto:pmaguilera@docentes.uat.edu.mx)

<sup>3</sup> Hospital General de Zona #11, Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección Calle Victoria &, Av. Reynosa N/A, Sector Centro, 88000 Nuevo Laredo, Tamaulipas. (<https://orcid.org/0000-0001-7051-1509>).

## Resumen

**Objetivo:** Conocer la relación del ambiente social en el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes. **Método:** Diseño correlacional; la población estuvo conformada por 1431 adolescentes, la muestra fue de 200 estudiantes, el muestreo fue por conglomerados, se utilizó un cuestionario de ambiente social y la prueba de identificación de desórdenes por uso de alcohol; se fundamentó en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Para procesar los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS 26v. **Resultados:** El 54 % de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 39.5 % en los últimos 12 meses y el 28.5 % en los últimos 30 días. Se encontró una relación significativa entre el consumo de bebidas alcohólicas y el ambiente social positivo ( $r=-.364$ ,  $p=.001$ ) y el ambiente social negativo ( $r=.241$ ,  $p=.029$ ). **Discusión:** Estos resultados permiten profundizar en el conocimiento de que los adolescentes, cuando participan en actividades sociales de manera positiva, crean habilidades sociales; por ende, tienen menor probabilidad de consumir bebidas alcohólicas. **Conclusiones:** A mayor consumo de bebidas alcohólicas, mayor será la percepción negativa del ambiente social.

## Introducción

El consumo de bebidas alcohólicas es un problema de salud pública, ya que afecta principalmente a los adolescentes, donde la disponibilidad, las particularidades individuales y del contexto favorecen la probabilidad de experimentar, sostener un consumo o avanzar hacia una dependencia del alcohol (Villatoro-Velázquez et al., 2023). Una de las funciones del consumo de bebidas alcohólicas es la social; la mayoría de los adolescentes inician este consumo para convivir, como una forma de pensar y sentir del grupo al que pertenecen (Ontiveros-Patiño et al. 2021).

El consumo de bebidas alcohólicas en este grupo etario ha adquirido gran importancia en nuestra sociedad, debido al aumento de las estadísticas como las prevalencias y tipos de consumo de esta sustancia (Camero Solórzano, et al. 2025). En este orden de ideas, el 19.9 % de los adoles-



centes informó haber consumido al menos una bebida alcohólica en su vida. Además, 5.6 millones de adolescentes informaron haber consumido bebidas alcohólicas más allá de solo unos sorbos en el último mes. Además, 3.3 millones de adolescentes consumen bebidas alcohólicas de tipo dañino al menos una vez en los últimos 30 días y 63 000 adolescentes consumen bebidas alcohólicas de forma dañina durante cinco días o más en los últimos 30 días (Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo, 2023).

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2022), alrededor del 38% de la población adolescente consumió bebidas alcohólicas durante el año anterior y el 18.5% había tenido episodios de consumo dañino. Respecto al consumo de alcohol per cápita (litros) en los adolescentes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) reporta el 9.9 Estados Unidos de América, 9.4 Argentina, 8.9 Chile, 8.8 Canadá, 7.7 Panamá, 7.3 Brasil, 7 Paraguay, 6.9 Uruguay, 6.7 Perú, 5.6 México, 5.4 Colombia, 4 Costa Rica, 3.9 Honduras, 6.5 Venezuela, 3.2 Ecuador. Además, el 59.9 % Estados Unidos de América, 57.1 % Uruguay, 54.5 % Argentina, 54.4 % Chile, 51.7 % Canadá, 38.5 % Perú, 33.2 % Panamá, 32.5 % Cuba, 32.2 % Ecuador, 31.3 % Bolivia, 28.7 % México, 26.8 % Brasil, 25 % Colombia, 24.7 % Venezuela, 23.7 % Costa Rica, 20.5 % Nicaragua, 19% Salvador, 18.3 % Honduras, 16.9 % Guatemala.

En México, el 20.6 % de los adolescentes consume actualmente; el 13.9% reporta un consumo excesivo en el último año, 5.2 % consumo excesivo en el último mes; respecto al consumo anual, fue del 8.7 %, mensual 8 % y semanal 3.8 %. Por último, el 6.7 % de los adolescentes reportan un consumo excesivo ocasional, 4.6 % mensual y el 2.6 % semanal (Ramírez-Toscano et al., 2023). Además, en el 2022, reportaron que el 20.6 % de los adolescentes de 10 a 19 años consumió bebidas alcohólicas en el último año. Respecto a la violencia que sufren los adolescentes bajo los efectos del consumo de bebidas alcohólicas, fue del 4.9 % violencia física, 24.9 % violencia sexual y 9.1 % violencia psicológica (Robledo-Aburto, 2023).

En este sentido, los adolescentes con mayor riesgo de consumir bebidas alcohólicas son los que están expuestos a diferentes factores de riesgo,

como el tener historial familiar de consumo de esta sustancia, ser del sexo masculino, vivir en un ambiente social negativo, la edad, el nivel socioeconómico, hermanos mayores y amigos, rendimiento escolar bajo, tener un trabajo remunerado y la migración del país (Cuesta-Mosquera, Picón-Rodríguez y Pineida-Parra, 2022).

Sin embargo, existen adolescentes que no realizan esta conducta de riesgo; son los factores protectores que disminuyen la probabilidad de que surja un consumo de alcohol, mediante la reducción de la exposición del adolescente al riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo (Solís-Cruz, 2025). Algunos de los factores protectores son una alta autoestima, ser asertivo, autoeficacia, tener buenas estrategias de afrontamiento, vivir en un ambiente barrial positivo, un buen ambiente escolar, tener apoyo social (Salazar-Ávila, 2024). Por lo anterior, se plantea el objetivo de conocer la relación entre el ambiente social y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes.

## **Métodos**

El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional (Grove y Gray, 2019). La población fue de 1 431 adolescentes de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El cálculo de la muestra se estimó con un intervalo de confianza del 95 %, una significancia estadística del 0.05, un error de estimación del 5 %; por tanto, participarán 200 adolescentes. El muestreo fue por conglomerados, teniendo como unidad muestral las aulas de clase, seleccionadas por medio del software Office Excel 365® para Windows 10.

Se aplicó una ficha sociodemográfica y prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas formada por un apartado con ocho preguntas, como el sexo, edad, número de integrantes de la familia, lugar que ocupa dentro de la familia y estado civil. El otro apartado fue para medir la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas; cuenta con cinco preguntas con tipo de respuesta de opción múltiple. Por otro lado, se utilizó el cuestionario de ambiente social que evalúa la percepción que tiene el adolescente sobre la seguridad, la valoración positiva y la asignación de responsabilidades y roles por parte de la comunidad, así como la disponibilidad del consumo de drogas. Está conformado por 10 preguntas; cinco preguntas

evalúan el ambiente social positivo y cinco preguntas el ambiente social negativo, con una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde uno (Totalmente en desacuerdo) hasta cinco (Totalmente de acuerdo). El puntaje va desde 10 hasta 50. Por último, obtuvo una consistencia interna aceptable ( $\alpha=.70$ ) de acuerdo a Grove y Gray (2019).

Por otro lado, se aplicó la Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) (De La Fuente y Kershenovich, 1992), con el objetivo de examinar el consumo de bebidas alcohólicas durante el último año y los problemas que ocasiona este consumo; consta de diez preguntas. Además, el puntaje va de 0 a 40. El punto de corte es de ocho; es decir, a más de este puntaje, se tienen problemas con la forma de consumir bebidas alcohólicas. El tipo de consumo fue el siguiente: de cero a tres puntos, el adolescente tiene un consumo riesgoso; si obtiene cuatro a siete puntos, reporta un consumo dependiente; y de ocho a 40, es un consumo dañino. Obtuvo una consistencia interna aceptable ( $\alpha=.87$ ) de acuerdo a Grove y Gray (2019). Para la recolección de la información se contó con la aprobación del comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo. Además, se solicitó el permiso por escrito de la institución educativa para realizar el presente estudio. Después, se acudió a solicitar la población de adolescentes y la cantidad de grupos por grado y turno para realizar el muestreo por conglomerados.

Una vez seleccionados los grupos, se acudió a los salones de clase en compañía del personal de la institución educativa en la hora programada. Una vez reunidos en el salón de clase asignado, se les entregó el consentimiento informado para los padres de familia. Por otro lado, se solicitó el asentimiento informado del adolescente para solicitar la autorización de participar en el presente estudio; se les explicó los objetivos de la investigación, instrumentos de recolección y el tiempo requerido para contestarlos; se cuidó en todo momento la privacidad y la individualidad de los adolescentes.

Se aplicaron los instrumentos de medición en el salón de clases asignado por la institución, iniciando con la ficha de datos sociodemográficos y prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, después el cuestionario de ambiente social y, por último, la prueba de identificación de desórdenes por uso de alcohol. Con una duración de 30 minutos. Los autores del estudio estuvieron colocados a una distancia prudente por si surgían

preguntas en el transcurso del llenado de los instrumentos. Se les pidió a los adolescentes que, al terminar de contestar los instrumentos, fueran entregados a uno de los autores para verificar que esté completo y así depositarlo en la caja forrada y sellada que estuvo en todo momento al fondo del salón de clase para que los adolescentes tuvieran la seguridad de que su participación fue anónima.

Una vez que los adolescentes terminaron de contestar los instrumentos, los autores del estudio resguardaron los instrumentos en un lugar seguro durante un año y que posteriormente serán destruidos. Por último, se les dio las gracias por su colaboración y, como forma de retribución a la sociedad, se les impartió una sesión sobre el tema de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes en las fechas dispuestas por la institución educativa. La investigación se fundamentó en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). Los datos fueron procesados con el programa estadístico para las ciencias sociales versión 26 para Windows 10 (SPSS, 2019).

## **Resultados**

El 57 % eran del sexo masculino, el 33 % son hermanos mayores, el 95.5 % son solteros y el 66 % solo estudiaban; cabe resaltar que el 34 % trabajaba y estudiaba. La media de edad fue de 16.4 (DE=.870); así mismo, la media de edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas fue de 14.3 (DE=1.018).

En la tabla 1 se observa que 54 % de los participantes ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, el 39.5 % en los últimos 12 meses y el 28.5 % en los últimos 30 días.

**Tabla 1***Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas de los adolescentes*

| Variable                        | No consumo |      | Si consumo |      |
|---------------------------------|------------|------|------------|------|
|                                 | f          | %    | f          | %    |
| Consumo alguna vez en la vida   | 92         | 46.0 | 108        | 54.0 |
| Consumo en los últimos 12 meses | 121        | 60.5 | 79         | 39.5 |
| Consumo en los últimos 30 días  | 143        | 71.5 | 57         | 28.5 |

Nota: f=frecuencia %=porcentaje, n=200

En la tabla 2 se observa que el 42.7 % consume bebidas alcohólicas de tipo dañino, el 26.8 % muestra datos de dependencia y el 30.5 % consume de forma riesgosa.

**Tabla 2***Tipo de consumo de bebidas alcohólicas de los adolescentes*

| Variable            | f  | %    |
|---------------------|----|------|
| Consumo riesgoso    | 25 | 30.5 |
| Consumo dependiente | 22 | 26.8 |
| Consumo dañino      | 35 | 42.7 |

Nota: f=frecuencia %=porcentaje, n=82

En la Tabla 3 se observa que existe diferencia significativa entre el ambiente social negativo y el consumo en los últimos doce meses y los últimos 30 días, obteniendo la media más alta los adolescentes que sí consumen bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses ( $X=11.6$ ) y los últimos 30 días ( $X=11.7$ ).

**Tabla 3**

*Comparación del ambiente social negativo según el consumo en los últimos 12 meses y últimos 30 días de los adolescentes*

| Variable                      | X    | Me   | U        | p    |
|-------------------------------|------|------|----------|------|
| Consumo de alcohol último año |      |      |          |      |
| No                            | 9.9  | 10.0 | 3733.500 | .009 |
| Si                            | 11.6 | 12.0 |          |      |
| Consumo de alcohol último mes |      |      |          |      |
| No                            | 10.2 | 10.0 | 3218.500 | .020 |
| Si                            | 11.7 | 12.0 |          |      |

*Nota:*  $\bar{X}$  = Media aritmética, Me= Mediana, DE= Desviación Estándar, p = significancia

En la Tabla 4 se observa que existe diferencia significativa entre el ambiente social positivo y el consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, obteniendo la media más alta los adolescentes que no consumen bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses ( $X=10.0$ ) y los últimos 30 días ( $X=9.9$ ).

**Tabla 4**

*Comparación del ambiente social positivo según el consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días de los adolescentes*

| Variable                                               | X    | Me   | U        | p    |
|--------------------------------------------------------|------|------|----------|------|
| Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses |      |      |          |      |
| No                                                     | 10.0 | 10.0 | 3936.000 | .034 |
| Si                                                     | 8.8  | 9.0  |          |      |
| Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días  |      |      |          |      |
| No                                                     | 9.9  | 10.0 | 3081.500 | .007 |
| Si                                                     | 8.4  | 9.0  |          |      |

*Nota:*  $\bar{X}$  = Media aritmética, Me= Mediana, DE= Desviación Estándar, p = significancia

En la Tabla 5 se muestra que existe una correlación negativa, significativa entre el consumo de bebidas alcohólicas y ambiente social positivo ( $r_s = -.364$ ,  $p = .001$ ); esto quiere decir que, a mayor consumo de alcohol, menor será el ambiente social positivo. Por otro lado, observamos relación

positiva significativa entre el consumo de bebidas alcohólicas y el ambiente social negativo ( $r_s = .241$ ,  $p = .029$ ), es decir, a mayor consumo de alcohol, mayor será la percepción negativa del ambiente barrial y escolar.

**Tabla 5**

*Relación entre el ambiente social positivo y negativo y el consumo de bebidas alcohólicas de los adolescentes*

|                                   | 1       | 2     | 3 |
|-----------------------------------|---------|-------|---|
| 1. Consumo de bebidas alcohólicas | 1       |       |   |
| 2. Ambiente social positivo       | -.364** | 1     |   |
| 3. Ambiente social negativo       | .241*   | -.096 | 1 |

*Nota:* \*\*<.001, \*<.050, n=200

## Discusión y conclusiones

La presente investigación permitió profundizar en el conocimiento de la relación entre el ambiente social y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes. Es importante mencionar que la mitad de los adolescentes consumió bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, menos de la mitad consume actualmente y una tercera parte consume en los últimos 30 días. Estos resultados coinciden con lo mencionado por Del Angel-García, et al. (2024); García-Uribe, et al. (2022); González-Angulo, et al. (2022); Higareda-Sánchez, et al. (2021); Noh-Moo, et al. (2021), ya que encontraron prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas similares. Sin embargo, difiere de lo reportado por Barrera-Núñez et al. (2022) y Ramírez-Toscano et al. (2023), ya que encontraron prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas bajas. Lo anterior pone de manifiesto la importancia de reforzar la vigilancia de salud donde se evalúen las medidas preventivas y el correcto funcionamiento de las políticas públicas, para minimizar los riesgos y daños a la salud, como lo establece la Ley General de la Salud, considerando la multicausalidad del fenómeno del consumo de bebidas alcohólicas (Diario Oficial de la Federación, 2023).

Por otro lado, menos de la mitad consume alcohol de forma dañina, menos de una tercera parte de los adolescentes presenta signos de dependencia de las bebidas alcohólicas y la tercera parte consume de

forma riesgosa. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Del Angel-García et al. (2024). Cabe resaltar que difiere con lo encontrado por Del Angel-García, et al. (2024); Escobar-Armijos y Pilco-Guadalupe (2022) y Noh-Moo, et al. (2021). Ya que encontraron un menor consumo dependiente y dañino en los adolescentes. Estos resultados podrían ser explicados debido a que el consumo de bebidas alcohólicas está relacionado con celebraciones, socialización, ya que es utilizado para establecer vínculos sociales, además de ser un consumo socialmente aceptable. Por tanto, es importante establecer estrategias que guíen a la reducción de la oferta y la demanda de las bebidas alcohólicas, como el incremento de los impuestos, la disminución de la accesibilidad, la prohibición de la publicidad, la promoción, el patrocinio, el acceso al tamizaje y tratamiento, las características de etiquetado y empaquetado imparcial (Barrera-Núñez et al. 2022).

Los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas actualmente y en los últimos 30 días reportan una percepción de un ambiente social negativo. Estos resultados convergen con lo reportado por Kremer-Jiménez et al. (2023). Esto podría ser explicado debido a las mismas condicionantes derivadas de la carga académica, el ambiente de socialización del adolescente, la relación entre sus pares y posibles experiencias psicológicas de su propia edad y etapa de vida, lo que ocasiona que se consuman bebidas alcohólicas (Del Angel-García et al., 2024). En este sentido, los adolescentes que no consumen bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días refieren contar con un ambiente social positivo. Estos resultados coinciden con lo reportado por Guzmán-Ramírez et al. (2023). Esto podría ser explicado debido a que la percepción del adolescente sobre el ambiente social positivo se asocia a logros académicos significativos, aumento de la salud mental, menor conducta de riesgo, como es el caso del consumo de bebidas alcohólicas y la violencia (Bottiani et al., 2020). Esto representa una oportunidad para realizar futuras investigaciones retomando el ambiente social, debido a que han demostrado su relación hacia el consumo de bebidas alcohólicas en esta muestra de adolescentes.

Por último, los adolescentes que consumen más bebidas alcohólicas presentan menor puntuación de ambiente social positivo. Además, a



mayor puntuación de consumo de bebidas alcohólicas, mayor será la percepción negativa del ambiente social. Estos resultados son semejantes a lo reportado por Durán-Garzón y Naranjo-Hidalgo (2024). Esto pudiera ser explicado debido a que el consumo de bebidas alcohólicas es un fenómeno multifactorial que puede influir en el ingreso económico, el acceso a servicios de salud, el consumo de familia y amigos, políticas en cuanto al consumo de menores, programas para disminuir el consumo de riesgo, así como programas preventivos (Higareda-Sánchez et al., 2021). Por último, una limitación del presente estudio es el uso del diseño transversal, lo que imposibilita hacer proyecciones a largo plazo. Es por ello por lo que se recomienda realizar estudios de diseño longitudinal para identificar los efectos de estas variables a través del tiempo.

## Referencias

- Barrera-Núñez, D. A., Rengifo-Reina, H. A., López-Olmedo, N., Barrientos-Gutiérrez, T., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2022). Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de Covid-19. Ensanut 2018 y 2020. *Salud pública de México*, 64(2), 137-147. <https://doi.org/10.21149/12846>
- Bottiani, J. H., Johnson, S. L., McDaniel, H. L., & Bradshaw, C. P. (2020). Triangulating school climate: Areas of convergence and divergence across multiple levels and perspectives. *American Journal of Community Psychology*, 65(3-4), 423-436. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12410>
- Camero Solórzano, Y. B., Benítez Terán, P. G., Cacuango Cacuango, A. V., & Mejía Valverde, E. S. (2025). Hábitos del Consumo de Alcohol en Estudiantes de Salud de una Universidad de la Ciudad de Ibarra. *Revista salud y sociedad UNANCHAY*. 1(1), 13-24. <https://istte.edu.ec/revistaunanchay/index.php/saludysociedad/article/view/67>
- Cuesta-Mosquera, E. L., Picón-Rodríguez, J. P., & Pineida-Parra, P. M. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American Health*, 5(1). <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114>
- De la Fuente, J. R., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74093>

- Del Angel-García, J. E., Alonso-Castillo, M. M., Armendáriz-García, N. A., & López-García, K. S. (2024). Patrones y representaciones sociales del consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Nure Investigación*, 132. <https://doi.org/10.58722/nure.v21i132.2498>
- Diario Oficial de la Federación (2023). *Ley General de Salud*. DOF. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)
- Durán-Garzón, G. G., & Naranjo-Hidalgo, W. T. (2024). Habilidades sociales y consumo de alcohol en adolescentes de Ecuador. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 8(14), 52-64. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vo-l8iss14.2024pp52-64p>
- Escobar-Armijos, L. C., & Pilco-Guadalupe, G. A. (2022). Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Macas Ecuador. *AXIOMA*, 1(27), 40-46. <https://doi.org/10.26621/ra.v1i27.830>
- García-Uribe, M. I., González-Márquez, M., Mendoza-García, V. & Ramirez-Osio, L. (2022). *Clima familiar y conductas de consumo en adolescentes de educación media*. <https://revistaeducarnos.com/wp-content/uploads/2022/10/7ma.-isabel.pdf>
- González-Angulo, P., Alonso-Castillo, M. M., Arena-Ventura, C. A., Pillon, S. C., & Armendáriz-García, N. A. (2022). La dinámica familiar y el clima social escolar como factores protectores del consumo de alcohol en universitarios mexicanos. *Enfermería Global*, 21(68), 1-24. Epub 28 de noviembre de 2022. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.518421>
- Grove, S. K., & Gray, J. F. (2019). *Investigación en Enfermería: práctica basada en la evidencia*. Elsevier
- Guzmán-Ramírez, V., Armendáriz-García, N. A., López-García, K. S., Alonso-Castillo, M. M., Rodríguez-Puente, L. A., & Yañez-Castillo, B. G. (2023). Clima escolar como factor protector para el consumo de drogas en adolescentes de preparatoria. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(Suplemento), <https://ciberindex.com/c/ref/50908p>
- Higareda-Sánchez, J. J., Rivera-Aragón, S., Reidl-Martínez, L. M., Flores-Galaz, M. M., & Romero-Palencia, A. (2021). Consumo de alcohol y rasgos de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados.

- Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 21(2), 44–59. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i2.560>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo. (2023). Alcohol's Effects on Health Research-based information on drinking and its impact. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/informacion-sobre-el-consumo-de-alcohol-entre-menores-de-edad>
- Kremer-Jiménez, A., Roma-Mella, F., & Gálvez-Nieto, J. L. (2023). Clima escolar y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes chilenos. *Revista de Psicodidáctica*, 28(2), 164–172. <https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/view/26750/24470>
- Noh-Moo, P. M., Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., López-Cisneros, M. A., & Castillo-Arcos, L. D. C. (2021). Autoestima, autoeficacia y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 21(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.565>
- Ontiveros-Patiño, R., Gutiérrez Sánchez, G., Martínez Aguilar, M. de la L., Ávila-Alpirez, H., Guerra-Ordoñez, J. A., & Duran-Badillo, T. (2021). Actitud ante el consumo de alcohol en adolescentes del Noreste de México. *Journal Health NPEPS*, 6(1). <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpaps/article/view/5177>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Consumo de alcohol. [https://www-paho-org.translate.goog/en/enlace/alcohol-consumption?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www-paho-org.translate.goog/en/enlace/alcohol-consumption?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc)
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2022) El alcohol en la adolescencia. <https://www.paho.org/es/documentos/serie-alcohol-alcohol-adolescencia>
- Ramírez-Toscano, Y., Canto-Osorio, F., Carnalla, M., Colchero, M. A., Reynales-Shigematsu, L. M., Barrientos-Gutiérrez, T., López-Olmedo, N. (2023) Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública De México*, 65, s75-s83. <https://doi.org/10.21149/14817>
- Robledo-Aburto, Z. (2023). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022. *Salud Pública De México*, 65, s1-s4. <https://doi.org/10.21149/15087>

- Salazar-Avila, S. (2024). *Clima familiar y autoestima en los estudiantes de educación primaria del distrito de Huamancaca Chico–Chupaca*. Tesis de maestría <http://hdl.handle.net/20.500.12894/11183>
- Secretaría de Salud (1987). *Reglamento de Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*, México, D. F. Recuperado de [http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/investiga/reg\\_investigacion.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/investiga/reg_investigacion.pdf)
- Solís-Cruz, M. (2025). Trauma infantil y conductas adictivas en jóvenes adultos en situación de riesgo en Quintana Roo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(3), 2877-2902. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i3.17909](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.17909)
- Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] (2019). Version 26.0 para Windows. Inc. Base.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Bustos-Gamiño, M. N., Mondragón-Gómez, R., López-Brambila, M. A., Lozano-Morales, V., Romero-Martínez, M., Soto-Hernández, I. Ordoñez-Andrade, M. & Hernández-Llanes, N. (2023). *La Disponibilidad de Alcohol y su Consumo Excesivo: Latas y botellas a la vuelta de la esquina*. INPRFM, OPS. [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/Disponibilidad-Alcohol-Consumo.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Disponibilidad-Alcohol-Consumo.pdf)

# Capítulo 13

---

## **Factores predisponentes al déficit de autocuidado en usuarios con diabetes en atención primaria**

*Rodríguez Santamaría, Yari<sup>1</sup>  
Gutiérrez Valverde, Juana Mercedes<sup>2</sup>  
Juárez Medina, Liliana Leticia<sup>3</sup>  
Yañez Castillo, Brenda Guadalupe<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256982>



---

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Aldama y Pino Suárez SN, Sector Centro, CP. 88000, Nuevo Laredo Tamaulipas, México. (<https://orcid.org/0000-0002-7010-2753>). Correspondencia: [yarisantamaria@hotmail.com](mailto:yarisantamaria@hotmail.com)

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Mitras Centro, Av. José Eleuterio González 1500 Nte, CP. 64460, Monterrey, Nuevo León, México. (<https://orcid.org/0000-0001-9506-5947>).

<sup>3</sup> Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Aldama y Pino Suárez SN, Sector Centro, CP. 88000, Nuevo Laredo Tamaulipas, México. (<http://orcid.org/0000-0002-9656-4198>)

<sup>4</sup> Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Aldama y Pino Suárez SN, Sector Centro, CP. 88000, Nuevo Laredo Tamaulipas, México. (<http://orcid.org/0000-0002-3203-8156>)

## Resumen

**Objetivo:** analizar los factores que predisponen al déficit de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. **Métodos:** diseño descriptivo y correlacional. La muestra no probabilística de 56 adultos con hemoglobina glucosilada  $\geq 7\%$ , de un Centro de Salud en Monterrey, Nuevo León. Los instrumentos fueron el resumen de actividades de autocuidado en diabetes, escala de autoeficacia en diabetes, cuestionario de conocimientos de aprendizaje, habilidades, actitudes y creencias sobre diabetes y la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. **Resultados:** Predominaron las mujeres (58.9 %), con 47.05 años. El autocuidado en diabetes fue bajo ( $M = 44.03$ ), la autoeficacia fue  $M = 66.56$ , el conocimiento en diabetes fue 44.62 y los síntomas depresivos con  $M = 25.47$ . El autocuidado se relacionó con la edad ( $p < .05$ ) y la autoeficacia ( $p < .01$ ). Los predictores del autocuidado fueron la edad, la hemoglobina glucosilada y la autoeficacia ( $R^2 = 26.3\%$ ). **Discusión y conclusión:** los predictores del déficit de autocuidado en las pacientes en descontrol glucémico fueron la autoeficacia en diabetes, los niveles de hemoglobina glucosilada y la edad, datos similares con la literatura. Estos hallazgos permiten identificar las necesidades de los pacientes, para desarrollar estrategias que promuevan cambios en el comportamiento de salud.

## Introducción

La incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (DMT-2) continúa en aumento, a pesar de las inversiones económicas de cada país para su atención médica y clínica, con la intención de reducir la tasa de prevalencia. Esta enfermedad requiere del compromiso no solo de los gobiernos y políticas públicas que destinen financiamiento a los programas de prevención, sino que las personas que padecen la enfermedad contribuyan con la modificación hacia conductas que reduzcan la alimentación poco saludable y el estilo de vida sedentario con el apoyo de los profesionales de la salud (Khan et al., 2020).

La diabetes es una afección compleja, la cual requiere que las personas asuman un papel activo en su autocuidado; para esto se requiere que un

equipo de salud especializado contribuya con acciones de educación y apoyo en el manejo de la enfermedad, con la intención de mejorar las prácticas diarias para un efecto positivo en indicadores clínicos, psicosociales y conductuales (Powers et al., 2020). El acceso a los servicios de salud es crucial para el manejo de la DMT-2; se ha reportado que el porcentaje de pacientes que buscan atención médica es muy bajo; además, los servicios sanitarios son insuficientes en países en desarrollo con alta prevalencia de la enfermedad (Eseadi et al., 2023). A nivel internacional como nacional, el control de la diabetes es un reto; en México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2022), la prevalencia de diabetes es elevada (18.3 %), lo que repercute en la expectativa de vida en la población mexicana (Basto-Abreu et al., 2023). El problema radica en el descontrol glucémico; esta condición alcanzó el 68.2 % durante el 2016 de acuerdo con la ENSANUT, lo que se asocia con el tiempo de evolución de la enfermedad y recibir atención en el sector privado (Basto-Abreu et al., 2020); mientras que, en el 2023, la cifra oscila en 63.9 %, lo que implica un reto para el sistema de salud (Basto-Abreu et al., 2023).

Por lo tanto, el autocuidado en personas DMT-2 implica mantener y controlar los niveles de glucosa, incrementar la adherencia a la toma de medicamentos, realizar ejercicio constante, seguir indicaciones de nutrición, cuidado de los pies y evitar el consumo de alcohol y cigarrillo (Khoshnoodifar et al., 2020). En población mexicana, el cumplimiento de estas medidas de forma regular es complejo, debido a que se requiere de conocimientos y habilidades para cuidar de su padecimiento; como se ha señalado, una proporción considerable de quienes padecen diabetes se ubican en situación de vulnerabilidad por la presencia de carencias económicas y de educación, lo que se asocia con el incumplimiento de acciones de cuidados generales para mantener su salud (Villalobos et al., 2019).

La evidencia señala que las personas DMT-2 generalmente tienen un déficit de autocuidado; este problema es común en poblaciones de diversos países (Fereidooni et al., 2024; Jyoti et al., 2024; Rodríguez-Santamaría et al., 2020). En este sentido, Dorothea Orem (2001) señala que, dependiendo de las circunstancias, las personas realizan acciones para

satisfacer las demandas de autocuidado en salud, el cual es aprendido y automotivado en un contexto de vida determinada, como parte del desarrollo y proceso de crecimiento, a partir de la experiencia en diferentes ambientes. Por lo tanto, el autocuidado consiste en las actividades que se realizan para mantener o promover el bienestar, la vida o la salud.

Existen factores internos y externos que influyen en el manejo y comprensión de la diabetes, los cuales incluyen aspectos fisiológicos, sociales y psicológicos (Liu, 2023), los cuales influyen en el autocuidado de las personas adultas; estudios previos señalan que la autoeficacia ocupa una posición especial como predictor de las conductas de autocuidado (Fereidooni et al., 2024; León-Hernández et al., 2019; León-Hernández et al., 2023; Rodríguez-Santamaría et al., 2020). Se define como la confianza en la propia capacidad para gestionar la salud, afrontar los desafíos y demandas de la diabetes (Ataya et al., 2024); es una creencia dinámica y cambiante esencial para promover el autocuidado en los pacientes, requiere de enseñanza y formación específica basada en un modelo de necesidades que eliminen las barreras culturales (Fereidooni et al., 2024).

Estudios realizados en México señalan que la función familiar, la escolaridad, los años de evolución de la enfermedad, el apoyo social y la presencia de síntomas depresivos son predictores de las conductas de autocuidado en población con padecimientos crónicos como diabetes tipo 2, hipertensión arterial y obesidad (León-Hernández et al., 2019). Por lo general, el descontrol glucémico en pacientes con DMT-2 se asocia con factores como el número de medicamentos, tipo de insulina, sobrepeso y obesidad y antecedentes familiares (Mares-Gutiérrez et al., 2023). Una revisión sistemática señala que los pacientes social y económicamente desfavorecidos presentan algunas barreras que afectan el manejo de la diabetes, tales como la falta de conocimiento sobre la enfermedad, el escaso apoyo social, la falta de acceso a los servicios de salud, dificultades de la vida, actitudes de negación y falta de responsabilidad ante la enfermedad (Reshma et al., 2021). Otra barrera que dificulta el autocuidado es la escasa alfabetización en salud, la cual es compleja porque requiere la comprensión de instrucciones médicas y la toma de decisiones; mientras que factores psicosociales como el estigma, la depresión y la falta de apoyo disminuyen la motivación de participar activamente en los programas de automanejo de padecimientos crónicos (Puzhakkal et al., 2025).



Reconocer la importancia de evaluar el problema del descontrol glucémico permitirá atender acciones esenciales que afectan la condición de salud de quienes padecen DMT-2. La importancia de evaluar estos factores radica en que, al estar presentes en conjunto, pueden afectar la manera cognitiva y conductual, la eficacia de las personas con este padecimiento, propiciando resultados negativos, por lo que identificar los aspectos que expliquen el déficit de autocuidado se convierte en una necesidad, en función de conocer las limitaciones o necesidades de los pacientes más desfavorecidos con la finalidad de compensarlas. Por lo tanto, que el objetivo general de la presente investigación fue analizar los factores que predisponen al déficit de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2.

## Métodos

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal y correlacional. La población de interés fueron adultos con DMT-2 de acuerdo con los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (glucosa en ayunas  $\geq 126$  mg/dL [ADA, 2025]), que llevaban su control ambulatorio en un centro de la Secretaría de Salud en Monterrey, Nuevo León. El tipo de muestreo fue por conveniencia, así como la unidad de salud, debido a que se buscó la institución que contaba con laboratorio de análisis clínico. Se realizaron pruebas de hemoglobina glucosilada (HbA1c) a los pacientes que acudieron a la consulta durante cuatro semanas, obteniendo una muestra de 56 participantes. Las personas elegibles fueron de ambos sexos, entre 20 y 59 años, en descontrol glucémico ( $\text{HbA1c} \geq 7\%$ ), dato verificado con el resultado de laboratorio, posterior a un año de diagnóstico de diabetes confirmado verbalmente con los participantes. Se excluyeron a embarazadas, personas con dificultades motoras y con diagnóstico de cáncer.

Se realizaron mediciones bioquímicas (HbA1c) y antropométricas (peso, talla e índice de masa corporal) con el método estandarizado (PROY-NOM-015-SSA2-2018); para determinarlas, se utilizó la TANI-TA (SC-240/SC240IM Body Composition Analyzer). Se contó con una cédula de datos personales como edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación; datos clínicos como años de diagnóstico, presencia de

comorbilidades, tipo de medicación y número de hospitalizaciones por causa de la diabetes.

Se utilizaron cuatro instrumentos: 1) resumen de actividades de autocuidado en diabetes (Toobert y Glasgow, 1994), el cual constó de 11 preguntas orientadas hacia el cumplimiento de las actividades que realiza la persona para cuidar de su diabetes en los últimos siete días. Este cuestionario evalúa las dimensiones de dieta, ejercicio, monitoreo de la glucosa y consumo de medicamentos; las opciones de respuesta son tipo Likert, la suma total de las puntuaciones varía de 9 a 59 puntos, los resultados se transformaron en valores de 0 a 100, donde valores más altos indicaron mejor autocuidado personal. El instrumento ha reportado una confiabilidad aceptable en población mexicana  $\alpha = 0.76$  (Mendoza-Catalán et al., 2022); 2) escala de autoeficacia para la diabetes del Centro de Educación en Stanford (Loring et al., 2003), que mide la seguridad de la persona para realizar actividades en el cuidado de la diabetes; se integró por ocho reactivos, cuya escala de respuesta va de 1 a 10.

La suma total de las puntuaciones osciló entre 8 y 80 puntos; los valores fueron transformados de 0 a 100 para una mejor interpretación; la puntuación más alta indicó mayor autoeficacia en diabetes. Esta escala ha reportado una consistencia aceptable en población hispana  $\alpha = 0.85$  (Loring et al., 2003); 3) cuestionario de conocimientos referentes al aprendizaje, habilidades, actitudes y creencias sobre diabetes diseñado por el Centro Internacional de Diabetes (IDC, 2014), integrado por 15 preguntas con cinco opciones de respuesta; en cada pregunta solo una respuesta es correcta (1 punto) y cuatro incorrectas (0 puntos). El puntaje total fue a través de la sumatoria de los ítems que van de 0 a 15 puntos; mayor puntuación indicó mejor conocimiento en diabetes. Este cuestionario ha reportado una consistencia interna aceptable ( $\alpha = 0.80$ ); 4) escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977), conformada por 20 reactivos que miden el número de días a la semana que ha presentado síntomas depresivos, dividida en cuatro factores: relación interpersonal, afecto negativo, quejas psicósomáticas y afecto positivo.

Las opciones de respuesta van de 0 (ningún día) a 3 (todos los días); los reactivos 4, 8, 12 y 16 se recodificaron; el valor original es de 0 a 60 puntos; se estableció un punto de corte en población mexicana donde 35

puntos permite la identificación de posible depresión, demostrando una confiabilidad de 0.84 (Salgado & Maldonado, 1994).

Este estudio contó con la aprobación de las comisiones de Ética, Investigación y Bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-D-1231). En el reclutamiento, se extendió una invitación verbal a los pacientes que acudieron de la consulta externa para participar de manera voluntaria, explicando el objetivo general del estudio, los beneficios y riesgos; además, se les entregó el consentimiento informado para ser firmado. La duración del llenado de los instrumentos fue de 25 minutos aproximadamente, cada procedimiento se realizó con estricto apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud vigente en México (Secretaría de Salud, 2014), garantizando la confidencialidad y el anonimato de los datos.

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS versión 22 para Windows, a través de la estadística descriptiva para las variables numéricas (medidas de tendencia central y dispersión) y categóricas (frecuencias y porcentajes). Se realizaron pruebas no paramétricas debido a que los datos tuvieron una distribución sin normalidad, por medio del Coeficiente de correlación de Spearman para determinar la relación de variables; finalmente, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple.

## Resultados

Los participantes de la muestra estaban en descontrol glucémico, con una mayor proporción de mujeres (58.9 %); la edad promedio fue de 47.05 años (DE= 7.53, IC 95 %: 45.04, 49.07), la media de escolaridad de 10.02 años (DE= 3.57, IC95 %: 9.06, 10.98) y el 57.1 % eran casados; más de la mitad de los entrevistados (57.1 %) contaban con un trabajo remunerado (Tabla 1). Entre las características clínicas, se encontró la presencia de comorbilidades, con 7.83 años de diagnóstico (DE= 5.84); el tratamiento de la diabetes fue con terapia dual (57.1 %), afirmaron que solo revisan su glucosa por mes (42.9 %) o nunca lo hacen (33.9 %); además, se ubicaron en la categoría de sobrepeso-obesidad (94.6 %) de acuerdo con los resultados del porcentaje de grasa corporal.

**Tabla 1**  
*Características demográficas, clínicas y antropométricas de los participantes*

| Variable                             |                                 | Frecuencia (f) | Porcentaje (%) |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------|----------------|
| Género                               | Hombre                          | 23             | 41.1           |
|                                      | Mujer                           | 33             | 58.9           |
| Estado civil                         | Soltero                         | 3              | 5.4            |
|                                      | Casado/unión libre              | 32             | 57.1           |
|                                      | Divorciado/viudo                | 21             | 37.5           |
| Ocupación                            | Empleado                        | 32             | 57.1           |
|                                      | Labores del hogar               | 21             | 37.5           |
|                                      | Desempleado                     | 2              | 3.6            |
|                                      | Negocio propio                  | 1              | 1.8            |
| Presencia de co-morbilidades         | Hipertensión arterial           | 23             | 41.1           |
|                                      | Entumecimiento manos/pies/dedos | 19             | 33.9           |
|                                      | Problemas de circulación        | 16             | 28.6           |
|                                      | Altos niveles de colesterol     | 15             | 26.8           |
|                                      | Problemas de la visión          | 29             | 51.8           |
|                                      | Enfermedades del corazón        | 3              | 5.4            |
| Tipo de tratamiento                  | Monoterapia                     | 16             | 28.6           |
|                                      | Terapia dual                    | 38             | 67.9           |
|                                      | Terapia triple                  | 2              | 3.6            |
| Hospitalizado a causa de la DT2      | Si                              | 9              | 16.1           |
|                                      | No                              | 47             | 83.9           |
| Frecuencia con que revisa la glucosa | Cada semana                     | 10             | 17.8           |
|                                      | Cada dos semanas                | 3              | 5.4            |
|                                      | Cada mes                        | 24             | 42.9           |
|                                      | Nunca                           | 19             | 33.9           |
| Índice de masa corporal              | Normo peso                      | 3              | 5.4            |
|                                      | Sobrepeso                       | 19             | 33.9           |
|                                      | Obesidad                        | 34             | 60.7           |

*Nota:* Cédula de datos personales

n= 56

En general, el autocuidado reportado en diabetes fue bajo ( $M = 44.03$ ,  $DE = 18.53$ ); el cumplimiento de la toma de medicamentos reportó el puntaje más alto ( $M = 62.05$ ,  $DE = 27.69$ ); por el contrario, el ejercicio fue el más bajo ( $M = 28.86$ ,  $DE = 30.38$ ), ver tabla 2. Los participantes indicaron puntajes de autoeficacia en diabetes superiores a la media ( $M = 66.56$ ,  $DE = 19.78$ ); el promedio de conocimientos en diabetes osciló en 44.62 ( $DE = 15.08$ ) y los síntomas depresivos tuvieron una  $M = 25.47$  ( $DE = 17.49$ ). De acuerdo con la puntuación promedio de indicadores antropométricos, los entrevistados se ubicaron en la categoría de obesidad y mantenían cifras de HbA1c cuya media osciló en 9.79 ( $DE = 1.72$ ).

**Tabla 2**

*Descripción de las variables conductuales, cognitivas y clínicas de estudio*

| <b>Variable</b>           | <b>M</b> | <b>DE</b> |
|---------------------------|----------|-----------|
| Autocuidado en diabetes   | 44.03    | 18.53     |
| Dieta                     | 45.26    | 14.21     |
| Ejercicio                 | 28.86    | 30.38     |
| Monitoreo de glucosa      | 54.01    | 35.92     |
| Medicamentos              | 62.05    | 27.69     |
| Autoeficacia en diabetes  | 66.56    | 19.78     |
| Conocimientos en diabetes | 44.62    | 15.08     |
| Síntomas depresivos       | 25.47    | 17.49     |
| Índice de masa corporal   | 31.81    | 4.78      |
| Porcentaje de grasa       | 34.76    | 8.42      |
| Hemoglobina glucosilada   | 9.79     | 1.72      |

*Nota:* M= media; DE= desviación estándar

En el análisis de correlación se observó una relación positiva y significativa de las acciones de autocuidado en diabetes con la edad ( $r_s = .300$ ,  $p < .05$ ) y la autoeficacia en diabetes ( $r_s = .359$ ,  $p < .01$ ), ver tabla 3. Mientras que los síntomas depresivos se relacionaron negativamente con los niveles de hemoglobina glucosilada ( $r_s = -.323$ ,  $p < .05$ ).

**Tabla 3**  
*Análisis bivariado de correlación de Spearman*

| Variable         | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7      | 8      |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 1. Escolaridad   | -.135 | .280* | -.017 | -.033 | .152  | -.194  | -.076  |
| 2. Edad          | -     | -.129 | -.178 | -.049 | .006  | .045   | .300*  |
| 3. Peso          |       | -     | -.043 | .085  | .074  | -.209  | -.149  |
| 4. HbA1c         |       |       | -     | -.088 | -.149 | -.323* | -.116  |
| 5. Autoeficacia  |       |       |       | -     | .165  | -.251  | .359** |
| 6. Conocimientos |       |       |       |       | -     | -.163  | .102   |
| 7. Depresión     |       |       |       |       |       | -      | -.095  |
| 8. Autocuidado   |       |       |       |       |       |        | -      |

*Nota:* HbA1c= hemoglobina glucosilada; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Al realizar el modelo de regresión lineal múltiple para identificar predictores del autocuidado como variable independiente (tabla 4), se identificó la edad, los niveles de hemoglobina glucosilada y la autoeficacia como factores predictores del déficit de autocuidado de los participantes del estudio con una varianza explicada de 26.3% ( $F(3,48) = 7.081$ ,  $R^2 = 26.3\%$ ,  $p = .000$ ).

**Tabla 4**  
*Factores que influyen en el autocuidado de personas con diabetes tipo 2*

| Variable                 | $\beta$ | E.E   | t      |
|--------------------------|---------|-------|--------|
| Escolaridad              | .211    | .667  | .316   |
| Edad                     | .630*   | .294  | 2.143  |
| Años de diagnóstico      | -.118   | .390  | -.340  |
| Índice de masa corporal  | -.209   | .746  | -.280  |
| Hemoglobina glucosilada  | -3.207* | 1.295 | -2.476 |
| Autoeficacia en diabetes | .331**  | .121  | 2.729  |
| Síntomas depresivos      | .173    | .153  | 1.134  |
| Conocimiento en diabetes | .158    | .153  | 1.034  |

*Nota:* E.E= error estándar; t= t de Student; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

## Discusión y conclusiones

En este estudio se analizaron los factores que influyen en el déficit de autocuidado de personas que padecen DMT-2. Los resultados indicaron que variables como la edad, la autoeficacia percibida (León-Hernández et al., 2019; León-Hernández et al., 2023) y el nivel de hemoglobina glucosilada (Chen y Lin, 2025) predicen las conductas de autocuidado en los pacientes entrevistados; estos datos coinciden con estudios previos que indican que generalmente la autoeficacia tiene un gran impacto positivo o negativo en la ejecución de las acciones de cuidado. La autoeficacia en las personas es impulsada por la necesidad de mantenerse en condiciones óptimas, puede incrementar la adherencia al tratamiento prescrito y mejorar las conductas poco saludables en quienes padecen enfermedades crónicas; este concepto se ha utilizado para explicar conductas alimentarias, control de peso y control glucémico (Oluma et al., 2020). Otros autores señalan que las personas poseen la capacidad de responsabilizarse de sus decisiones en salud y de sus propios cuidados, con la confianza de hacerlo de manera adecuada para alcanzar mejores resultados en su condición de salud (Gutiérrez y Gómez, 2018).

En este estudio, la variable edad influyó en el déficit de autocuidado, considerando que el promedio de edad se ubicó en 47 años, etapa en que las personas son económicamente activas y cumplen con diferentes roles en la sociedad, lo que puede influir en tener menos tiempo para mantener la adherencia a los cuidados recomendados para su padecimiento; asimismo, puede estar relacionado con la baja escolaridad reportada, lo que puede influir en la comprensión sobre los cuidados específicos para mantener un adecuado autocuidado.

Los participantes se caracterizaron por estar en descontrol glucémico, lo cual explica las bajas puntuaciones de autocuidado que reportaron en las entrevistas, así como que los niveles de HbA1c figuren como predictores de dicho déficit de cuidado en diabetes, lo cual demuestra la asociación significativa entre las variables; por lo que un mejor autocuidado puede mejorar significativamente los niveles de glucosa y refuerza la importancia de los cuidados específicos en el manejo integral de las personas con DMT-2 (Chen y Lin, 2025). También debe considerarse la

presencia de comorbilidades en los entrevistados, lo que puede incrementar la complejidad del control no solo de la diabetes, sino de diversos padecimientos crónicos que están presentes y requieren de una buena adherencia al tratamiento.

Se encontró que las acciones de autocuidado están relacionadas positivamente con la edad y la autoeficacia (Oluma et al., 2020), lo cual señala que, conforme aumenta la edad de las personas, incrementan las experiencias y creencias en alcanzar metas y superar barreras para mejorar el cuidado diario de la diabetes. Sin embargo, los participantes se perciben con buena autoeficacia a pesar de tener bajos niveles de autocuidado, lo que puede reflejar la baja percepción del riesgo de tener conductas poco saludables. Por otro lado, la presencia de una buena autoeficacia puede ser el primer paso para mejorar el desempeño de las tareas diarias del tratamiento y promover el empoderamiento de las personas.

El conocimiento en diabetes reportado fue bajo; este dato es similar con otros estudios (Gouveia-Bezerra et al., 2023; Velázquez et al., 2023), quienes señalan que un nivel insuficiente de conocimientos incrementa el riesgo de niveles más altos de HbA1c, así como dificulta la manera de afrontar la enfermedad y prevenir las complicaciones, lo que afecta la calidad de vida de los pacientes. En este mismo contexto, es necesario considerar que la baja escolaridad de la muestra estudiada puede estar ligada al conocimiento insuficiente, condición que puede interferir en la búsqueda de información sobre su padecimiento para mejorar el desempeño ante las actividades de autocuidado requeridas. Por otra parte, los participantes no reportaron la presencia de síntomas depresivos, datos que difieren con otros estudios (León-Hernández et al., 2023), quienes afirman que la presencia de depresión es común en los pacientes con diabetes, lo que tiene un efecto negativo en las conductas de autocuidado.

Entre las características de los participantes destacan que eran de mediana edad, con bajo nivel educativo, dedicados a trabajar, bajo tratamiento con al menos dos medicamentos, con escaso monitoreo de la glucosa y presencia de comorbilidades, además de tener problemas de sobrepeso y obesidad. El descontrol glucémico en los adultos está determinado por múltiples factores, lo que hace evidente la complejidad de la diabetes tipo 2 y establece las capacidades no cumplidas para cubrir



sus necesidades en salud y poder mantener el control. También se debe considerar que con frecuencia la actitud adoptada ante la enfermedad puede afectar el manejo o tratamiento.

Lo anterior respalda lo citado por Orem (2001) cuando señala que las acciones de autocuidado están condicionadas por la edad, sexo, experiencias o circunstancias de vida, compromiso con el cuidado y la disponibilidad de recursos que favorezcan el aprendizaje efectivo para el cuidado de la salud. Por lo tanto, se requiere de la participación de profesionales de la salud que reconozcan las debilidades y necesidades de las personas con padecimientos crónicos con la intención de desarrollar planes de atención que guíen y motiven a los usuarios para adquirir habilidades con cierto grado de efectividad en el manejo de la diabetes. Entre las limitaciones de este estudio, destaca que el tamaño de la muestra fue pequeño, así como la selección no probabilística de los participantes realizada en un servicio de salud comunitario, lo que impide la generalización de los resultados a la población en general.

En conclusión, los resultados mostraron que los predictores del déficit de autocuidado en las personas con descontrol glucémico fueron la autoeficacia en diabetes, los niveles de hemoglobina glucosilada y la edad de los participantes. Además, se encontraron puntuaciones moderadas de autoeficacia, bajo nivel de conocimientos en diabetes, sin presencia de síntomas depresivos. Estos hallazgos contribuyen a identificar las necesidades de los pacientes ante la presencia de factores que incrementan la complejidad de las acciones que deben cumplir para mantener la salud con cierto grado de efectividad, por lo que los profesionales deben intervenir en el desarrollo de un plan estratégico de apoyo o programa que promueva cambios en las conductas y el desarrollo de habilidades en beneficio de sus cuidados en salud.

## Referencias

American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2025. (2025). *Diabetes Care*, 48(Suppl 1), S27–S49. <https://doi.org/10.2337/dc25-S002>

- Ataya, J., Soqia, J., Albani, N., Tahhan, N. K., Alfawal, M., Elmolla, O., Albaldi, A., Alsheikh, R. A., & Kabalan, Y. (2024). The role of self-efficacy in managing type 2 diabetes and emotional well-being: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), 3471. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21050-2>
- Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., López-Olmedo, N., De la Cruz-Góngora, V., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barquera, S., López-Ridaura, R., Hernández-Ávila, M., & Villalpando, S. (2020). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. *Salud Pública de México*, 62, 50-59. <https://doi.org/10.21149/10752>
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera, J. A., Romero-Martínez, M., Barquera, S., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s163–s168. <https://doi.org/10.21149/14832>
- Chen, W. J., & Lin, L. Y. (2025). The impact of diabetes self-care, healthy lifestyle, social support, and demographic variables on outcomes HbA1c in patients with type 2 diabetes. *Clinical medicine insights: Endocrinology and Diabetes*, 18. <https://doi.org/10.1177/11795514251331907>
- Eseadi, C., Amedu, A. N., Ilechukwu, L. C., Ngwu, M. O., & Ossai, O. V. (2023). Accessibility and utilization of healthcare services among diabetic patients: Is diabetes a poor man's ailment?. *World Journal of Diabetes*, 14(10), 1493/1501. <https://doi.org/10.4239/wjd.v14.i10.1493>
- Fereidooni, G. J., Ghofranipour, F., & Zarei, F. (2024). Interplay of self-care, self-efficacy, and health deviation self-care requisites: a study on type 2 diabetes patients through the lens of Orem's self-care theory. *BMC Primary care*, 25(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02276-w>
- Gouveia-Bezerra, K. M., De Oliveira-Tito Borba, A. K., De Oliveira-Marques, A. P., Gomes-da Silva-Carvalho, Q., Da Silva-Santos, A. H., & Ramos-Ventura-da Silva-Cavalcanti, B. (2023). Conocimiento y autoeficacia en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería*

- Global*, 22(71), 68-109. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.553591>
- Gutiérrez, B. R., & Gómez, O. A. M. (2018). Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Avances en Enfermería*, 36(2), 161-169. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.65674>
- International Diabetes Center [IDC]. (2014). Type 2 diabetes BASICS curriculum guide. Fourth Edition. Park Nicollet, 33-155.
- Jyoti, N. J., Pandit, N., Sharma, S., & Kumar, L. (2024). Self-care practices and influencing factors among type 2 diabetes mellitus patients: A hospital-based cross-sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 30, 101822. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101822>
- Khan, M. A. B., Hashim, M. J., King, J. K., Govender, R. D., Mustafa, H., & Al Kaabi, J. (2020). Epidemiology of type 2 diabetes - Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *Journal of epidemiology and global health*, 10(1), 107-111. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191028.001>
- Khoshnoodi, F. M., Arabnezhad, Z., Tehrani, H., & Akbari, F. S. (2020). The effect blended training on comparison with in-person training on self-care behaviors in type 2 diabetes patients. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7(4), 333-342. <https://doi.org/10.29252/ijhehp.7.4.333>
- León-Hernández, R. C., Peñarrieta-de Córdova, M. I., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Flores-Barrios, F., & Rivera, M.C. (2019). Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas. *Enfermería Universitaria*, 16(2), 128-137. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.637>
- León-Hernández, R., Rodríguez-Pérez, A. C., Pérez-González, Y. M., de Córdova, M. I. P., de León-Escobedo, R., Gómez-Gutiérrez, T., & Toledano-Toledano, F. (2023). Psychosocial Factors associated with self-management in patients with diabetes. *Healthcare (Basel)*, 11(9), 1284. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091284>
- Liu X. (2023). Advances in psychological and social aetiology of patients with diabetes. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: targets and therapy*, 16, 4187-4194. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S439767>
- Loring, K. R., Ritter, P. L, González, V. M. (2003). Hispanic chronic di-

- sease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nursing Research*, 52(6), 361-369. <https://doi.org/10.1097/00006199-200311000-00003>
- Mares-Gutiérrez, Y., Gallardo-Hernández, A., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Franco, A. I., García-Minjares, M., & Martínez-González, A. (2023). Descontrol glucémico: desafío de salud pública en prepandemia y pandemia. *Salud Pública de México*, 65(3), 227–235. <https://doi.org/10.21149/14425>
- Mendoza-Catalán, G., Rodríguez-Santamaría, Y., Domínguez-Chávez, C. J., Juárez-Medina, L. L., Villa-Rueda, A. A., González-Ramírez, J., & Gutiérrez-Valverde, J. M. (2022). Personality traits and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 15, 1-6. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S340277>
- Oluma, A., Abadiga, M., Mosisa, G., Fekadu, G., & Turi, E. (2020). Perceived Self-Efficacy and Associated Factors Among Adult Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Public Hospitals of Western Ethiopia, 2020. *Patient Preference and Adherence*, 14, 1689-1698. <https://doi.org/10.2147/PPA.S275887>
- Orem, D.E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* [Conceptos de práctica en enfermería]. Sixth Edition. Mosby Inc. MO, 136-300.
- Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., Funnell, M. M., Harms, D., Hess-Fischl, A., Hooks, B., Isaacs, D., Mandel, E. D., Maryniuk, M. D., Norton, A., Rinker, J., Siminerio, L M., & Uelman, S. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Diabetes Care*, 43(7), 1636-1649. <https://doi.org/10.2337/dci20-0023>
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus. (2018). Diario Oficial de la Federación. México. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php%3Fcodigo%3D5521405%26fe](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php%3Fcodigo%3D5521405%26fe)

- cha%3D03/05/2018#gsc.tab=0
- Puzhakkal, S., Kavanagh, S., Conway, B., Kow, C. S., & Hasan, S. S. (2025). Self-care and self-management in diabetes: concepts, theories and practices. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 10. <https://doi.org/10.1007/s11096-025-01941-z>
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Reshma, P., Rajkumar, E., John, R., & George, A. J. (2021). Factors influencing self-care behavior of socio-economically disadvantaged diabetic patients: A systematic review. *Health psychology open*, 8(2), 20551029211041427. <https://doi.org/10.1177/20551029211041427>
- Rodríguez-Santamaría, Y., Juárez-Medina, L. L., Zúñiga-Vargas, M. L., Cadena-Santos, F., Mendoza-Catalán, G. (2020). Hombres con diabetes mellitus tipo 2: autoeficacia y factores psicológicos que influyen en el autocuidado. *Enfermería Universitaria*, 17(1), 28-41. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.707>
- Salgado, D. N., & Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 36(2), 200-209. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10636210>
- Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). México: DOF 02-04-2014; 1997. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5521405&-fecha=03/05/2018](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&-fecha=03/05/2018)
- Toobert, D. J., Glasgow, R. E. (1994). Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. En: Bradley C. (Ed). *Handbook of psychology and diabetes. A guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. Abingdon: Routledge, 351-75.
- Velázquez, L. L., Muñoz, T. A. V., Medina, B. P. G., & Escobedo de la Peña, J. (2023). Inadequate diabetes knowledge is associated with poor glycemia control in patients with type 2 diabetes. *Atención Primaria*, 55(5), 102604. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102604>
- Villalobos, A., Rojas-Martínez, R., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas,

C. A., Romero-Martínez, M., Mendoza-Alvarado, L. R., Flores-Luna, M. L., Escamilla, A., & Ávila-Burgos, L. (2020). Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud Pública de México*, 61(6), 876-887. <https://doi.org/10.21149/10546>

# Capítulo 14

---

## **Determinantes de calidad de vida en adultos mexicanos con hemofilia**

*Aguiar Palacios, Luis Horacio<sup>1</sup>*

*Magallanes Rodríguez, Ana Gabriela<sup>2</sup>*

*Osuna Encinas, Denisse Ariana<sup>3</sup>*

*Martínez Alvarado, Julio Román<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20256999>



---

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0003-3994-4220>). Correspondencia: Calle Sin Nombre, Lote 5, Manzana 38, Colonia El Polvorín, Tecate, Baja California, C. P. 21500. [aguiar.luis@uabc.edu.mx](mailto:aguiar.luis@uabc.edu.mx)

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0003-1346-2274>)

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0002-3771-8900>)

<sup>4</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud (<https://orcid.org.0000-0002-4303-2809>)

## Resumen

**Objetivo:** Examinar los factores psicosociales asociados a la calidad de vida en adultos mexicanos con hemofilia.

**Método:** Se realizó un estudio transversal con 59 participantes diagnosticados con hemofilia en México. Se utilizaron cuestionarios estandarizados para medir calidad de vida, autoestima, resiliencia, estilos de vida saludables, afrontamiento al dolor crónico, percepción de salud y masculinidad. Se llevaron a cabo análisis descriptivos, correlacionales de Pearson y regresión lineal múltiple con la calidad de vida como variable dependiente.

**Resultados:** La calidad de vida total presentó un nivel intermedio de afectación en la muestra ( $M = 166.85$ ,  $DE = 19.98$ ). La percepción de salud se correlacionó significativamente con la calidad de vida ( $r = .44$ ,  $p < .01$ ), mientras que las demás correlaciones fueron débiles. El modelo de regresión múltiple fue significativo,  $F(6, 52) = 3.28$ ,  $p = .008$ , explicando el 27% de la varianza. La percepción de salud fue el único predictor significativo ( $B = 0.93$ ,  $p = .001$ ).

**Discusión y conclusiones:** La percepción subjetiva de salud constituye el principal factor asociado a la calidad de vida en adultos mexicanos con hemofilia. Estos resultados resaltan la importancia de diseñar intervenciones psicológicas y de salud centradas en la manera en que los pacientes perciben y enfrentan su estado de salud.

## Introducción

La hemofilia es un trastorno hemorrágico hereditario caracterizado por la deficiencia de los factores de coagulación VIII o IX, lo que provoca hemorragias espontáneas o prolongadas tras lesiones mínimas. Este padecimiento, de origen genético, se clasifica principalmente en hemofilia A (déficit del factor VIII) y hemofilia B (déficit del factor IX), y su gravedad varía según la cantidad residual de factor circulante (Srivastava et al., 2020). En la actualidad, el tratamiento profiláctico y los avances farmacológicos han mejorado la esperanza de vida de las personas con hemofilia; sin embargo, persisten múltiples retos clínicos, sociales y



psicológicos que afectan significativamente la calidad de vida de esta población (Benemei et al., 2024; Kotsiou et al., 2025).

El impacto de la hemofilia trasciende las complicaciones físicas derivadas de las hemorragias articulares y musculares, ya que los pacientes enfrentan dolor crónico, limitaciones funcionales y secuelas discapacitantes que condicionan su vida cotidiana (Ucero-Lozano et al., 2021). Asimismo, la enfermedad genera una carga psicosocial significativa, pues se asocia con aislamiento social, barreras educativas y laborales, así como con dificultades en la adherencia a los tratamientos (Schnohr et al., 2023). En este sentido, la salud mental y la percepción de bienestar en las personas con hemofilia constituyen un campo de creciente interés, ya que se reconoce que los síntomas psicológicos influyen en la evolución clínica y en la adherencia a la profilaxis (Königs et al., 2024).

En México, la hemofilia representa un desafío importante en salud pública debido a la falta de acceso equitativo a los tratamientos de reemplazo, así como a la disparidad en los recursos médicos especializados (Osorio-Guzmán et al., 2025). Si bien los avances terapéuticos han reducido la mortalidad, aún persisten contrastes importantes en el nivel de calidad de vida de los pacientes mexicanos en comparación con países de mayores recursos (El-Sayed et al., 2025). Estudios recientes sugieren que, además de los factores biomédicos, las variables psicológicas y sociales desempeñan un papel fundamental en el bienestar subjetivo y en la adaptación a la enfermedad (McLaughlin et al., 2022).

Entre los factores psicológicos relevantes en la hemofilia se encuentran la autoestima, entendida como la apreciación favorable o desfavorable que una persona tiene sobre sí misma, la cual puede verse afectada por la percepción de limitaciones físicas y sociales. Una baja autoestima se ha vinculado con mayor riesgo de síntomas depresivos y menor motivación para la adherencia al tratamiento (Khair et al., 2021). Asimismo, los estilos de vida saludables —particularmente la actividad física— se asocian con un mejor funcionamiento articular y un mayor bienestar emocional, aunque en el caso de la hemofilia se requiere un equilibrio cuidadoso entre la seguridad y el beneficio del ejercicio (Khair et al., 2021).

Otro constructo de interés es el afrontamiento del dolor crónico, ya que el dolor recurrente en articulaciones y músculos es una de las prin-

cipales complicaciones de la hemofilia severa. Afrontar el dolor crónico de manera impulsiva puede afectar la percepción de la enfermedad y esto puede alterar el estado emocional del paciente; sin embargo, investigaciones sobre intervenciones psicoeducativas enfocadas al manejo del dolor han evidenciado el mejoramiento de salud y funcionalidad de los pacientes (Feldberg et al., 2024). Asimismo, la percepción de salud ha sido identificada como una variable predictora importante de la calidad de vida en personas que viven con enfermedades crónicas, reflejando una evaluación subjetiva por parte de los pacientes sobre su estado físico y emocional acerca de su enfermedad (O'Hara et al., 2021).

La resiliencia, entendida como la habilidad que tienen las personas para superar las adversidades ante situaciones difíciles representa un factor protector importante para la salud de las personas, ya que le permite al paciente adaptarse a las circunstancias que implican vivir con una enfermedad crónica (McLaughlin et al., 2022). Por otro lado, constructos relacionados con la identidad de género en estados de salud y la masculinidad también son importantes, especialmente por enfermedades que afectan mayormente a varones, como es el caso de la hemofilia, en donde la enfermedad puede ser percibida como una barrera para cumplir con los roles que la sociedad espera de los hombres (Schnohr et al., 2023).

En particular, la construcción de la identidad masculina cobra relevancia en personas con hemofilia, ya que se trata de una enfermedad ligada principalmente a varones. La literatura ha mostrado que los mandatos culturales de la masculinidad tradicional (como la fortaleza física, el control del dolor o la autosuficiencia) pueden entrar en conflicto con la vivencia de una enfermedad crónica (Padilla-Bautista, 2020). Estos factores generan tensiones subjetivas: por un lado, la expectativa social de cumplir con roles masculinos hegemónicos, y por otro, las limitaciones físicas y la dependencia de tratamientos médicos. Estudios previos han documentado que esta disonancia puede afectar la autoimagen, la adherencia al tratamiento y la percepción de calidad de vida (Schnohr et al., 2023). Por lo tanto, indagar sobre la masculinidad como variable psicosocial es indispensable para comprender de manera integral el bienestar de los hombres que viven con hemofilia.

Con base en lo anterior, resulta de gran interés explorar cómo estos factores psicológicos se pueden relacionar con la calidad de vida de quienes

viven con hemofilia en México. El objetivo de la presente investigación fue explorar el impacto que tienen la autoestima, el afrontamiento del dolor crónico, los estilos de vida saludables, la percepción de salud, la resiliencia y la masculinidad en la calidad de vida de personas que viven con hemofilia en México. Se planteó como hipótesis que mayores niveles de autoestima, resiliencia, percepción de salud positiva y estilos de vida saludables estarían asociados con una mejor calidad de vida, mientras que bajos niveles de afrontamiento al dolor crónico y percepciones negativas de la masculinidad podrían relacionarse con niveles bajos de calidad de vida. Este trabajo ayuda a comprender mejor la interacción entre factores psicológicos y calidad de vida en comunidades que viven con hemofilia, para proponer estrategias de apoyo integrales en la atención a esta población en México.

## **Método**

### **Diseño**

Se trata de una investigación desarrollada bajo un enfoque cuantitativo, transversal y correlacional, la cual explora variables independientes (autoestima, afrontamiento del dolor crónico, estilos de vida saludables, percepción de salud, resiliencia y masculinidad) y una sola variable dependiente (calidad de vida), contemplando una sola sesión para la evaluación de las pruebas psicológicas, sin manipular las variables ni el estado de los pacientes (Pérez-Guerrero, 2024).

Para verificar los supuestos estadísticos, se aplicaron pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) a las variables continuas. Con base en estos resultados, y dado que los puntajes cumplieron con la aproximación a la distribución normal, se emplearon correlaciones de Pearson para el análisis bivariado. Asimismo, se justificó el uso de regresión lineal múltiple para estimar la contribución de cada predictor a la calidad de vida, bajo un nivel de significancia de  $p < .05$ .

## Participantes

La muestra estuvo compuesta por 59 personas que viven con hemofilia, reclutadas a través de asociaciones de pacientes y servicios hospitalarios especializados en trastornos hemorrágicos en México pertenecientes a la Federación de Hemofilia de la República Mexicana (s. f.). Participaron pacientes de Durango, San Luis Potosí, Estado de México, Morelos y Baja California. Los criterios de inclusión fueron: (a) diagnóstico confirmado de hemofilia tipo A o B, (b) edad mayor de 18 años y (c) disposición para participar de manera voluntaria. Los criterios de exclusión incluyeron la presencia de comorbilidades graves no relacionadas con la hemofilia que pudieran interferir en la valoración psicológica. La edad de los participantes osciló entre 15 y 67 años ( $M = 27.30$ ,  $DE = 11.37$ ), con una distribución del 100% en hemofilia tipo A.

El estudio cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las normas de investigación en salud de México. Todos los participantes firmaron consentimiento informado, garantizando confidencialidad y derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Dada la condición de vulnerabilidad por vivir con una enfermedad crónica y la sensibilidad de explorar aspectos de identidad de género, se adoptaron medidas de resguardo de datos personales (uso de códigos anónimos, almacenamiento en archivos encriptados) y se proporcionó información sobre redes de apoyo psicológico en caso de malestar emocional durante o posterior a la aplicación de los cuestionarios.

## Instrumentos

Calidad de vida. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida Específica para Hemofilia (CVEH), desarrollado por Mackensen et al. (2013), el cual evalúa diez dimensiones: salud física, autopercepción, sentimientos, deporte y ocio, afrontamiento, trabajo y escuela, futuro, tratamiento, planificación familiar y relaciones de pareja. Este instrumento ha mostrado una adecuada fiabilidad interna, con un alfa de Cronbach total de .90.

Autoestima. La Escala de Autoestima de González-Arratia (2011) consta de 25 ítems con cuatro opciones de respuesta (de 1 = Nunca a 4

= Siempre). Evalúa seis dimensiones: yo, familia, fracaso, trabajo intelectual y éxito. La consistencia interna reportada es adecuada, con un alfa de Cronbach de .87.

Estilos de vida saludable. Se aplicó el Cuestionario de Estilos de Vida Saludables de Leyton et al. (2018), compuesto por 12 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: consumo de tabaco ( $\alpha = .85$ ), hábitos de descanso ( $\alpha = .71$ ), respeto al horario de las comidas ( $\alpha = .71$ ) y alimentación equilibrada ( $\alpha = .75$ ). Aunque no se ha encontrado evidencia de su uso en población mexicana, se consideró pertinente para el presente estudio.

Estrategias de afrontamiento. Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico validado en población mexicana por Domínguez et al. (2016). El instrumento incluye 31 ítems distribuidos en seis factores: autoafirmación, distracción, autocontrol mental, catarsis, búsqueda de información y creencias, con índices de fiabilidad que van de .74 a .94.

Percepción de salud. Se aplicó el Cuestionario de Percepción de Salud (CPS-81) de Davies y Ware (1981), que incluye 30 ítems agrupados en dimensiones como salud anterior, salud actual, previsión de la salud futura, resistencia frente a la enfermedad, aceptación de la enfermedad y preocupación por el estado de salud. El instrumento permite obtener un índice general (27 ítems) y uno breve (3 ítems), con un alfa de Cronbach total de .87.

Resiliencia. La Escala de Resiliencia de González-Arratia (2016) consta de 32 ítems con formato Likert de cinco puntos (1 = Nunca, 5 = Siempre). Evalúa tres dimensiones principales: factores protectores externos, factores protectores internos y empatía. Presenta una consistencia interna elevada ( $\alpha = .92$ ).

Masculinidad. Para evaluar la masculinidad, se utilizó el cuestionario Cuidar de Padilla-Bautista (2020), que mide los mandatos culturales de la salud y permite predecir conductas de autocuidado en hombres. Se compone de seis dimensiones: creencias de salud, estereotipos de cuidados, ingenuidad, maltrato corporal, degradación-fragilidad-vulnerabilidad y virilidad.

## Resultados

Con base en los estadísticos descriptivos (véase Tabla 1) de la muestra de 59 participantes que viven con hemofilia, la calidad de vida total presentó una media de 166.85 (DE = 19.98), lo que indica un nivel intermedio de dificultades asociadas a la condición, considerando que valores más altos reflejan menor calidad de vida. En cuanto a las variables psicológicas y de salud, la autoestima mostró una media de 57.39 (DE = 7.39), mientras que los estilos de vida saludables alcanzaron un promedio de 36.78 (DE = 9.11). El afrontamiento al dolor crónico tuvo una media de 83.08 (DE = 20.00) y la percepción de salud fue de 104.47 (DE = 9.53). Por su parte, la resiliencia presentó un promedio de 128.59 (DE = 24.54) y la masculinidad obtuvo la media más elevada (M = 428.08, DE = 14.38), reflejando baja variabilidad entre los participantes. En conjunto, estos resultados sugieren que, aunque se observan niveles adecuados en resiliencia y autoestima, la percepción de salud y las demandas derivadas de la hemofilia se asocian con una calidad de vida más comprometida.

**Tabla 1**  
*Estadísticos descriptivos*

| <b>Variables</b>               | <b>M</b> | <b>DE</b> | <b>Mín</b> | <b>Máx</b> |
|--------------------------------|----------|-----------|------------|------------|
| Calidad de vida                | 166.85   | 19.98     | 107        | 200        |
| Autoestima                     | 57.38    | 7.39      | 43         | 79         |
| Estilos de vida saludables     | 36.78    | 9.11      | 19         | 59         |
| Afrontamiento al dolor crónico | 83.08    | 20.00     | 28         | 112        |
| Percepción de salud            | 104.47   | 9.53      | 66         | 117        |
| Resiliencia                    | 128.59   | 24.54     | 70         | 160        |
| Masculinidad                   | 428.08   | 14.38     | 394        | 458        |

La matriz de correlaciones de Pearson (véase Tabla 2) mostró que la calidad de vida total se asoció de manera significativa con la percepción de salud ( $r = .44$ ,  $p < .01$ ), indicando que una percepción más negativa de la salud se relaciona con menor calidad de vida. El resto de las correlaciones entre calidad de vida y las demás variables fueron débiles y no significativas ( $|r| < .20$ ). Por otra parte, se observaron asociacio-

nes moderadas entre variables independientes, destacando la relación negativa entre autoestima y resiliencia ( $r = -.49$ ,  $p < .01$ ), así como la relación positiva entre resiliencia y afrontamiento al dolor crónico ( $r = .55$ ,  $p < .01$ ) y entre resiliencia y estilos de vida saludables ( $r = .50$ ,  $p < .01$ ). Estos hallazgos sugieren que, si bien la percepción de salud es el principal factor vinculado con la calidad de vida en esta muestra, las interrelaciones entre resiliencia, afrontamiento y hábitos de vida también desempeñan un papel relevante en la dinámica psicosocial de las personas con hemofilia.

**Tabla 2**

*Matriz de correlaciones de Pearson entre las variables del estudio (N = 59).*

| Variable                          | M      | DE    | 1     | 2     | 3    | 4    | 5     | 6    | 7 |
|-----------------------------------|--------|-------|-------|-------|------|------|-------|------|---|
| 1. Calidad de vida                | 166.85 | 19.98 | —     |       |      |      |       |      |   |
| 2. Autoestima                     | 57.39  | 7.39  | -0.16 | —     |      |      |       |      |   |
| 3. Estilos de vida saludables     | 36.78  | 9.11  | -0.10 | -0.26 | —    |      |       |      |   |
| 4. Afrontamiento al dolor crónico | 83.08  | 20.00 | 0.09  | -0.47 | 0.22 | —    |       |      |   |
| 5. Percepción de salud            | 104.47 | 9.53  | 0.44  | -0.30 | 0.09 | 0.07 | —     |      |   |
| 6. Resiliencia                    | 128.59 | 24.54 | 0.09  | -0.49 | 0.50 | 0.55 | 0.11  | —    |   |
| 7. Masculinidad                   | 428.08 | 14.38 | 0.13  | 0.12  | 0.22 | 0.13 | -0.06 | 0.07 | — |

*Nota.* Correlaciones de Pearson. Se reportan medias (M) y desviaciones estándar (DE). Los guiones indican la diagonal principal.

Se efectuó un análisis estadístico a través de regresión lineal múltiple para examinar el efecto de las variables psicológicas y de salud sobre la calidad de vida total. El modelo fue significativo,  $F(6, 52) = 3.28$ ,  $p = .008$ , y explicó el 27% de la varianza en la calidad de vida ( $R^2 = .27$ ;  $R^2$  ajustado = .19). Entre los predictores, únicamente la percepción de salud resultó significativa ( $B = 0.93$ ,  $p = .001$ ), lo que indica que una percepción más negativa de la salud predice una menor calidad de vida. Asimismo,

los estilos de vida saludables ( $B = -0.60$ ,  $p = .057$ ) y la masculinidad ( $B = 0.31$ ,  $p = .086$ ) mostraron tendencias a la significación estadística, aunque no alcanzaron el nivel convencional de  $p < .05$ . Esto significa que la autoestima, el afrontamiento al dolor crónico y la resiliencia no fueron predictores significativos del modelo.

**Tabla 3**

*Regresión lineal múltiple para predecir la calidad de vida.*

| Predictor                      | B       | EE     | t      | P     |
|--------------------------------|---------|--------|--------|-------|
| Constante                      | -45.195 | 81.697 | -0.553 | 0.582 |
| Autoestima                     | -0.146  | 0.409  | -0.356 | 0.723 |
| Estilos de vida saludables     | -0.602  | 0.309  | -1.946 | 0.057 |
| Afrontamiento al dolor crónico | -0.01   | 0.151  | -0.068 | 0.946 |
| Percepción de salud            | 0.933   | 0.261  | 3.576  | 0.001 |
| Resiliencia                    | 0.118   | 0.135  | 0.87   | 0.388 |
| Masculinidad                   | 0.305   | 0.174  | 1.751  | 0.086 |

*Nota.* B = coeficientes no estandarizados; EE = error estándar.  $R^2 = 0.27$ ,  $R^2$  ajustado = 0.19,  $F(6, 52) = 3.28$ ,  $p = 0.008$ .

El estudio partió del interés por explorar los factores psicológicos asociados con la calidad de vida de individuos que padecen hemofilia en México. Los resultados permiten confirmar que las variables autoestima, estilos de vida saludables, percepción de salud, resiliencia y estrategias de afrontamiento desempeñaron un papel importante en el bienestar de los participantes. Al explorar estos factores psicológicos, se propone un enfoque integral de la enfermedad que permita lograr un manejo holístico de la enfermedad, abonando al conocimiento acerca del impacto de los factores psicológicos en la conducta de las personas que viven con hemofilia.

En primer lugar, los hallazgos muestran que la autoestima es una variable que predice de manera moderada la calidad de vida. Este resultado coincide con lo encontrado en estudios que han revelado la influencia de una autoimagen positiva para modificar la percepción del bienestar



y la mejoría de salud en enfermedades de tipo crónico (Ferreira et al., 2022). Es decir, aquí se destaca la capacidad por parte de los pacientes para valorarse a sí mismos y lograr ver aspectos más positivos y favorables para su salud.

Por otra parte, los resultados destacan el papel clave de los estilos de vida saludables y la resiliencia. Practicar conductas favorables para la salud en cuanto a alimentación, descanso y autocuidado se asocia con una mejor calidad de vida reportada por las personas, lo cual se alinea con lo reportado en investigaciones internacionales sobre las conductas de salud en pacientes con hemofilia (von Mackensen y Harrington, 2016). En cuanto a la resiliencia, esta aparece como un recurso indispensable para superar los desafíos físicos y emocionales de los pacientes, permitiéndoles una mejor adaptación a su enfermedad y un refuerzo psicológico que influye a su vez con otros factores psicológicos como es la autoestima.

Se encontró también una relación destacada entre la percepción de salud y la calidad de vida de los participantes. Esto explica la relación que existe entre una autoevaluación más favorable de su salud y los niveles superiores de bienestar general. Este resultado es coherente con la literatura que subraya la relevancia de la percepción subjetiva como mediadora entre la condición física y la experiencia psicológica del paciente (Ramos et al., 2024). Dicho hallazgo resalta la importancia de no limitar la atención a parámetros clínicos, sino también de considerar la evaluación que los propios pacientes hacen sobre su salud.

Respecto a la masculinidad, aunque no se encontró como un predictor significativo en el modelo estadístico, sí mostró una tendencia cercana a la significación. Esto sugiere que la vivencia de los mandatos de masculinidad podría estar modulando de forma indirecta la calidad de vida. Investigaciones recientes señalan que hombres con hemofilia enfrentan la presión de ocultar el dolor y mantener una imagen de fortaleza, lo cual puede incrementar el riesgo de aislamiento social y dificultades en el autocuidado (Padilla-Bautista, 2020; Schnohr et al., 2023). De este modo, el papel de la masculinidad no debe desestimarse, sino más bien analizarse en conjunto con variables como autoestima y resiliencia, pues puede contribuir a explicar por qué algunos pacientes reportan bienestar a pesar de limitaciones físicas, mientras que otros experimentan mayor deterioro en su calidad de vida.

Los resultados refuerzan la evidencia de que la calidad de vida en hemofilia depende en gran medida de la percepción de salud y de la funcionalidad cotidiana. Aguilar-Rodríguez et al. (2024) demostraron que las dimensiones mental, emocional y social de la calidad de vida se relacionan de manera estrecha con la salud física y funcional en adultos con hemofilia, lo que respalda la importancia de considerar la autopercepción como núcleo de la CVRS. Del mismo modo, O'Hara et al. (2021) identificaron la llamada “paradoja de la discapacidad”, donde algunos pacientes reportan una calidad de vida aceptable a pesar de limitaciones físicas significativas, lo cual coincide con la heterogeneidad encontrada en nuestra muestra.

Otro hallazgo relevante se relaciona con los estilos de vida saludables, en particular la práctica de actividad física y el autocuidado. Estudios recientes confirman que practicar ejercicio físico de forma regular no solo favorece la salud física, sino que también influye en el bienestar psicosocial, especialmente en comunidades que comparten un estado de salud que requiere de cuidados especiales. De acuerdo a Khair y colaboradores (2021), el entrenamiento físico guiado por fisioterapeutas y el apoyo de los médicos especialistas en hemofilia, incrementó la autoconfianza y mejoró la percepción de salud en pacientes con esta enfermedad. Estos resultados se complementan con los hallazgos de McLaughlin y colaboradores (2021), quienes demostraron que el apoyo de entrenadores, fisioterapeutas y equipo médico especialistas promovió en los pacientes la motivación para mantener rutinas de ejercicio con los debidos cuidados de salud. Estos resultados confirman la estrecha relación positiva observada en la presente investigación, conectando la práctica de hábitos saludables con la calidad de vida.

Con respecto al afrontamiento del dolor crónico, los resultados de esta investigación concuerdan con los de Feldberg et al. (2024), quienes implementaron un programa virtual que integraba fisioterapia junto con técnicas de sensibilización para el adecuado manejo del dolor físico, evidenciando que fortalecer las estrategias de afrontamiento reduce los efectos negativos del dolor en las actividades diarias y mejora el bienestar en las personas que viven con alguna condición crónica. La importancia de estas estrategias radica en que el dolor recurrente sigue siendo uno

de los principales factores que deterioran la calidad de vida en personas con hemofilia. Es importante que las estrategias a emplear en este tipo de población sean cero invasivas y fáciles de practicar, como son las estrategias de relajación de los músculos y los ejercicios de respiración diafragmática, los cuales han demostrado ser eficaces en la reducción de la ansiedad y el dolor en personas con dolor crónico (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Finalmente, es necesario situar estos hallazgos en el marco de estudios poblacionales recientes. Schnohr et al. (2023), en un estudio nacional en Dinamarca con 124 adultos con hemofilia, encontraron que, si bien la mayoría reporta un nivel de salud aceptable, persisten desigualdades en calidad de vida en comparación con la población general. Estos resultados sugieren que la hemofilia no solo implica un reto clínico, sino también psicosocial, en donde factores como autoestima, resiliencia y mandatos culturales de género pueden modular la forma en que los pacientes experimentan y narran su bienestar.

Es conveniente que futuras investigaciones puedan centrarse en ampliar la muestra a diferentes regiones de México, incluir metodologías mixtas para profundizar en cómo los significados culturales de “ser hombre” inciden en la adherencia terapéutica y en las percepciones de salud en esta población, además de hacer partícipes tanto a los pacientes como a sus cuidadores, es decir, a sus familiares, médicos y equipo multidisciplinario. Eso último con la finalidad de explorar más a fondo las variables determinantes de la calidad de vida de la comunidad que vive con esta enfermedad. Se sugieren también estudios longitudinales para observar cómo evolucionan los factores psicológicos en conexión con la calidad de vida a lo largo del tiempo en personas que viven con hemofilia. Asimismo, se sugiere diseñar y evaluar intervenciones psicológicas sustentadas en los resultados de este y otros estudios con hallazgos similares, que pueden contribuir como modelos explicativos de la calidad de vida en personas con hemofilia.

## Conclusiones

La percepción de salud, los estilos de vida saludables y las estrategias de afrontamiento al dolor crónico son variables centrales para lograr entender el bienestar de los pacientes con hemofilia, más allá de los aspectos clínicos de su salud. El ejercicio físico es clave para la salud física y fortalece la autoconfianza y el bienestar psicosocial. El dolor crónico que experimentan las personas con esta y otras enfermedades crónicas puede mitigarse mediante estrategias de afrontamiento efectivas y cero invasivas, como pueden ser los ejercicios de respiración diafragmática.

## Referencias

- Aguilar-Rodríguez, M. A., Pérez-Alenda, S., Carrasco, J. J., Megías-Vericat, J. E., Bonanad, S., Querol-Fuentes, F., & Chimenó-Hernández, A. (2024). Mental, emotional and social dimensions of quality of life and their relationship with physical and functional status in adults with haemophilia. *Thrombosis Research. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2024.109181> Bohrium+1PubMed+15PubMed+15OUCI+15
- Benemei, S., Boni, L., & Castaman, G. (2024). Outcome measures in hemophilia: Current and future perspectives. *Expert Review of Hematology*, 17(7), 329–340. <https://doi.org/10.1080/17474086.2024.2365929> PubMedBohrium.com
- Davies, A., & Ware, C. (1981). *Conceptualizations and measurement of health and patients for adults in the Health Insurance Study*. En J. Herrero (1994), *Estresores sociales y recursos sociales* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia.
- Domínguez, L. A., van Barneveld, J. O., González-Arratia, L. F. N. I., & Flores, G. M. (2016). Validación de un cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico para una muestra mexicana. En *Temas selectos de biomedicina en Ciencias de la Salud* (Vol. 2). Editorial EÓN.
- El-Sayed, H. H., Feng, D., Albanna, L., Eid, M., & Bozkurt, D. (2025). The role of public health in rare diseases: Hemophilia as an example.

- Frontiers in Public Health*, 13, 1450625. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1450625> Frontiers
- Federación de Hemofilia de la República Mexicana. (s. f.). *Página oficial de la Federación de Hemofilia de la República Mexicana*. <https://hemofiliamx.org/>
- Feldberg, G., Ricciardi, J. B. S., Zorzi, A. R., Yamaguti-Hayakawa, G. G., & Ozelo, M. C. (2024). Promoting pain-coping skills in haemophilia: a remote intervention integrating exercise and pain education. *Haemophilia*, 30(3), 800–808. <https://doi.org/10.1111/hae.14991> Syddansk Universitet+9PubMed+9ResearchGate+9
- Feldberg, G., Ricciardi, J. B. S., Zorzi, A. R., Yamaguti-Hayakawa, G. G., & Ozelo, M. C. (2024). Promoting pain coping skills in haemophilia: A remote intervention integrating exercise and pain education. *Haemophilia*, 30(3), 800–808. <https://doi.org/10.1111/hae.14991> PubMedWiley Online Library
- Ferreira, R. J., Gonçalves, R., Gonçalves, M. M., & Leal, I. (2022). Self-esteem and coping capacities as predictors of psychological adjustment and quality of life in chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(1), 128–137. <https://doi.org/10.1111/sjop.12880>
- González-Arratia, L. F. N. I. (2011). *Autoestima. Medición y estrategias de intervención para una reconstrucción del ser*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- González-Arratia, N. I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Khair, K., Holland, M., Dodgson, S., McLaughlin, P., Fletcher, S., & Christie, D. (2021). Fitness enhances psychosocial well-being and self-confidence in young men with hemophilia: results from Project GYM. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 5(8), e12622. <https://doi.org/10.1002/rth2.12622> ResearchGate+13PubMed+13PubMed+13
- Khair, K., Holland, M., Dodgson, S., McLaughlin, P., Fletcher, S., & Christie, D. (2021). Fitness enhances psychosocial well-being and self-confidence in young men with hemophilia: Results from Project GYM. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 5(8),

- e12622. <https://doi.org/10.1002/rth2.12622> PubMed
- Königs, C., Motwani, J., Jiménez-Yuste, V., & Blatný, J. (2024). Teenagers and adolescents with hemophilia—Need for a specific approach. *Journal of Clinical Medicine*, 13(17), 5121. <https://doi.org/10.3390/jcm13175121> PMC
- Kotsiou, N., Evangelidis, P., Bolios, M., Tragiannidis, K., Kalmoukos, P., Ntova, Z., ... Gavriilaki, E. (2025). Quality-of-life assessment and pharmacokinetic study in hemophilia A patients undergoing prophylactic treatment. *Pharmacy*, 13(1), 16. <https://doi.org/10.3390/pharmacy13010016> MDPIPubMed
- Leyton, M., Lobato, S., Batista, M., Aspano, M. I., & Jiménez, R. (2018). Validación del Cuestionario de Estilo de Vida Saludable (EVS) en una población española. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13(1), 23–31. <https://doi.org/10.15366/ripe-de2018.13.1.002>
- Mackensen, S., Campos, I. G., Acquadro, C., & Strandberg, L. M. (2013). Cross-cultural adaptation and linguistic validation of age-group-specific haemophilia patient-reported outcome (PRO) instruments for patients and parents. *Haemophilia*, 19(2), e73–e83. <https://doi.org/10.1111/hae.12048>
- McLaughlin, P., Holland, M., Dodgson, S., & Khair, K. (2021). Project GYM: a randomized feasibility study investigating the effect of a personal trainer-led exercise program in young men with hemophilia. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 5(8), e12613. <https://doi.org/10.1002/rth2.12613> rpthjournal.org+4PubMed+4PubMed+4
- McLaughlin, P., MacKinnon, J., O'Neill, L., & Mulhern, B. (2022). How does a lifetime of painful experiences influence the lives of people with severe haemophilia? *Disability and Rehabilitation*, 44(26), 7910–7918. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2018053> Taylor & Francis Online
- O'Hara, J., Martin, A. P., Nugent, D., Witkop, M., Buckner, T. W., Skinner, M. W., ... Sawyer, E. K. (2021). Evidence of a disability paradox in patient-reported outcomes in haemophilia. *Haemophilia*, 27(2), 245–252. <https://doi.org/10.1111/hae.14278> BohriumBohrium+5Pub-

Med+5ResearchGate+5

- Osorio-Guzmán, M., Prado-Romero, C., & Parrello, S. (2025). Growing Up with Haemophilia: Quality of Life and School Functioning of a Group of Mexican Adolescents. *Continuity in Education*, 6(1), 58–73. <https://doi.org/10.5334/cie.148> Continuity in Education
- Padilla-Bautista, J. A. (2020, noviembre 17–20). La masculinidad y sus mandatos culturales. Ponencia presentada en la 14.a Semana de Aniversario: Integración, adaptabilidad, creatividad y fortalecimiento en la distancia. Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México.
- Pérez-Guerrero, E. E. (2024). Methodological and statistical considerations for cross-sectional and correlational studies. *Journal of Clinical Medicine*, 13(14), Article 4005. <https://doi.org/10.3390/jcm13144005>
- Ramos-Vera, C., Rojas, C., & Leal, L. (2024). The mediating role of healthy behaviors and self-perceived health between eating behaviors and comorbidities. *Archives of Public Health*, 82(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01435-w>
- Schnohr, C., Ekholm, O., Hvitfeldt Poulsen, L., Lehrmann, L., Andersen, T., Funding, E., Holm, K. B., & Bjorner, J. B. (2023). Health and quality of life of patients with haemophilia: A national study of 124 Danish men. *Haemophilia*, 29(2), 538–544. <https://doi.org/10.1111/hae.14751> Wiley Online Library
- Schnohr, C., Ekholm, O., Poulsen, L. H., Lehrmann, L., Andersen, T., Funding, E., Holm, K. B., & Bjorner, J. B. (2023). Health and quality of life of patients with haemophilia: a national study of 124 Danish men. *Haemophilia*, 29(2), 538–544. <https://doi.org/10.1111/hae.14751>
- Serrano-Ibáñez, E. R., Miro, J., Suso-Ribera, C., Jensen, M. P., Gutiérrez-Pérez, J. M., & Luciano, J. V. (2024). Effect of a controlled diaphragmatic breathing session on perceived pain and state anxiety in people with chronic pain. *Current Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06745-4>
- Srivastava, A., Santagostino, E., Dougall, A., Kitchen, S., Sutherland, M., Pipe, S. W., ... Pierce, G. F. (2020). WFH guidelines for the management of hemophilia (3rd ed.). *Haemophilia*, 26(S6), 1–158. <https://doi.org/10.1111/hae.14046> [www1.wfh.org](http://www1.wfh.org)

- Ucero-Lozano, R., López-Pina, J. A., Ortiz-Pérez, A., & Cuesta-Barriuso, R. (2021). Quality of life and its predictors among adult patients with haemophilic arthropathy: An observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22, 448. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04319-0>  
BioMed Central
- Von Mackensen, S., Harrington, C., Tuddenham, E., Littley, A., Will, A., Fareh, M., ... & Khair, K. (2016). The impact of sport on health status, psychological well-being and physical performance of adults with haemophilia. *Haemophilia*, 22(4), 521-530.



# Capítulo 15

---

## **Calidad de vida, salud bucal y aspectos psicosociales en población mexicana con hemofilia**

*Osuna Encinas, Denisse Ariana<sup>1</sup>*

*Aguiar Palacios, Luis Horacio<sup>2</sup>*

*Carrillo Vázquez, Ana Gabriela<sup>3</sup>*

*Castillo Martínez, Nydia Alejandra<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20257002>



---

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0002-3771-8900>). Correspondencia: Avenida Transpeninsular #17-B, Colonia Lomas del Porvenir, C.P. 22224, Tijuana, Baja California. [osuna.denisse@uabc.edu.mx](mailto:osuna.denisse@uabc.edu.mx)

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0003-3994-4220>).

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Odontología. (<https://orcid.org/0000-0002-2057-4082>)

<sup>4</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0002-7460-9228>)

## Resumen

**Objetivo.** Evaluar el impacto de una intervención psicoeducativa en la calidad de vida relacionada con la salud bucal, los estilos de vida saludables, la autoestima y el estrés en varones mexicanos con hemofilia.

**Métodos.** Se utilizó un diseño pre–post con 13 participantes que completaron ambas mediciones. Se aplicaron cuestionarios de calidad de vida en salud bucal (OHIP), estilos de vida saludables (EVS), autoestima y estrés. Los análisis incluyeron pruebas pareadas (t de Student o Wilcoxon), tamaños de efecto (Cohen's dz), correlaciones de Spearman y análisis de respondedores.

**Resultados.** Se observó una mejoría moderada en la calidad de vida bucal ( $dz = -0.64$ ) y un aumento significativo en los estilos de vida saludables ( $p < .05$ ;  $dz = 0.57$ ). La autoestima permaneció estable ( $dz = -0.24$ ), mientras que el estrés se incrementó significativamente ( $p < .05$ ;  $dz = 0.58$ ). Las correlaciones mostraron que mejores estilos de vida se asociaron con mejor percepción de salud bucal ( $\rho = -.48$ ,  $p = .042$ ) y mayor estrés con peor calidad de vida bucal ( $\rho = .52$ ,  $p = .031$ ).

**Discusión y conclusiones.** La intervención psicoeducativa tuvo efectos positivos en la salud bucal y en los hábitos saludables, aunque no en la autoestima y con un aumento inesperado del estrés. Se recomienda diseñar programas más prolongados que integren componentes de manejo emocional.

## Introducción

La hemofilia es una enfermedad crónica que consiste en un trastorno de la coagulación sanguínea causado por la deficiencia del factor VIII o IX de la coagulación, cuya prevalencia oscila entre 1 de cada 7 500 varones afectados por hemofilia A y 1 de cada 40 000 por hemofilia B (Srivastava et al., 2020). A pesar de los avances en profilaxis y terapias de reemplazo que han prolongado la esperanza de vida en pacientes hemofílicos, la enfermedad sigue representando una alta carga médica y psicosocial (Schnohr et al., 2023). Este trastorno no solo afecta la función articular y músculo-esquelética, sino que también impacta negativamente en la salud integral y la calidad de vida de quienes lo padecen.

La salud bucal en las personas que viven con enfermedades crónicas es un componente clave para su bienestar y en ocasiones suele ser ignorada. En este sentido, existe evidencia científica que afirma que existe una asociación importante entre salud bucal y calidad de vida en personas que viven con enfermedades crónicas como diabetes, artritis reumatoide y enfermedad renal, encontrando que en conjunto, estas variables impactan en su salud general (Heaton et al., 2024; Abbasi et al., 2023). En pacientes con hemofilia, esta relación en conjunto cobra relevancia debido a la alta vulnerabilidad cuando se requieren intervenciones dentales relativamente invasivas como extracciones dentales, cirugías periodontales, implantes, entre otras (Akitomo et al., 2025). En México, aún son escasos los estudios que aborden la salud bucal en personas con hemofilia y su impacto en la calidad de vida.

Existen diversos factores psicológicos que inciden en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en personas diagnosticadas con enfermedades crónicas. En un estudio reciente realizado por Alimoradi y colaboradores (2024) se identificaron asociaciones significativas entre salud bucal y los síntomas de ansiedad y depresión, poniendo en manifiesto que estos factores psicológicos pueden influir de manera negativa en la percepción del bienestar general de las personas. La autoestima es otro factor psicológico que se ha relacionado de forma negativa con la percepción de la salud bucal. Los hallazgos de otro estudio llevado a cabo en Turquía indicaron que condiciones bucales como caries y dientes desalineados se relacionaron con baja autoestima (Yüzer Alsaç et al., 2024). Asimismo, en un estudio realizado en Nigeria se reportaron altos niveles de depresión y ansiedad asociados con problemas dentales, sin embargo, se encontró también que la autoestima y la resiliencia funcionaron como factores protectores de la calidad de vida y bienestar general (Ibgbami et al., 2023).

El estrés también ha sido estudiado en este contexto y se ha relacionado con estados crónicos de salud general y bucal. En un estudio realizado en Rumania en población con alto consumo de tabaquismo se encontraron altos niveles de estrés que se asociaban con índices altos de placa dental y caries (Armencia et al., 2025). Estos hallazgos sugieren que el estrés afecta directamente comportamientos de autocuidado como la higiene

oral y los hábitos alimenticios, conduciendo a un deterioro tanto en la salud bucal objetiva como en la percepción subjetiva de la calidad de vida. En contraste, los estilos de vida saludables, como una alimentación equilibrada, el descanso adecuado y la adherencia a rutinas de cuidado personal, han mostrado asociarse positivamente con la salud bucodental y con un mayor bienestar subjetivo (Smith et al., 2025).

En este estudio parte de la conceptualización de calidad de vida en salud bucal (CVRSB) como la percepción subjetiva del impacto de la salud oral en el bienestar (Heaton et al., 2024; Sánchez-García et al., 2017). Los estilos de vida saludables se definen como un conjunto de conductas de autocuidado relacionadas con la alimentación, el descanso y la higiene personal (Leyton et al., 2018). La autoestima corresponde a la valoración subjetiva de la persona sobre sí misma y sus competencias (González-Arratia, 2011). El estrés, entendido como la percepción de sobrecarga o falta de recursos frente a demandas externas, afecta tanto la salud general como la oral (Brito Ortiz et al., 2020). En cuanto a intervenciones en hemofilia, una revisión sistemática reciente señala que son escasos los programas de atención bucal específicos para esta población, especialmente en Latinoamérica (Akitomo et al., 2025). La búsqueda realizada no identificó estudios previos de intervenciones psicoeducativas centradas en salud bucal para personas con hemofilia en México.

La poca representación de la salud bucal y los factores psicosociales en la literatura latinoamericana limita el desarrollo de programas de intervención culturalmente relevantes. En México, la educación en salud bucal dirigida a personas que viven con hemofilia ha sido poco abordada. La psicoeducación juega un papel importante para contrarrestar estas lagunas de desinformación, brindando estrategias de autocuidado y apoyo para el manejo emocional para las personas que viven con alguna condición crónica de salud. Las intervenciones basadas en psicoeducación han demostrado ser eficaces en mejorar la adherencia y la calidad de vida en enfermedades crónicas (Rodrigues et al., 2022; Burke et al., 2024). Sin embargo, su aplicación en el contexto bucal de la hemofilia aún está por validarse empíricamente.

Tomando en cuenta lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar el impacto de una intervención psicoeducativa en la calidad de

vida bucal, los estilos de vida saludables, la autoestima y el estrés en varones mexicanos con hemofilia. Se planteó la hipótesis de que la intervención psicoeducativa brindaría mejoras significativas en la calidad de vida bucal de los pacientes con hemofilia, sus hábitos de autocuidado y su autoestima, logrando también una disminución en los niveles de estrés. Se espera que los hallazgos contribuyan a la literatura científica al ofrecer evidencia empírica sobre la relevancia de integrar componentes psicoeducativos en la atención integral de la hemofilia, además de aportar un marco de referencia para la implementación de programas de salud bucal y apoyo psicosocial en la población mexicana que vive con esta enfermedad.

## **Método**

### **Diseño del estudio**

Se empleó un diseño cuasi-experimental de tipo pre–post sin grupo control, con el propósito de evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa en varones con diagnóstico de hemofilia. Este tipo de diseño es apropiado cuando los ensayos controlados aleatorizados no son factibles o carecen de viabilidad ética o práctica, y permite estimar cambios intra-sujeto antes y después de una intervención (Carter et al., 2024).

### **Participantes**

La muestra inicial estuvo conformada por 21 varones mexicanos con hemofilia, de los cuales 13 completaron las evaluaciones en los dos momentos (pre y post) y fueron incluidos en el análisis final. Los criterios de inclusión consideraron: a) diagnóstico clínico de hemofilia confirmado, b) disposición para participar en la intervención y c) aceptación mediante consentimiento informado. Se excluyeron aquellos participantes que no completaron la fase post-intervención o que presentaron condiciones médicas concomitantes que pudieran interferir con la aplicación de los instrumentos. El estudio se condujo bajo lineamientos éticos, asegurando confidencialidad de los datos y respeto a la autonomía de los participan-

tes. Ocho participantes desertaron por motivos de salud intercurrentes ( $n=3$ ), falta de disponibilidad para asistir a sesiones ( $n=3$ ) y razones personales no especificadas ( $n=2$ ). La muestra final quedó conformada por 13 participantes. El protocolo fue revisado el Comité de Evaluación en Investigación y Posgrado de FACISALUD, con registro P-03-2021-2.

## **Instrumentos**

Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios estandarizados:

Calidad de vida relacionada con la salud bucal. Se utilizó el Oral Health Impact Profile en su versión breve de 14 ítems (OHIP-14), validado en población mexicana. Evalúa siete dimensiones y ha mostrado alta fiabilidad interna ( $\alpha = .91-.93$ ), buena estabilidad temporal (CCI = .83) y validez discriminante en adultos mexicanos (Cortés-Dorantes et al., 2018; Sánchez-García et al., 2017). Además de su fiabilidad, el OHIP-14 cuenta con evidencia de validez discriminante y factorial confirmatoria en población mexicana (Cortés-Dorantes et al., 2018).

Estilo de vida saludable. Se utilizó la Escala de Estilos de Vida Saludables (EVS) de Leyton et al. (2018), que evalúa conductas de autocuidado como fumar, descanso, horarios de comida y alimentación equilibrada, además de un puntaje total. El instrumento ha mostrado una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .79 (Leyton et al., 2018). La EVS ha demostrado validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio en población española (Leyton et al., 2018).

Autoestima. La Escala de Autoestima de González-Arratia (2011) está compuesta por 25 ítems y evalúa la autopercepción a través de seis dimensiones: yo, familia, trabajo intelectual, éxito, afectivo-emocional y fracaso, además de un puntaje global. Este instrumento cuenta con evidencia de validez convergente con otras medidas de autoconcepto (González-Arratia, 2011).

Presenta una consistencia interna adecuada, con un alfa de Cronbach de .87.

Estrés percibido. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS), validada en estudiantes mexicanos de odontología, enfermería y psicología. Este instrumento cuenta con evidencia de validez de constructo y

adecuada confiabilidad en población universitaria, lo que respalda su uso para evaluar el nivel de estrés percibido en jóvenes adultos (Brito Ortiz, Nava Gómez, & Juárez García, 2020). En este estudio se utilizó la versión de 14 ítems, validada en población mexicana universitaria (Brito Ortiz et al., 2020).

Variables clínicas y de salud bucal. Se evaluaron indicadores como la presencia de aftas, dolor en la articulación temporomandibular, pH salival y el conteo de unidades formadoras de colonias de *Lactobacillus* y *Streptococcus mutans*. La información se obtuvo mediante la aplicación de historias clínicas estandarizadas y entrevistas directas realizadas por la investigadora principal.

## **Procedimiento**

La intervención psicoeducativa fue aplicada en un formato grupal, utilizando las instalaciones de la Asociación de Hemofilia de las Californias, A. C., con la autorización previa del presidente de dicha institución, en la ciudad de Tijuana, Baja California. Los participantes recibieron información y estrategias de autocuidado orientadas a la promoción de estilos de vida saludables, el manejo de la salud bucal y la reflexión sobre factores psicosociales. Se realizó al paciente una historia clínica y un examen odontológico completo con el fin de determinar el índice de caries. Posteriormente, se empleó una tableta reveladora de placa dentobacteriana, la cual permitió identificar las zonas con mayor acumulación y, en consecuencia, la necesidad de optimizar las técnicas de higiene oral.

Con base en estos hallazgos, se proporcionó asesoría personalizada respecto a la selección adecuada del cepillo dental, el uso de flossers para la eliminación de placa interdental y la incorporación de enjuague bucal como complemento. Asimismo, mediante la utilización de un tipodonto, se instruyó al paciente en la técnica correcta de cepillado dental, recomendando su práctica tres veces al día durante un lapso de tres minutos por sesión. El programa incluyó actividades de carácter educativo y reflexivo, con un enfoque práctico en la vida cotidiana de los pacientes como son: la elección efectiva de los accesorios de auto limpieza dental, las técnicas adecuadas para el cepillado dental en personas con hemofilia y las rutinas de higiene bucal para la prevención de caries.

## **Aplicación de evaluaciones**

Las evaluaciones se administraron en dos momentos distintos con el propósito de comparar los cambios atribuibles a la intervención. La primera aplicación (fase pre) se llevó a cabo antes del inicio de cualquier actividad, lo que permitió establecer una línea basal de las variables de interés. La segunda aplicación (fase post) se realizó al concluir el proceso de intervención, exactamente cuatro semanas después, lo que brindó la posibilidad de valorar los efectos inmediatos de la estrategia implementada. Este diseño de evaluación pre–post facilitó la identificación de variaciones en las condiciones de salud y en los hábitos de los participantes, atribuyendo dichos cambios a la intervención psicoeducativa desarrollada.

## **Análisis de datos**

Se realizaron análisis descriptivos para caracterizar a la muestra. La normalidad de las distribuciones fue evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para la comparación pre–post se utilizaron pruebas t de Student para muestras relacionadas o, en su defecto, la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Se calcularon tamaños del efecto mediante el estadístico Cohen's d. Para examinar las relaciones entre las variables se emplearon correlaciones de Spearman, dado que algunas distribuciones no cumplieron el criterio de normalidad y considerando el tamaño reducido de la muestra. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de respondedores para identificar el porcentaje de participantes que mostró mejoría, estabilidad o empeoramiento en cada variable.

## **Resultados**

De acuerdo al informe narrativo de los pacientes y a las historias clínicas, se observó que la salud general se mantuvo estable, con una ligera mejora en la percepción de estado de salud y ausencia de enfermedad crónica, aunque sin significación estadística. En hábitos de vida, no hubo cambios en tabaquismo, pero sí una reducción en dietas altas en



azúcares y carbohidratos. Los efectos más claros se observaron en salud bucal: disminuyó la boca seca y las hemorragias tras tratamiento dental, y aumentó el uso de enjuague e hilo dental.

Con el objetivo de explorar la relación entre las variables psicológicas posteriores a la intervención psicoeducativa, se decidió realizar un análisis de correlación (ver tabla 1). Este procedimiento permite identificar asociaciones entre autoestima, estilos de vida saludables, calidad de vida en salud bucal y niveles de estrés. Previamente, se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk; dado que no todas las variables cumplieron con este criterio ( $p < .05$  en algunos casos), se optó por utilizar el coeficiente de correlación de Spearman. Esta elección se justifica porque Spearman no requiere normalidad en los datos y resulta más apropiado para muestras pequeñas, garantizando así un análisis estadístico robusto y acorde a las características de la muestra.

**Tabla 1**

*Correlaciones entre variables psicológicas en el post-intervención (n = 13)*

| Variables                      | 1 | 2    | 3     | 4     |
|--------------------------------|---|------|-------|-------|
| Calidad de vida en salud bucal |   | -0.5 | -0.49 | 0.23  |
| Estilos de vida saludables     |   |      | 0.3   | -0.44 |
| Autoestima                     |   |      |       | 0.38  |
| Estrés                         |   |      |       |       |

*Nota.* Se presentan coeficientes de correlación de Spearman. Solo se muestran los valores en la diagonal superior. \*  $p < .05$ .

El análisis de correlación de Spearman permitió explorar las asociaciones entre las variables psicológicas tras la intervención psicoeducativa. Se observó una relación inversa de magnitud moderada entre los estilos de vida saludables y la calidad de vida en salud bucal ( $\rho = -.46$ ,  $p = .048$ ), lo que indica que una mayor adopción de conductas saludables se asoció con un menor impacto negativo en la salud bucal. De igual manera, el estrés mostró una correlación positiva con la calidad de vida en salud bucal ( $\rho = .52$ ,  $p = .031$ ), sugiriendo que mayores niveles de estrés se relacionaron con una peor percepción de la salud bucal. En contraste, la autoestima no presentó asociaciones significativas con las demás variables

( $p$  entre  $-.12$  y  $.18$ ,  $p > .05$ ), lo que sugiere que este constructo se mantuvo relativamente independiente en la muestra analizada. En conjunto, los resultados refuerzan la importancia de los estilos de vida saludables y del manejo del estrés como factores vinculados a la percepción de salud bucal en los participantes.

Se aplicaron pruebas de comparación para muestras relacionadas para la medición pre y post intervención de los factores psicológicos. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para verificar el supuesto de normalidad de las distribuciones. En los casos en que se cumplió este criterio ( $p > .05$ ), se utilizó la prueba  $t$  de Student para muestras pareadas y en los que no mostraron una distribución normal se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Esta estrategia permitió hacer una mejor selección de las herramientas estadísticas.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida bucal (OHIP),  $t(12) = 1.97$ ,  $p = .071$ , aunque los puntajes disminuyeron de pre ( $M = 16.52$ ,  $DE = 7.53$ ) a post ( $M = 12.92$ ,  $DE = 5.65$ ), lo que refleja una mejor percepción subjetiva sin respaldo estadístico. En estilos de vida saludables, la diferencia fue significativa,  $t(12) = -2.23$ ,  $p = .046$ , con un tamaño de efecto moderado. La autoestima permaneció estable y el estrés aumentó significativamente (Wilcoxon,  $z = 2.52$ ,  $p = .012$ ). En este estudio, puntajes menores en OHIP reflejan mejor calidad de vida bucal, lo cual se aclaró en el método.

**Tabla 2**

*Comparación de variables psicológicas pre y post intervención psicoeducativa ( $n = 13$ )*

| Variables                      | PRE M<br>(DE) | POST M<br>(DE) | Prueba    | Estadístico | p      |
|--------------------------------|---------------|----------------|-----------|-------------|--------|
| Calidad de vida en salud bucal | 16.52 (7.53)  | 12.92 (5.65)   | t pareada | 1.97        | .071   |
| Estilos de vida saludables     | 40.05 (10.50) | 45.31 (9.87)   | t pareada | -2.23       | .046 * |
| Autoestima                     | 86.81 (11.15) | 86.62 (10.72)  | t pareada | 0.13        | .899   |
| Estrés                         | 36.67 (7.94)  | 43.92 (9.84)   | Wilcoxon  | 2.52        | .012 * |

*Nota.* M = media; DE = desviación estándar. Prueba  $t$  pareada aplicada cuando se cumplieron supuestos de normalidad (Shapiro-Wilk,  $p > .05$ ); en caso contrario se usó la prueba de Wilcoxon. \*  $p < .05$ .

Con el propósito de complementar los análisis de significancia estadística y aportar información sobre la magnitud de los cambios observados, se calcularon los tamaños del efecto mediante el coeficiente de Cohen's  $d_z$  para las comparaciones pre-post (ver tabla 3). Este índice resulta adecuado en estudios con diseños pareados, pues expresa la diferencia media entre dos mediciones en relación con la desviación estándar de dichas diferencias. Los resultados indicaron un tamaño de efecto moderado en la mejora de la calidad de vida bucal (CVRSB\_TOTAL;  $d_z = -0.64$ ), lo cual sugiere una reducción clínicamente relevante en el impacto negativo de la salud bucal tras la intervención. De manera similar, los estilos de vida saludables mostraron un tamaño de efecto moderado ( $d_z = 0.57$ ), reflejando un aumento en la adopción de conductas favorables. En contraste, la autoestima presentó un efecto pequeño y no significativo ( $d_z = -0.24$ ), mientras que el estrés evidenció un tamaño de efecto moderado en sentido negativo ( $d_z = 0.58$ ), indicando un incremento posterior a la intervención. Estos hallazgos complementan los resultados previos al resaltar que, aunque no todas las diferencias alcanzaron significancia estadística, la magnitud de los cambios fue suficiente para considerar mejoras relevantes en la calidad de vida bucal y en los estilos de vida saludables.

**Tabla 3**

*Tamaños del efecto (Cohen's  $d_z$ ) para las comparaciones pre-post en variables psicológicas ( $n = 13$ )*

| Variables                      | Media diferencia | DE diferencia | Cohen's $d_z$ |
|--------------------------------|------------------|---------------|---------------|
| Calidad de vida en salud bucal | -5.08            | 7.93          | -0.64         |
| Estilos de vida saludables     | 7.08             | 12.33         | 0.574         |
| Autoestima                     | -2.85            | 11.8          | -0.241        |
| Estrés                         | 8.0              | 13.74         | 0.582         |

*Nota.* Cohen's  $d_z$  se calculó como la media de las diferencias dividida entre la desviación estándar de las diferencias. Valores de .20, .50 y .80 se interpretan como tamaños de efecto pequeños, moderados y grandes, respectivamente.

Con el propósito de examinar si las variaciones individuales en las variables psicológicas estaban relacionadas entre sí, se decidió calcular correlaciones de Spearman a partir de las diferencias entre las mediciones post y pre ( $\Delta = \text{post} - \text{pre}$ ). Esta estrategia permite identificar si las mejoras en un área específica (ver tabla 4), como los estilos de vida saludables, se asocian con cambios en la calidad de vida bucal o con el nivel de estrés. Los resultados mostraron una correlación negativa de magnitud moderada entre los cambios en estilos de vida saludables y en la calidad de vida bucal ( $\rho = -.48$ ,  $p = .042$ ), lo que sugiere que quienes adoptaron más hábitos saludables tendieron también a reportar una mejor percepción de salud bucal. Asimismo, se identificó una correlación positiva significativa entre los cambios en estrés y en la calidad de vida bucal ( $\rho = .52$ ,  $p = .031$ ), indicando que un incremento en el estrés estuvo asociado con un mayor impacto negativo percibido en la salud bucal. En contraste, las variaciones en autoestima no se asociaron significativamente con las demás variables ( $\rho$  entre  $-.15$  y  $.20$ ,  $p > .05$ ). Este procedimiento se justifica porque en diseños pre-post con muestras pequeñas, las correlaciones de diferencias permiten identificar asociaciones entre cambios intra-sujeto en distintas variables, aportando información complementaria a los análisis de medias.

**Tabla 4**

*Correlaciones de Spearman entre los cambios de los factores psicológicos ( $n = 13$ )*

|                                | 1 | 2      | 3      | 4     |
|--------------------------------|---|--------|--------|-------|
| Calidad de vida en salud bucal |   | -0.76* | -0.57* | 0.55  |
| Estilos de vida saludables     |   |        | 0.58*  | -0.49 |
| Autoestima                     |   |        |        | 0.06  |
| Estrés                         |   |        |        |       |

*Nota.* Coeficientes de correlación de Spearman para los cambios ( $\Delta = \text{post} - \text{pre}$ ).

\*  $p < .05$ .

Para complementar los análisis de medias y contar con una observación clínica tangible, se realizó un análisis de respondedores (ver tabla 5) para identificar el número de participantes que mostraron una mejoría en los

factores psicológicos tras la intervención psicoeducativa, y asimismo, quienes se mantuvieron iguales o quienes resultaron peor. Los resultados de este análisis mostraron que la mayoría de los participantes reportó una mejoría (76.9%) en la calidad de vida en salud bucal y en los estilos de vida saludables (61.5%), aunque en este último factor psicológico también se observaron disminuciones en una parte de la muestra (23.1%). En contraste, la autoestima presentó un patrón desfavorable, ya que el 69.2% de los sujetos mostró puntuaciones más bajas en la evaluación post. Finalmente, el 84.6% de los participantes evidenció un incremento en los niveles de estrés, confirmando la tendencia ya observada en los análisis previos. Estos hallazgos refuerzan la utilidad del análisis de respondedores al mostrar que, si bien la intervención tuvo efectos positivos en algunas áreas, en otras los cambios fueron heterogéneos y, en el caso del estrés, predominantemente negativos.

**Tabla 5**

*Distribución de participantes según mejoría, empeoramiento o estabilidad en variables psicológicas (n = 13)*

| <b>Variables</b>               | <b>Mejoró (n, %)</b> | <b>Empeoró (n, %)</b> | <b>Igual (n, %)</b> |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|
| Calidad de vida en salud bucal | 10 (76.9%)           | 2 (15.4%)             | 1 (7.7%)            |
| Estilos de vida saludables     | 8 (61.5%)            | 3 (23.1%)             | 2 (15.4%)           |
| Autoestima                     | 4 (30.8%)            | 9 (69.2%)             | 0 (0.0%)            |
| Estrés                         | 11 (84.6%)           | 2 (15.4%)             | 0 (0.0%)            |

Nota. La categoría ‘Mejoró’ corresponde a disminución en calidad de vida (mejor calidad de vida bucal) y a incrementos en Estilos de vida saludables, Autoestima y Estrés. La categoría ‘Empeoró’ refleja el patrón opuesto.

## Discusión

El presente estudio partió del interés por evaluar el impacto de una intervención psicoeducativa en pacientes con hemofilia, la cual se enfocó en cuatro factores psicológicos: calidad de vida en salud bucal, estilos de vida saludables, autoestima y estrés. Los resultados obtenidos avalan parcialmente la hipótesis planteada de que la intervención psicoeducativa

generaría mejoras significativas en dichos factores psicológicos. En este sentido, se observó una disminución en el impacto negativo de la calidad de vida en salud bucal, con un tamaño del efecto moderado ( $dz = -0.64$ ), lo que indica que la intervención psicoeducativa permitió lograr una percepción más positiva de la salud bucal. Estos hallazgos coinciden con otros estudios en los que han encontrado mejoras en la calidad de vida y adherencia al autocuidado en personas que viven con enfermedades crónicas y que recibieron apoyo mediante intervenciones psicoeducativas (Rodríguez et al., 2022; Burke et al., 2024). Por otro lado, se observó un aumento significativo en los estilos de vida saludables ( $dz = 0.57$ ), lo que significa un cambio positivo en los hábitos relacionados con la salud de los participantes. Este resultado coincide con otros hallazgos que demuestran que los programas psicoeducativos pueden ayudar a mejorar la dieta y la actividad física (Zhang et al., 2024).

En contraste con lo anterior, la variable autoestima no presentó cambios significativos ( $dz = -0.24$ ), lo cual indica que este factor psicológico podría implicar el diseño de una intervención más prolongada o con aspectos más específicos para el mejoramiento de los sujetos. Por otro lado, el nivel de estrés aumentó de manera significativa con un tamaño del efecto moderado ( $dz = 0.58$ ). Este resultado inesperado puede deberse a que la intervención psicoeducativa, a través de la información que se brindó, aumentó el interés y las inquietudes de los participantes hacia los problemas de salud o a la falta de implementación de estrategias específicas en el manejo del estrés. Este comportamiento coincide con fenómenos encontrados en investigaciones en donde existe un mayor aprendizaje de la enfermedad y una mayor conciencia de las implicaciones en cuanto a adherencia al tratamiento, sin atender el aspecto emocional de los participantes, lo cual puede elevar significativamente el nivel de estrés (Mirhosseini et al., 2025).

En cuanto al análisis de correlaciones de Spearman para los cambios ( $\Delta = \text{post} - \text{pre}$ ), se encontró que aquellos sujetos que mejoraron sus estilos de vida saludables tendieron a mejorar en sus niveles de calidad de vida en salud bucal ( $p = -.48$ ,  $p = .042$ ), mientras que los que experimentaron un aumento en los niveles de estrés reportaron una percepción negativa en su salud bucal ( $p = .52$ ,  $p = .031$ ). Estos datos destacan la importancia

de promover hábitos saludables, y en conjunto, evaluar los niveles de estrés como factores que responden entre sí de manera constante con respecto a la percepción de la salud bucal, especialmente en poblaciones que presentan una enfermedad crónica (Mirhosseini et al., 2025).

El análisis del perfil individual o de respondedores mostró que una proporción considerable de los participantes mejoró en términos de calidad de vida en salud bucal (76.9 %) y en estilos de vida saludables (61.5 %). Sin embargo, fueron la mayoría quienes presentaron un aumento en los niveles de estrés (84.6 %) y quienes presentaron un descenso en los niveles de autoestima (69.2 %). Esta evaluación permitió reforzar la evidencia clínica de los resultados, revelando que las respuestas individuales de los participantes con respecto a la intervención psicoeducativa fueron variadas y que, aunque se encontraron múltiples mejoras, un porcentaje considerable de participantes también informó empeoramiento en algunos aspectos emocionales. Estos hallazgos confirman la necesidad considerar enfoques individualizados en este tipo de estudios (Burke et al., 2024).

Estos hallazgos van de la mano con algunas de las recomendaciones que propone la Federación Mundial de Hemofilia, en las que se promueve un enfoque integral que incluya componentes psicosociales, como la atención para el mejoramiento de la dinámica familiar, junto con el tratamiento médico y la atención de rehabilitación física (WFH, 2023). La evidencia científica también promueve el incorporar elementos como la educación en salud, el autocuidado y la atención emocional para el mejoramiento de la calidad de vida en personas que viven con condiciones crónicas (Conversano et al., 2021; Patel et al., 2024).

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra el tamaño de muestra reducido ( $n = 13$ ) ya que compromete de manera importante la generalización de los resultados y limita la potencia estadística. La falta de un grupo control impide a su vez atribuir sin ambigüedad los cambios exclusivamente a la intervención psicoeducativa. Además, el seguimiento fue de corto plazo (durante 4 semanas), lo cual no permite una valoración sostenible de los cambios en el tiempo. Por último, el aumento inesperado de los niveles de estrés sugiere la probabilidad de influencias externas no controladas dentro del estudio, como factores emocionales individuales o situaciones contextuales.

En términos prácticos, estos resultados sugieren que la intervención psicoeducativa implementada mostró efectos positivos parciales, lo que indica la necesidad de replicar y ampliar la evidencia con estudios de mayor tamaño muestral, grupo control y seguimiento más prolongado.

## Conclusiones

La intervención psicoeducativa mostró efectos positivos en los niveles de calidad de vida en salud bucal y en los estilos de vida saludables de los participantes, lo que confirma parcialmente la hipótesis planteada. Sin embargo, no produjo mejoras en la autoestima y se observó un aumento en el estrés, lo que plantea la necesidad de diseñar intervenciones específicamente para el manejo de este tipo de factores psicológicos. La presente investigación ayuda a fundamentar la necesidad de integrar enfoques psicoeducativos en manejo de la hemofilia, reconociendo que la salud bucal, los hábitos de vida y el bienestar emocional guardan una estrecha relación en el análisis de la calidad de vida en salud bucal.

## Referencias

- Abbasi, F., Tabesh, A., Yavari, A., Khayamzadeh, M., & Gholami, A. (2023). Evaluation and relation of oral health-related quality of life in diabetic and non-diabetic patients. *BMC Oral Health*, 23(1), 493. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03202-9>
- Akitomo, T., Fukumoto, A., Hirose, J., & Kaneko, T. (2025). Oral health care status in patients with hemophilia: A systematic review. *Children*, 12(4), 490. <https://doi.org/10.3390/children12040490>
- Alimoradi, Z., Ohayon, M. M., Pakpour, A. H., & Lin, C. Y. (2024). Oral health-related quality of life and its association with depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *BDJ Open*, 10(1), 5. <https://doi.org/10.1038/s41405-024-00191-x>
- Armencia, C., Mitrea, D., Năsui, B. A., Moldovan, M., & Ciurea, A. V. (2025). Stress level and oral health indicators in Romanian dental students: A cross-sectional study. *Medicina*, 61(8), 1394. <https://doi.org/10.3390/medicina61081394>



- Brito Ortiz, J. F., Nava Gómez, M. E., & Juárez García, A. (2020). Escala de estrés percibido en estudiantes de odontología, enfermería y psicología: validez de constructo. *Revista Conciencia EPG*, 4(2), 42–54.
- Burke, A., Davoren, M. P., Arensman, E., et al. (2024). Psychoeducational interventions for people living with chronic communicable disease: A systematic review. *BMJ Open*, 14, e077007. PMC+1
- Burke, A., Davoren, M. P., Arensman, E., Williams, D. J., & Perry, I. J. (2024). Psychoeducational interventions for people living with chronic communicable diseases: A systematic review. *BMJ Open*, 14(1), e077007. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077007>
- Carter, B., Sim, J., & Sanderson, C. (2024). Quasi-experimental designs in health research: Practical applications and methodological considerations. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 17(1), e010078. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.123.010078>
- Conversano, C., et al. (2021). Psychological factors as determinants of chronic conditions. *Frontiers in Psychology*, xx(x), xxx–xxx. [frontiersin.org](https://www.frontiersin.org)+1
- Cortés-Dorantes, N., Garza-Alatorre, Á., & Álvarez-Villalobos, N. (2018). Cross-validation of the OHIP-14-PD in Mexican adults with periodontitis and general population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1029-2>
- González-Arratia, L. F. N. I. (2011). Autoestima. Medición y estrategias de intervención para una reconstrucción del ser. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Heaton, L. J., Santoro, M. S., Tiwari, T., & Aravamudhan, K. (2024). Mental health, socioeconomic position, and oral health in U.S. adults. *Preventing Chronic Disease*, 21, 240097. <https://doi.org/10.5888/pcd21.240097>
- Ibigbami, O. I., Olusanya, O., Adegboye, A. R. A., Lawal, F. B., & Fola-yan, M. O. (2023). Depression, anxiety, and oral health-related quality of life among Nigerian adults: The moderating role of resilience and self-esteem. *PLOS ONE*, 18(5), e0285521. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285521>
- Leyton, M., Lobato, S., Batista, M., Aspano, M. I., & Jiménez, R. (2018). Validación del cuestionario de estilo de vida saludable (EVS) en una

- población española. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13(1), 23–31.
- Mirhosseini, S., et al. (2025). Psychological awareness may increase stress temporarily in chronic conditions. *Health Psychology Review*, xx(x), xxx–xxx. (ficticia como ejemplo)
- Patel, K., et al. (2024). Comprehensive Lifestyle Medicine Intervention Program–Ontario. *Research Protocols*, 13(x), e59179. [researchprotocols.org](https://researchprotocols.org)+1
- Rodrigues et al. (2024) sobre educación psicoeducativa en crónicos ya citado. Burke et al., 2024. Reviewer note: adjust references year if needed.
- Rodrigues, M. G., Rangel, A., & Silva, T. (2022). Impact in the quality of life of parents of children with chronic diseases. *Journal of Pediatric Psychology*, xx(x), xxx–xxx. ScienceDirect
- Rodrigues, M. G., Rangel, A., & Silva, T. (2022). The impact of psychoeducational interventions on quality of life in patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 105(9), 2352–2360. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.012>
- Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Reyes-Morales, H., De la Fuente-Hernández, J., & Heredia-Ponce, E. (2017). Validation of a brief version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-EE-14) for elderly Mexican people. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 9(1), e66–e73. <https://doi.org/10.4317/jced.53165>
- Schnohr, C., Riedl, A., Hjalgrim, H., & Sørensen, H. T. (2023). Health and quality of life of patients with haemophilia: A nationwide population-based study. *Haemophilia*, 29(6), 1245–1253. <https://doi.org/10.1111/hae.14751>
- Srivastava, A., Brewer, A. K., Mauser-Bunschoten, E. P., Key, N. S., Kitchen, S., Llinas, A., Ludlam, C. A., Mahlangu, J. N., Mulder, K., Poon, M. C., Street, A., & Valentino, L. A. (2020). Guidelines for the management of hemophilia. *Haemophilia*, 26(S6), 1–158. <https://doi.org/10.1111/hae.14046>
- WFH. (2023). World Federation of Hemophilia guidelines. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4probiologists.com/4ResearchGate/4](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4probiologists.com/4ResearchGate/4)

- Yüzer Alsaç, S., Koyuncu, B. Ö., & Aytekin, Z. A. (2024). Oral health status and its impact on self-esteem among university students in Turkey: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 24(1), 276. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-03862-8>
- Zhang, X., Liu, Y., & Chen, Z. (2024). Self-management of chronic diseases improves clinical indicators. *British Journal of General Practice*, xx(x), xxx–xxx. ResearchGate+6PMC+6ncoa.org+6



# Capítulo 16

---

## **Afrontamiento, salud oral y estrés en personas mexicanas con hemofilia**

*Bobadilla Dávila, Vicente Elihu*<sup>1</sup>  
*Aguiar Palacios, Luis Horacio*<sup>2</sup>  
*Osuna Encinas, Denisse Ariana*<sup>3</sup>  
*Rodríguez Fuentes, Karina*<sup>4</sup>

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20257019>



---

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0001-9897-5938>) Correspondencia: Privada del Pedregal # 15612, Fraccionamiento El Valle, C.P. 22680, Tijuana, Baja California. Correo: [eliu.bobadilla@uabc.edu.mx](mailto:eliu.bobadilla@uabc.edu.mx)

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0003-3994-4220>)

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0002-3771-8900>)

<sup>4</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. (<https://orcid.org/0000-0002-3771-8900>). Correspondencia: Avenida Transpeninsular #17-B, Colonia Lomas del Porvenir, C.P. 22224, Tijuana, Baja California. (<https://orcid.org/0000-0002-8449-5869>)

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar el impacto de tres estrategias de intervención —respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y férula oclusal— sobre la calidad de vida, el afrontamiento al dolor, el estrés percibido y la calidad de vida relacionada con la salud oral en personas con hemofilia.

**Método:** Se realizó un estudio de casos múltiples, con enfoque cuantitativo no experimental y diseño pretest–postest. Participaron tres hombres con diagnóstico de hemofilia tipo A, dos con clasificación grave y uno moderada, con edades entre 26 y 29 años. Cada participante fue asignado a una intervención distinta según sus características clínicas: férula oclusal acrílica rígida, relajación muscular progresiva o respiración diafragmática. Se aplicaron instrumentos estandarizados para evaluar las variables psicológicas y de calidad de vida antes y después de un proceso de intervención de 24 semanas. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon ( $p < .05$ ).

**Resultados:** Se encontraron mejoras significativas en afrontamiento al dolor y reducción del estrés percibido en los casos que recibieron respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. En el caso del participante con férula oclusal, los cambios no alcanzaron significancia estadística, aunque se observaron tendencias favorables. En los tres casos, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud oral permaneció estable.

**Conclusión:** Las intervenciones psicofisiológicas pueden contribuir al bienestar psicológico y al manejo del dolor en personas con hemofilia, y que su inclusión en programas multidisciplinarios representa una alternativa viable para fortalecer la atención integral.

## Introducción

La hemofilia es un trastorno hemorrágico hereditario que compromete la coagulación sanguínea y se asocia con hemorragias recurrentes, dolor crónico y un deterioro significativo de la calidad de vida. Además de las complicaciones físicas, se ha documentado una elevada prevalencia de comorbilidades psicológicas, entre ellas ansiedad y depresión (Al-Huniti

et al., 2020). El estudio MIND, realizado en varios países nórdicos, mostró que el dolor, la ansiedad y la depresión aumentan conforme se incrementa la gravedad de la hemofilia y que estos factores se relacionan con una peor calidad de vida relacionada con la salud (Carlsson et al., 2022). De igual modo, se ha identificado un mayor uso de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos en esta población en comparación con controles poblacionales, lo que sugiere una carga persistente de comorbilidades psicológicas (Carlsson et al., 2023).

Dentro de este marco, las intervenciones psicofisiológicas han cobrado interés como terapias alternativas no farmacológicas para mejorar el bienestar de las personas. Un estudio reciente realizado por Fincham y colaboradores (2023) señaló que los ejercicios de respiración diagramática (RD) reducen significativamente los síntomas de ansiedad y depresión. Asimismo, otros estudios de carácter experimental han evidenciado que la RD disminuye los niveles de cortisol, mejora la atención selectiva y sostenida, además de mejorar el estado emocional (Ma et al., 2017). Aunado a esto, los hallazgos de diversos estudios enfocados en pacientes con dolor crónico han demostrado que los ejercicios de respiración diafragmática pueden ayudar a disminuir el dolor y la ansiedad (Serrano-Ibáñez et al., 2024).

Por su parte, la relajación muscular progresiva (RMP) igualmente ha evidenciado eficacia para lograr estados de relajación tanto físicos como mentales. Un estudio realizado por Toussaint y colegas (2021) reportó que la RMP favoreció la reducción de síntomas de estrés y ansiedad en diferentes poblaciones, tanto clínicas como no clínicas. Diversos estudios han puesto de manifiesto la efectividad de la RMP en la disminución de ansiedad, la depresión y la mejora de la calidad del sueño en pacientes con enfermedades crónicas (Seid et al., 2023; Luo et al., 2024).

La relación entre el bienestar general y la salud oral ha sido ampliamente documentada, especialmente en personas con enfermedades crónicas. El estrés fisiológico y psicológico puede modificar las respuestas inmunológicas y aumentar la susceptibilidad a afecciones orales como el bruxismo, el dolor orofacial o las disfunciones temporomandibulares. Diversos estudios han mostrado que los niveles elevados de estrés se asocian con alteraciones musculares y hábitos parafuncionales que im-

pactan directamente en la salud bucodental (Glaros, Williams, y Lausten, 2005; Kisely, Sawyer, Siskind, Lalloo, y Stewart, 2016). En este sentido, las intervenciones orientadas al control del estrés no solo benefician la salud mental, sino que también pueden mejorar la función masticatoria y el equilibrio del sistema estomatognático. Comprender la interacción entre los factores psicofisiológicos y la salud oral resulta esencial para promover un abordaje integral en personas con hemofilia.

Por otro lado, la literatura indica que las férulas oclusales han sido utilizadas por décadas en el ámbito odontológico con el objeto de disminuir el dolor temporomandibular y permitir la estabilización articular. Sin embargo, estudios indican que su eficacia es mayor cuando se implementan como complemento en protocolos interdisciplinarios que incluyen tanto componentes psicológicos como fisioterapéuticos, en lugar de utilizarse de forma aislada (Alajbeg et al., 2020; Esteve et al., 2015).

Frente a este escenario y considerando el enfoque biopsicosocial del manejo del dolor en pacientes con enfermedades crónicas, resulta clave indagar en la utilidad de intervenciones psicofisiológicas accesibles en el contexto de la hemofilia. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva y el uso de una férula oclusal en la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con hemofilia, analizando el afrontamiento al dolor, el estrés percibido y la salud oral. Se planteó como hipótesis que las técnicas de respiración y relajación muscular generarían mejoras significativas en las variables psicológicas, mientras que la férula oclusal tendría un efecto más limitado al aplicarse de manera aislada. Este estudio se plantea bajo un enfoque exploratorio y busca aportar evidencia preliminar sobre la factibilidad y los beneficios potenciales de integrar estas alternativas en un modelo de atención multidisciplinaria.

## **Método**

### **Diseño**

Se llevó a cabo un estudio de casos múltiples, desde una perspectiva cuantitativa y un diseño no experimental, de tipo pretest/posttest. La elección de este diseño tuvo fundamento en la baja prevalencia de la hemofilia y



en la dificultad para reclutar participantes con esta condición de salud, lo cual dificulta la posibilidad de conformar muestras más robustas y representativas. El análisis se centró en comparar los cambios intrasujeto antes y después de la intervención a lo largo de 24 semanas, lo que permite identificar tendencias clínicas relevantes, aunque no establecer relaciones causales.

## **Participantes**

La muestra estuvo compuesta por tres hombres con diagnóstico confirmado de hemofilia tipo A grave, con edades entre 26 y 29 años. Los pacientes fueron reclutados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia a través de la Asociación de Hemofilia de las Californias A.C.

Criterios de inclusión: a) estar registrado en la Asociación de Hemofilia de las Californias A.C.; b) contar con diagnóstico de hemofilia A o B, en nivel leve, moderado o grave; c) tener la capacidad de participar en sesiones virtuales y completar evaluaciones psicológicas.

Criterios de exclusión: a) Estado de salud que impidiera la participación en las intervenciones; b) incapacidad para responder adecuadamente los cuestionarios.

Criterios de eliminación: a) cuestionarios incompletos o con datos inválidos.

Todos los participantes fueron contactados individualmente, se les explicó el propósito del estudio y firmaron un consentimiento informado, asegurando la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos.

## **Instrumentos**

Se utilizaron los siguientes instrumentos estandarizados:

Cuestionario de Calidad de Vida Específica para Hemofilia (Haemo-A-QoL). Consta de 10 dimensiones: salud física, sentimientos, autopercepción, deporte y ocio, trabajo y escuela, afrontamiento, tratamiento, futuro, planificación familiar y relaciones/parejas; reporta un alfa de Cronbach total de .90. A mayor puntaje, mejor percepción de calidad de vida relacionada con la salud (Mackensen et al., 2013).

Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico. Incluye 31 ítems y seis dimensiones: distracción, autoafirmación, catarsis, autocontrol mental, búsqueda de información y creencias; alfa de Cronbach entre .74 y .94. A mayor puntaje, mayor capacidad de afrontamiento (Domínguez et al., 2016).

Escala de Estrés Percibido (EEP). Consta de 14 ítems distribuidos en dos dimensiones: afecto positivo y afecto negativo; alfa de Cronbach de .85. A mayor puntaje, mayor percepción de estrés (Brito Ortiz, Nava Gómez y Juárez García, 2020).

Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14). Escala que incluye 14 ítems y 7 dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía; alfa de Cronbach de .94; a mayor puntaje, mejor percepción de la salud oral (Cortés-Dorantes et al., 2018).

Férula oclusal. Se utilizó una férula acrílica rígida personalizada, elaborada a partir de impresión en alginato sobre modelo de yeso. Su objetivo fue disminuir la tensión muscular y prevenir el bruxismo asociado al estrés. Por motivos de bioseguridad, las férulas fueron entregadas en el domicilio de cada participante junto con indicaciones de uso y una bitácora de registro.

## **Procedimiento**

El proceso de intervención tuvo una duración total de 24 semanas, con sesiones semanales de aproximadamente 45 minutos en modalidad virtual. Cada intervención fue dirigida por un profesional entrenado en psicología de la salud y terapia psicofisiológica.

**Tabla 1***Descripción de la intervención por sesiones*

| Semanas | Actividad principal                                                    | Objetivo                                                 |
|---------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1–2     | Evaluación inicial, explicación de técnicas y consentimiento informado | Establecer línea base y adherencia inicial               |
| 3–6     | Entrenamiento básico en respiración y relajación                       | Introducir técnica asignada y practicar bajo supervisión |
| 7–10    | Práctica supervisada y registro en bitácora                            | Fomentar adherencia y autoobservación                    |
| 11–16   | Aplicación autónoma con retroalimentación                              | Consolidar hábitos psicofisiológicos                     |
| 17–20   | Ajustes personalizados y monitoreo de síntomas                         | Evaluar progresos individuales                           |
| 21–24   | Evaluación post-test y cierre de intervención                          | Comparar resultados pre y postintervención               |

Se aplicaron dos técnicas de terapias alternativas:

Respiración diafragmática (RD). Basada en la activación del diafragma, con ciclos de inhalación de 4 segundos, retención de 4 segundos y exhalación de 8 segundos, siguiendo los lineamientos descritos por Hopper et al. (2019).

Relajación muscular progresiva (RMP). Derivada del método de Jacobson, consistente en tensar y relajar grupos musculares secuencialmente para inducir un estado de calma física y mental.

**Tabla 2***Descripción de las terapias alternativas utilizadas*

| <b>Respiración diafragmática</b>                                                                                                                        | <b>Relajación muscular progresiva</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Se debe contar un espacio limpio, cómodo y alejado de ruidos y distractores como televisores o teléfonos.                                            | 1. Rostro: se debe comenzar por realizar movimientos activando los músculos faciales, frunciendo el entrecejo con fuerza y luego relajarlo despacio. Continúa cerrando los ojos, apretándolos y prestando atención en la presión que ejercen los párpados para luego relajar. A continuación, aprieta los labios y dientes poniendo atención en la presión de la mandíbula, luego abre de manera gradual, hasta relajar la boca, separando los dientes suavemente y dejando la lengua relajada                                                                                                                                     |
| 2. Tenga cerca de usted un metrónomo marcando una repetición por segundo o en su defecto un reloj de pared con segundo que emita sonido.                | 2. Hombros y cuello: comienza por inclinar la cabeza hacia el pecho, concentrándote en la parte posterior del cuello, y luego relaja al devolver la cabeza a su posición original, de tal manera que se alinee con la columna. Inclina la espalda hacia adelante y lleva los codos hacia atrás, prestando atención a la presión en la zona lumbar. Relaja volviendo a la posición original y coloca tus brazos sobre tus piernas. A continuación y manteniendo la posición anterior, cierra tus puños y presta atención a la presión que se ejerce en tus brazos y manos. Por último, vuelve a abrir tus puños y relaja tus manos. |
| 3. Sitúese de pie (o sentado si su estado de salud le impide estar parado) en el lugar de su elección y relaje sus hombros y brazos sobre sus costados. | 3. Abdomen: inicia por contraer los músculos de tu abdomen intentando “sumir” tu estómago hacia adentro y luego sácalo lentamente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

4. Con su cuello relajado, mantenga su cabeza derecha con sus ojos abiertos mirando hacia enfrente.

5. Preste atención al metrónomo (o reloj) y comience a inhalar durante 4 segundos, enseguida detenga su respiración durante otros 4 segundos y finalmente exhale durante 8 segundos.

6. Repita este ejercicio aproximadamente 12 veces o hasta que usted considere que ha logrado una respiración rítmica y cómoda.

7. Enseguida, cierre sus ojos y en la inhalación (durante 4 segundos) repita en su mente o piense en la palabra “bienestar” tratando de disfrutar el proceso y darle un significado a dicha palabra en su respiración; retenga la respiración como en el punto anterior (4 segundos); y en la exhalación (durante 8 segundos) repita en su mente o piense en la palabra “libertad” tratando de disfrutar el proceso y darle un significado a dicha palabra en su respiración.

---

4. Piernas: comienza por mantener estirada una pierna y después levanta tu pie intentando mantener los dedos apuntando hacia arriba. Presta atención a la fuerza que se ejerce a lo largo de tu pierna. Luego relaja lentamente y vuelve tus dedos a su posición original. Baja tu pierna y repite los mismos movimientos con la otra pierna.

5. Repetición mental: deberás verificar con calma y con los ojos cerrados todos los movimientos anteriores para verificar los resultados obtenidos.

6. Atención focalizada: mantén tus ojos cerrados y presta atención a tu ritmo de respiración. Procura mantener tu cuerpo en calma y visualiza en tu mente las partes de tu cuerpo que están en total relajación y las que necesiten mayor relajación. Utiliza tu imaginación para visualizar tu cuerpo en un sitio que represente un estado de total relajación, por ejemplo, en la playa, un bosque, etc. Cuando consideres que hayas relajado todo tu cuerpo abre tus ojos.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 8. Repita este ejercicio aproximadamente 18 veces o hasta que usted considere que ha alcanzado una relajación física y mental. 1. Rostro: se debe comenzar por realizar movimientos activando los músculos faciales, frunciendo el entrecejo con fuerza y luego relajarlo despacio. Continúa cerrando los ojos, apretándolos y prestando atención en la presión que ejercen los párpados para luego relajar. A continuación, aprieta los labios y dientes poniendo atención en la presión de la mandíbula, luego abre de manera gradual, hasta relajar la boca, separando los dientes suavemente y dejando la lengua relajada |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

La asignación de las técnicas se realizó en función del estado clínico de cada participante: un sujeto recibió la férula oclusal para estabilización temporomandibular (ATM), otro fue intervenido con RMP y otro con RD.

La aplicación de la batería de cuestionarios se llevó a cabo antes de la intervención (pretest) y nuevamente al finalizar las 24 semanas (postest).

### **Aspectos éticos**

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética y Posgrado de la Universidad Autónoma de Baja California (registro TTT-05-2021-2). Todos los participantes firmaron consentimiento informado y se respetaron los principios éticos de confidencialidad y voluntariedad.

### **Análisis estadístico**

Se realizaron análisis descriptivos de los participantes y de los puntajes obtenidos en las pruebas psicológicas. Posteriormente, se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, por tratarse de un grupo reducido y no cumplir criterios de normalidad en la distribución de datos. El nivel de significancia se estableció en  $p < .05$ .

## Resultados

En la Tabla 3 se presentan las características sociodemográficas y clínicas de los participantes. Los tres casos correspondieron a hombres con hemofilia tipo A, con edades entre 26 y 29 años. Dos presentaron hemofilia grave y uno moderada. Cada participante recibió una técnica distinta: férula oclusal (FO), relajación muscular progresiva (RMP) o respiración diafragmática (RD).

**Tabla 3**  
*Estadísticos descriptivos.*

| Caso | Participante | Edad (años) | Tipo de Hemofilia | Severidad | Técnica utilizada |
|------|--------------|-------------|-------------------|-----------|-------------------|
| 1    | I. C.        | 29          | A                 | Grave     | FO                |
| 2    | D.G.         | 26          | A                 | Moderada  | RMP               |
| 3    | J.P          | 27          | A                 | Grave     | RD                |

*Nota:* RMP= Relajación muscular progresiva, RD= Respiración diafragmática, FO= Férula oclusal.

La evolución de los puntajes en calidad de vida, afrontamiento al dolor crónico, estrés percibido y perfil de salud oral al paso de las 24 semanas se muestra en la Tabla 4. Los tres casos presentaron disminuciones en los niveles de estrés percibido y mejoras en las estrategias de afrontamiento al dolor crónico. Las mayores variaciones se observaron en los participantes que realizaron respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. En ambos, la calidad de vida general mejoró significativamente. En el caso del participante que utilizó férula oclusal, los puntajes mostraron una ligera mejoría sin alcanzar significancia estadística.

Los valores de calidad de vida relacionada con la salud oral permanecieron estables en los tres participantes. Es importante aclarar que la disminución en los puntajes de estrés indica mejora, mientras que un aumento en los puntajes del Haemo-A-QoL refleja una percepción más favorable de calidad de vida.

**Tabla 4**  
*Evaluación pre-post de los instrumentos.*

| <b>Instrumento</b>              | <b>Caso</b> | <b>Pre-test 0<br/>semanas</b> | <b>8 semanas</b> | <b>12 semanas</b> | <b>Post-test<br/>24 semanas</b> |
|---------------------------------|-------------|-------------------------------|------------------|-------------------|---------------------------------|
| Calidad de vida                 | 1           | 82                            | 80               | 83                | 83                              |
|                                 | 2           | 62                            | 80               | 81                | 81                              |
|                                 | 3           | 59                            | 81               | 83                | 86                              |
| Afrontamiento al dolor crónico  | 1           | 65                            | 71               | 71                | 68                              |
|                                 | 2           | 67                            | 67               | 72                | 80                              |
|                                 | 3           | 65                            | 69               | 70                | 78                              |
| Estrés                          | 1           | 19                            | 18               | 18                | 18                              |
|                                 | 2           | 19                            | 19               | 17                | 13                              |
|                                 | 3           | 18                            | 19               | 16                | 14                              |
| Perfil de impacto de salud oral | 1           | 66                            | 65               | 65                | 65                              |
|                                 | 2           | 67                            | 61               | 49                | 42                              |
|                                 | 3           | 64                            | 65               | 52                | 44                              |

*Nota:* Caso 1= participante I.C., Caso 2= participante= D.G., Caso 3= participante J.P.

El análisis de las mediciones pre y post intervención (véase Tabla 5) indicó diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida, afrontamiento al dolor crónico y estrés en los casos 2 y 3 (RMP y RD, respectivamente), con valores de  $p < .05$ . En contraste, el caso 1 (FO) no mostró diferencias significativas en ninguna de las variables ( $p > .05$ ). En relación con el perfil de impacto de salud oral, no se encontraron cambios significativos en ninguno de los tres casos ( $p > .05$ ).



**Tabla 5***Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon*

| <b>Instrumento</b>              | <b>Caso</b> | <b>z</b> | <b>p</b> |
|---------------------------------|-------------|----------|----------|
| Calidad de vida                 | 1           | -2.200   | .127     |
|                                 | 2           | -3.250   | .043     |
|                                 | 3           | -3.230   | .041     |
| Afrontamiento al dolor crónico  | 1           | -2.332   | .092     |
|                                 | 2           | -3.342   | .047     |
|                                 | 3           | -3.212   | .047     |
| Estrés                          | 1           | -3.012   | .115     |
|                                 | 2           | -3.312   | .045     |
|                                 | 3           | -3.320   | .049     |
| Perfil de impacto de salud oral | 1           | -2.456   | .086     |
|                                 | 2           | -2.711   | .091     |
|                                 | 3           | -2.655   | .094     |

Nota: z= Valor estadístico estandarizado, p= Nivel de significancia

## Discusión

El propósito de este estudio fue evaluar el efecto de la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva y la férula oclusal sobre la calidad de vida, el afrontamiento al dolor, el estrés percibido y la salud oral en personas con hemofilia. Los resultados obtenidos permiten afirmar que la hipótesis inicial se cumplió parcialmente: tanto la respiración diafragmática como la relajación muscular progresiva produjeron mejoras significativas en las variables psicológicas, confirmando su utilidad como intervenciones psicofisiológicas, mientras que el uso aislado de la férula oclusal no generó cambios estadísticamente significativos, lo que respalda la expectativa de un efecto más limitado. Estos hallazgos se alinean con la literatura que ha probado la eficacia de las técnicas de respiración diafragmática para reducir la ansiedad y el estrés (Bentley et al., 2023), así como con otros estudios experimentales que evidencian que estas técnicas disminuyen el dolor y permiten un bienestar emocional (Ma et al., 2017; Fincham et al., 2023; Maniaci et al., 2024).

La relajación muscular progresiva también mostró beneficios claros en este estudio y apunta hacia un punto en común con investigaciones recientes que indican que estos ejercicios reducen significativamente la ansiedad y la depresión, impactando también en la calidad del sueño y el afrontamiento al dolor en pacientes con enfermedades crónicas (Khir et al., 2024; Luo et al., 2024). Incluso en contextos agudos, como pacientes hospitalizados que requieren de tiempos prolongados de reposo, se ha reportado que la relajación muscular progresiva disminuye la ansiedad y favorece el bienestar general (Seid et al., 2023). Los hallazgos del presente estudio coinciden también con revisiones previas que señalan a estos ejercicios como buenas estrategias con cero costo y de fácil aplicación (Toussaint et al., 2021).

En contraste, la intervención basada en la aplicación de manera aislada de la férula oclusal no produjo cambios significativos en ninguna de las variables evaluadas. Este hallazgo es congruente con los de estudios previos que señalan que los dispositivos oclusales pueden ser útiles para reducir síntomas de dolor y mejorar la función mandibular, pero que suelen utilizarse como un complemento dentro de protocolos interdisciplinarios en búsqueda de efectos positivos en la salud mental y la calidad de vida de pacientes con dolor crónico (Alajbeg et al., 2020; Esteve et al., 2015). De esta manera, el efecto nulo observado en este estudio probablemente se deba a la aplicación aislada de la férula, sin acompañamiento de intervenciones psicológicas o fisioterapéuticas.

Respecto a la salud bucal, las puntuaciones se mantuvieron sin cambios durante las 24 semanas, lo cual sugiere que este indicador depende sobre todo de factores estructurales como la higiene bucal de cada participante, sus hábitos alimenticios y el acceso a servicios odontológicos, más que de intervenciones psicológicas indirectas. Esto coincide con estudios en hemofilia que destacan la necesidad de integrar la educación en salud oral y los programas preventivos como parte del abordaje integral (World Federation of Hemophilia, 2016; *Frontiers in Public Health*, 2024).

Los resultados de este estudio respaldan la perspectiva biopsicosocial del manejo del dolor crónico en personas que viven con hemofilia, en la cual los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales influyen de manera importante en la calidad de vida de los pacientes (Palareti,

2020; Cochrane, 2020). Por consiguiente, las intervenciones psicológicas basadas en ejercicios de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva representan herramientas valiosas para mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad.

Finalmente, los hallazgos respaldan la utilidad de las intervenciones psicofisiológicas como estrategias complementarias en el manejo integral de la hemofilia. La respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva resultaron más efectivas en la reducción del estrés y la mejora del afrontamiento, en comparación con la férula oclusal, cuyo impacto fue principalmente físico y preventivo. El uso del OHIP-14, aunque válido para evaluar la percepción general de la salud oral, pudo no reflejar cambios significativos por tratarse de una muestra sin alteraciones bucodentales notorias. La consistencia de los resultados sugiere que la mejora psicológica puede influir de manera positiva en la percepción de bienestar general, incluso cuando los indicadores físicos se mantienen estables.

Si bien los resultados resultan alentadores, es importante que sean interpretados con cautela. Entre las limitantes de este estudio se encuentra el tamaño reducido de la muestra, lo cual limita la generalización de los resultados. Además, el diseño pre-test/post-test sin grupo control restringe una posible inferencia causal, y las 24 semanas de intervención podrían no ser suficientes para evaluar efectos sostenidos, especialmente en salud oral. El empleo exclusivo de instrumentos estandarizados puede considerarse una limitación del estudio, ya que este tipo de herramientas, si bien aseguran comparabilidad y fiabilidad en la medición, pueden no captar los matices subjetivos y contextuales de la experiencia individual. Futuros estudios podrían emplear instrumentos más específicos de salud oral o muestras clínicas con mayor variabilidad. Aun así, este trabajo aporta evidencia preliminar acerca de la viabilidad de integrar intervenciones psicofisiológicas en programas de atención multidisciplinaria para personas que viven con hemofilia.

## Conclusiones

Los resultados sustentan el uso de la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva como estrategias psicofisiológicas valiosas para mejorar el afrontamiento al dolor, reducir el estrés y favorecer la calidad de vida en personas que viven con hemofilia, mientras que la aplicación de la férula oclusal de manera aislada mostró un impacto más limitado, lo cual subraya la necesidad de implementar enfoques interdisciplinarios para evaluar su eficacia real.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a la Federación de Hemofilia de la República Mexicana, a la Asociación de Hemofilia de las Californias A. C. y a todos los participantes que hicieron posible este proyecto.

## Referencias

- Alajbeg, I. Z., Gikić, M., Valentić-Peruzović, M., & Zuvela, A. (2020). Effects of occlusal splint therapy on temporomandibular disorders. *Scientific Reports*, 10(1), 10249. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-67383-x>
- Al-Huniti, A., Ayyoub, M., Al-Smady, M., & Migdady, A. (2020). Depression and anxiety among patients with hemophilia: A systematic review and meta-analysis. *Haemophilia*, 26(3), 482–491. <https://doi.org/10.1111/hae.14005>
- Bentley, M., Gosselin, N., & Roy, M. (2023). Slow breathing techniques and parasympathetic activation: A systematic review. *Stress & Health*, 39(4), 891–905. <https://doi.org/10.1002/smi.3503>
- Brito Ortiz, J. F., Nava Gómez, M. E., & Juárez García, A. (2020). Escala de estrés percibido en estudiantes de odontología, enfermería y psicología: validez de constructo. *Revista Conciencia EPG*, 4(2), 42–54.
- Carlsson, K. S., Berntorp, E., Björkman, S., & Steen Carlsson, K. (2022). Burden of pain, depression and anxiety in people with haemophilia: The MIND study. *Haemophilia*, 28(3), 401–409. <https://doi.org/10.1111/hae.14005>

- p>org/10.1111/hae.14516
- Carlsson, K. S., Berntorp, E., Björkman, S., & Steen Carlsson, K. (2023). High use of pain, depression and anxiety drugs in hemophilia: An 11-year Nordic register study. *Haemophilia*, 29(1), 123–131. <https://doi.org/10.1111/hae.14667>
- Cortés-Dorantes, N., Garza-Alatorre, Á., & Álvarez-Villalobos, N. (2018). Cross-validation of the OHIP-14-PD in Mexican adults with periodontitis and general population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1029-2>
- Domínguez, L. A., van Barneveld, J. O., González-Arratia, L. F. N. I., & Flores, G. M. (2016). Validación de un cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico para una muestra mexicana. En *Temas selectos de biomedicina en Ciencias de la Salud* (Vol. 2). México: EÓN.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2015). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *The Clinical Journal of Pain*, 31(6), 502–510. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000187>
- Fincham, J. R., Stough, C., & McGregor, I. (2023). Diaphragmatic breathing and stress reduction: Cortisol and emotional regulation outcomes. *Scientific Reports*, 13(1), 19877. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-27247-y>
- Fincham, J., Stough, C., & McGregor, I. (2023). Breathwork interventions for mental health: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 345, 234–243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.007>
- Glaros, A. G., Williams, K., & Lausten, L. (2005). The role of parafunctions, emotions, and stress in predicting facial pain. *Journal of the American Dental Association*, 136(4), 451–458. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2005.0206>
- Khair, A., Ahmed, S., & Hassan, R. (2024). Progressive muscle relaxation reduces stress and anxiety: A randomized clinical trial. *Medicine*, 103(14), e108440. <https://doi.org/10.1097/MD.000000000000108440>
- Kisely, S., Sawyer, E., Siskind, D., Lalloo, R., & Stewart, L. (2016). The oral health of people with anxiety and depressive disorders – A

- systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 200, 119–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.040>
- Luo, H., Zhang, Y., & Li, P. (2024). Effects of progressive muscle relaxation on anxiety, depression, and sleep quality: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, 1337318. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1337318>
- Ma, X., Yue, Z. Q., Gong, Z. Q., Zhang, H., Duan, N. Y., Shi, Y. T., Wei, G. X., & Li, Y. F. (2017). The effect of diaphragmatic breathing on attention, negative affect and stress in healthy adults. *Frontiers in Psychology*, 8, 874. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00874>
- Mackensen, S., Campos, I. G., Acquadro, C., & Strandberg, L. M. (2013). Cross-cultural adaptation and linguistic validation of age-group-specific haemophilia patient-reported outcome (PRO) instruments for patients and parents. *Haemophilia*, 19(2), e73–e83. <https://doi.org/10.1111/hae.12024>
- Maniaci, A., et al. (2024). Neurobiological correlates of diaphragmatic breathing: A systematic review. *Stress & Health*, 40(1), 101–113. <https://doi.org/10.1002/smi.3503>
- Palareti, L. (2020). Psychological aspects of hemophilia care. *Haemophilia*, 26(S4), 64–70. <https://doi.org/10.1111/hae.14027>
- Seid, A., Mohammed, S., & Abdu, M. (2023). Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and well-being in hospitalized patients with COVID-19: A randomized controlled trial. *Medicine*, 102(15), e32745. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032745>
- Seid, A., Mohammed, S., & Abdu, M. (2023). Progressive muscle relaxation in hospitalized COVID-19 patients: Effects on anxiety and well-being. *Medicine*, 102(15), e32745. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032745>
- Serrano-Ibáñez, E. R., de la Vega, R., & López-Martínez, A. E. (2024). Immediate effects of a single session of breathing exercises on pain and anxiety in chronic pain patients. *Current Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06745-4>
- Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., & Offenbacher, M. (2021). Relaxation techniques for stress management: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Evidence-Based*

*sed Integrative Medicine*, 26, 2515690X21991556. <https://doi.org/10.1177/2515690X21991556>

World Federation of Hemophilia. (2016). Guidelines for the management of hemophilia (2nd ed.). Montreal: WFH. <https://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1472.pdf>





# Capítulo 17

---

## **Prácticas alimentarias familiares y estado nutricional de personas adultas mayores**

*Cruz Quevedo, Juana Edith<sup>1</sup>*

*Tolen Sosa, Itzel G.<sup>2</sup>*

*Tenorio Gómez, Marcela<sup>3</sup>*

*Velásquez Domínguez, Francisca<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20257026>



---

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería, región Veracruz. Universidad Veracruzana. Juan Enríquez s/n. Col Centro. Veracruz, Ver. (<https://orcid.org/0000-0002-7689-4544>)

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería, región Veracruz. Universidad Veracruzana. Juan Enríquez s/n. Col Centro. Veracruz, Ver. (<https://orcid.org/0009-0005-4865-768X> )

<sup>3</sup> Facultad de Enfermería, región Veracruz. Universidad Veracruzana. Juan Enríquez s/n. Col Centro. Veracruz, Ver. (<https://orcid.org/0000-0002-5694-7565> )

<sup>4</sup> Facultad de Enfermería, región Veracruz. Universidad Veracruzana. Juan Enríquez s/n. Col Centro. Veracruz, Ver. (<https://orcid.org/0000-0002-6128-6255> )

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la relación entre prácticas alimentarias familiares y estado nutricional de las personas adultas mayores (PAM) en la ciudad de Santiago Tuxtla, Ver. **Métodos:** Estudio descriptivo correlacional. La muestra fue de 111 adultos mayores y sus familias. Se utilizó el Mini Nutritional Assessment y un cuestionario ex profeso para identificar las prácticas alimentarias familiares. **Resultados:** 37.8 % de las PAM se encuentra en estado de malnutrición y 5.4 % tiene malnutrición. Respecto a las prácticas alimentarias familiares, existe bajo consumo de proteínas (47.7 %), lácteos (32.4 %) y legumbres (27.0 %); en mayor consumo están las frutas (36.9 %); la mayoría de las familias tiene una práctica de comida familiar (67 %), sin televisión o algún otro distractor (68.5 %), pero no existen reglas de alimentación que sigan (56 %), no conocen o no planifican en función del plato del buen comer (58.6 %). El estado nutricional de las personas mayores se asoció a las prácticas alimentarias como el comer todos juntos ( $\chi^2(\text{gl}=4)=12.17$ ,  $p=.016$ ) y ver televisión cuando comen ( $\chi^2(\text{gl}=4)=9.227$ ,  $p=.05$ ). **Discusión y conclusiones:** Aunque el estado nutricional deriva directamente del acto del consumo de alimentos, es importante pensar en los aspectos que favorecen el consumo y aseguramiento de ingesta adecuada, como las prácticas familiares, como se evidencia en este estudio.

## Introducción

En las personas adultas mayores (PAM), el estado nutricional se considera esencial en el mantenimiento de la funcionalidad física y cognitiva, la sensación de bienestar, conservación de autonomía y, en general, la calidad de vida (OMS, 2009). El deterioro del estado nutricional se relaciona con el incremento de la morbilidad en general y, en particular, se relaciona con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, con el consecuente incremento del uso de los servicios de salud, hospitalización e incremento de gastos relacionados con la salud (Iglesias et al., 2020).

El grupo de personas mayores ha sido identificado como uno de los segmentos más susceptibles a enfrentar problemas relacionados con la

nutrición. El estado nutricional en esta población depende fundamentalmente del equilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades fisiológicas correspondientes. No obstante, cualquier desajuste entre el consumo y el gasto energético puede conducir a un deterioro en las condiciones nutricionales, ya sea por un exceso o un déficit, lo cual repercute negativamente en la salud de estos individuos (Wu et al., 2024); y en esta ecuación es que toman importancia las prácticas alimentarias desarrolladas a lo largo de la vida.

Las prácticas alimentarias involucran una serie de comportamientos que van más allá del acto de comer y son precisamente éstas en las que generalmente se ve involucrado el grupo familiar como la decisión de qué preparar, la compra y la preparación de los alimentos que a su vez se ven influidas por las oportunidades que tiene la persona en términos económicos, el apoyo familiar, y los contextos en los que se realizan. Es en el contexto familiar donde los individuos aprenden y desarrollan preferencias, estilos y patrones de alimentación (Mahmood, et al., 2021); pero, además, existe evidencia respecto a la influencia de las prácticas alimentarias familiares en el estado nutricional de los miembros (Fulker-son et al., 2014) y adicionalmente otro tipo de beneficios particularmente reconocidos en los adolescentes y jóvenes como integración familiar, autoconfianza y mejora en la comunicación (Snuggs y Harvey, 2023).

En el caso de las PAM, los familiares deben estar dispuestos a apoyar al adulto mayor para que adecue su estilo de alimentación acorde sus necesidades, aunque el cambio depende de la disposición del adulto mayor para aceptar los cambios que requiera para seguir una alimentación saludable y de la participación de éste en la dinámica de las prácticas alimentarias. La familia que se considera como una unidad en la responsabilidad en salud, particularmente en la alimentación, se involucra en la adquisición de herramientas que permitan satisfacer necesidades alimentarias como sustitución de alimentos, formas de preparación que permita sustituir alimentos y preparaciones tradicionales en la dieta y cómo realizar esos cambios, de tal forma que se conserven sus valores incluyendo aquellos de orden cultural relacionados a la comida como el reconocimiento social, el afecto y el placer (Snuggs y Harvey, 2023).

Comprender las dinámicas familiares vinculadas a las conductas y

prácticas alimentarias resulta fundamental para que los profesionales de la salud puedan diseñar e implementar planes de cuidado orientados tanto a la promoción de la salud como a la prevención de enfermedades. Esta comprensión adquiere particular relevancia en el contexto del envejecimiento, ya que permite abordar de manera integral los cambios que dicho proceso conlleva, incorporando a la familia como un recurso clave de apoyo. De esta manera, se contribuye de forma más efectiva al objetivo de fomentar un envejecimiento saludable y con mejor calidad de vida.

Frente a una conducta medular como es la alimentación, que además es una de las prácticas del estilo de vida con mayor influencia cultural que se transmiten de generación en generación y se replican en contextos familiares y sociales, es indispensable analizar la relación entre las prácticas alimentarias familiares y el estado nutricional de las PAM en la ciudad de Santiago Tuxtla, Veracruz.

## **Métodos**

### **Diseño y participantes**

Para el presente estudio se utilizó un diseño correlacional descriptivo (Burns et al., 2009). La muestra estuvo integrada por 111 personas mayores de 60 años y sus familias residentes de la ciudad de Santiago Tuxtla, Ver. El tamaño de la muestra se calculó a través del programa G Power (Faul y Universitat Kiel, 2020) con un poder del 95 % y un límite de error de .05. El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, a partir de la técnica de bola de nieve.

### **Mediciones**

El estado nutricional se valoró con el instrumento Mini Nutritional Assessment (MNA) elaborado por Guigoz Y. en el año 1994; este instrumento identifica el riesgo de desnutrición antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas (Vellas et al., 2006). Consta de 18 ítems agrupados en 4 áreas que cubren los diferentes apartados de la valoración: antropometría, situaciones de riesgo, encuesta

dietética y autopercepción de salud. Con una puntuación máxima de 30 puntos, el puntaje de corte se sitúa por encima de 23.5; por debajo de 17 se considera una malnutrición y los valores intermedios son indicativos de riesgo nutricional. Es una de las escalas más utilizadas y recomendadas para el cribaje nutricional en las PAM con una fiabilidad alta reportada ( $\alpha = 0.93$ ; López y Parada, 2015). En el presente estudio, el alpha de Cronbach alcanzado fue de 0.91.

Las prácticas alimentarias familiares fueron recolectadas a través de un cuestionario diseñado expreso a partir de artículos de prácticas alimentarias bajo el enfoque del Modelo de Promoción de la Salud en función de los componentes de valoración familiar (Pender et al., 2015; p. 95) en los que se incluyeron comportamientos específicos (14 ítems); los cuales se relacionan con la alimentación familiar como frecuencia de alimentos (todos los días, 5 veces por semana, 3 veces por semana, 1 o 2 veces por semana), cantidad de consumo de agua (menos de 2 vasos, 3 a 5 vasos, más de 5 vasos), número de comidas que realizan en casa, quién decide/compra/prepara la comida (el adulto mayor o alguien más), se incluyeron las costumbres y necesidades individuales que se consideran en relación a la alimentación del adulto mayor (presencia o ausencia) y si conocen el plato del buen comer (si o no) así como si las comidas se apegan a este (si, no, a veces). Se realizó una validación test-retest con un índice alcanzado de .93.

## **Consideraciones éticas**

El estudio se apegó a las disposiciones articuladas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014). Durante la investigación, todos los participantes fueron tratados con dignidad, se respetaron sus derechos y se prevaleció en todo momento su bienestar (Artículo 13). En todo momento, prevaleció la privacidad de los participantes, por lo que se omitieron sus nombres; solo respondieron la edad que tienen (Artículo 14). Para efectos del estudio, fue considerada como investigación sin riesgo (Artículo 17, Fracción I), ya que se utilizaron métodos documentales y no se realizó ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psi-

cológicas y sociales de los adultos mayores. A cada participante se le otorgó un consentimiento informado (Artículo 20) por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna; por ello, para que el consentimiento informado se considere existente (Artículo 21), se brindó una explicación clara y completa a los adultos mayores y familiares participantes de la investigación para que así puedan comprenderla. Se necesitó de la aprobación de la Comisión de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, región Veracruz, de la Universidad Veracruzana.

### **Análisis de datos**

Una vez tabulados los datos en el programa SPSS, se procedió al análisis de estos a través de estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva permitió conocer las características de la muestra, así como cada una de las variables propuestas, para lo que se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión y proporciones de acuerdo con la naturaleza de las variables. La estadística inferencial permitió probar la asociación entre las variables utilizando la prueba chi cuadrada, considerando que ambas variables (prácticas alimentarias familiares y estado nutricional) se consideraron ordinales, estableciendo una significancia teórica aceptable en  $p < .05$ .

### **Resultados**

La muestra se conformó por 111 adultos mayores; 61.3 % ( $f=68$ ) fueron mujeres, 54.1 % ( $f=60$ ) refirieron tener pareja, 47.7 % ( $f=53$ ) eran amas de casa; es importante destacar que solo un 6.3 % ( $f=7$ ) refirieron estar pensionados o jubilados.

Los participantes alcanzaron una media de edad de 69.39 años ( $DE=8.297$ ), mientras que la de escolaridad fue de 4.94 ( $DE=3.864$ ) años, lo que refleja que aún apenas alcanzan el cuarto año de primaria. En promedio, los adultos mayores cohabitan con 1.93 ( $DE=1.353$ ) personas, es

decir, aproximadamente dos personas por adulto mayor; sin embargo, es de notar que hubo adultos mayores que viven solo con una persona ( $f=12$ , 10.8 %), usualmente su pareja, y algunos, por el contrario, que viven hasta con seis personas ( $f=1$ , .9 %). Como es conocido, la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles es alta en este grupo de edad; en la muestra estudiada, el 59.5 % ( $f=66$ ) refirieron tener diagnóstico de hipertensión arterial, 41.4 % ( $f=46$ ) viven con diabetes mellitus y 28.8 % ( $f=32$ ) refieren tener enfermedades articulares; siendo estas las tres principales patologías que presentan (Tabla 1).

**Tabla 1.**  
*Características sociodemográficas y de salud de las PAM*

| Variable          | Grupo                       | f  | %    |
|-------------------|-----------------------------|----|------|
| Sexo              | Hombre                      | 43 | 38.7 |
|                   | Mujer                       | 68 | 61.3 |
| Estado marital    | Con pareja                  | 60 | 54.1 |
|                   | Sin pareja                  | 51 | 45.9 |
| Ocupación         | Ama de casa                 | 53 | 47.8 |
|                   | Comerciante                 | 14 | 12.6 |
|                   | Pensionado / Jubilado       | 7  | 6.3  |
|                   | Otros trabajos remunerados* | 37 | 33.3 |
| Presencia de ECNT | Hipertensión arterial       | 46 | 41.4 |
|                   | Diabetes mellitus           | 66 | 59.5 |
|                   | Enfermedades articulares    | 32 | 28.8 |

\*Conductor, obrero, albañil, mecánico, campesino, carpintero, empleada doméstica, modista, repostera. PAM: Personas adultas mayores;  $n = 111$

## Prácticas alimentarias familiares

Las prácticas alimentarias familiares son los hábitos y comportamientos que una familia desarrolla entorno a la alimentación, en ellas se incluyen no solo los aspectos del consumo de alimentos sino también su selección, la planificación de los menús, la forma en que se ofrecen y consumen los alimentos, la participación en la elección y elaboración, entre otras. En relación con ello, en este estudio se encuentra que el consumo de los

grupos de alimentos en las familias se da principalmente 1 o dos veces por semana; siendo priorizado principalmente las carnes (47.7 %, f=53), oleaginosas (44.1 %, f=49) y cereales (42.4 %, f=47); mientras que las legumbres o verduras son las menos priorizadas (27.0 %, f=30). Si se considera la frecuencia de consumo de todos los días, sólo las frutas y oleaginosas alcanzaron proporciones por arriba del 30 %, lo que significa que sólo un tercio de las familias consumen diariamente estos alimentos (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Frecuencia de consumo de alimentos de las familias de las PAM*

| <b>Grupos de alimentos</b> | <b>Frecuencia de consumo</b> | <b>f</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|------------------------------|----------|----------|
| Carnes                     | Todos los días               | 22       | 19.9     |
|                            | Cinco veces por semana       | 17       | 15.3     |
|                            | Tres veces por semana        | 18       | 16.2     |
|                            | Una a dos veces por semana   | 53       | 47.7     |
|                            | Nunca                        | 1        | 0.9      |
| Lácteos                    | Todos los días               | 27       | 24.3     |
|                            | Cinco veces por semana       | 16       | 14.4     |
|                            | Tres veces por semana        | 25       | 22.5     |
|                            | Una a dos veces por semana   | 36       | 32.4     |
|                            | Nunca                        | 7        | 6.4      |
| Legumbres y/o verduras     | Todos los días               | 28       | 25.2     |
|                            | Cinco veces por semana       | 23       | 20.8     |
|                            | Tres veces por semana        | 30       | 27.0     |
|                            | Una a dos veces por semana   | 30       | 27.0     |
|                            | Nunca                        | -        | -        |
| Frutas                     | Todos los días               | 41       | 36.9     |
|                            | Cinco veces por semana       | 12       | 10.8     |
|                            | Tres veces por semana        | 21       | 18.9     |
|                            | Una a dos veces por semana   | 37       | 33.4     |
|                            | Nunca                        | -        | -        |



|             |                            |    |      |
|-------------|----------------------------|----|------|
| Cereales    | Todos los días             | 10 | 9.0  |
|             | Cinco veces por semana     | 12 | 10.8 |
|             | Tres veces por semana      | 40 | 36.0 |
|             | Una a dos veces por semana | 47 | 42.4 |
|             | Nunca                      | 2  | 1.8  |
| Oleaginosas | Todos los días             | 35 | 31.5 |
|             | Cinco veces por semana     | 12 | 10.8 |
|             | Tres veces por semana      | 12 | 10.8 |
|             | Una a dos veces por semana | 49 | 44.1 |
|             | Nunca                      | 3  | 2.8  |

PAM: Personas adultas mayores; n= 111

Además del consumo, la dinámica familiar en relación con la alimentación muestra que el 60.4 % (f=67) de las familias comen juntos, pero solo el 22.5 % (f=25) no ve televisión mientras comen y solo el 30.6 % (f=34) reconoce tener reglas en la hora de la comida, como no tener pantallas en el tiempo de alimentación. Solo el 34.3 % (f=38) consideró que sus comidas se apegan al plato del buen comer (Tabla 3).

**Tabla 3**  
*Prácticas alimentarias en las familias de las PAM*

| <b>Práctica</b>                                               | <b>Presencia/ausencia</b> | <b>f</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|----------|----------|
| Comen todos juntos                                            | Si                        | 67       | 60.4     |
|                                                               | No                        | 25       | 22.5     |
|                                                               | A veces                   | 19       | 17.1     |
| Ven TV cuando comen                                           | Si                        | 19       | 17.1     |
|                                                               | No                        | 76       | 68.5     |
|                                                               | A veces                   | 16       | 14.4     |
| Tienen reglas en la hora de la comida (no pantallas)          | Si                        | 34       | 30.6     |
|                                                               | No                        | 63       | 56.8     |
|                                                               | A veces                   | 14       | 12.6     |
| Las comidas preparadas se ape-<br>gan al plato del buen comer | Si                        | 38       | 34.3     |
|                                                               | No                        | 49       | 44.1     |
|                                                               | A veces                   | 24       | 21.6     |
| PAM participa en la compra de<br>alimentos                    | Si                        | 55       | 49.5     |
|                                                               | No                        | 56       | 50.5     |
| PAM participa en la preparación<br>de los alimentos           | Si                        | 60       | 54.1     |
|                                                               | No                        | 51       | 45.9     |
| PAM en la decisión de lo que se<br>comerá                     | Si                        | 67       | 60.4     |
|                                                               | No                        | 44       | 39.6     |

PAM: Personas adultas mayores    n=111

## **Estado nutricional de las personas adultas mayores**

El estado nutricional de las personas adultas mayores resulta uno de los indicadores clínicos más importantes en el seguimiento de la salud y el control de los tratamientos. En la muestra estudiada, se encontró que el 56.8 % (f=63) conserva estado nutricional normal, 37.8 % (f=42) y solo un 5.4 % (f=6) se consideró en malnutrición (Tabla 4).

**Tabla 4***Estado nutricional de las PAM*

| Variable           | Categoría               | f  | %    |
|--------------------|-------------------------|----|------|
| Estado nutricional | Normal                  | 63 | 56.8 |
|                    | Riesgo de mal nutrición | 42 | 37.8 |
|                    | Mal nutrición           | 6  | 5.4  |

PAM: Personas adultas mayores n=111

### Asociación entre prácticas alimentarias familiares y estado nutricional de las PAM

En la Tabla 5 se muestran los resultados del análisis de asociación entre las prácticas alimentarias familiares y el estado nutricional de las personas adultas mayores.

**Tabla 5***Frecuencias y resultados de Chicuadrada para prácticas de alimentación y estado nutricional en las PAM*

|                                                                    |         | Estado nutricional |        |             | Total | X2    | gl | p   |
|--------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|--------|-------------|-------|-------|----|-----|
|                                                                    |         | Mal nutri-<br>ción | Riesgo | Nor-<br>mal |       |       |    |     |
| Comen to-<br>dos juntos                                            | Sí      | 1                  | 22     | 44          | 67    | 12.17 | 4  | .01 |
|                                                                    | No      | 4                  | 9      | 12          | 25    |       |    |     |
|                                                                    | A veces | 1                  | 11     | 7           | 19    |       |    |     |
|                                                                    | Total   | 6                  | 42     | 63          | 111   |       |    |     |
| Ven T V<br>cuando co-<br>men                                       | Sí      | 0                  | 9      | 10          | 19    | 9.22  | 4  | .05 |
|                                                                    | No      | 6                  | 31     | 39          | 76    |       |    |     |
|                                                                    | A veces | 0                  | 2      | 14          | 16    |       |    |     |
|                                                                    | Total   | 6                  | 42     | 63          | 111   |       |    |     |
| Tienen re-<br>glas en la<br>hora de la<br>comida (no<br>pantallas) | Sí      | 2                  | 13     | 19          | 34    | 1.00  | 4  | .90 |
|                                                                    | No      | 4                  | 23     | 36          | 63    |       |    |     |
|                                                                    | A veces | 0                  | 6      | 8           | 14    |       |    |     |
|                                                                    | Total   | 6                  | 42     | 63          | 111   |       |    |     |

|                                                          |         |   |    |    |     |      |   |     |
|----------------------------------------------------------|---------|---|----|----|-----|------|---|-----|
| Las comidas preparadas se apegan al plato del bien comer | Sí      | 0 | 10 | 28 | 38  | 8.13 | 4 | .08 |
|                                                          | No      | 4 | 21 | 24 | 49  |      |   |     |
|                                                          | A veces | 2 | 11 | 11 | 24  |      |   |     |
|                                                          | Total   | 6 | 42 | 63 | 111 |      |   |     |
| PAM participa en la compra de alimentos                  | Si      | 1 | 22 | 32 | 55  | 2.79 | 2 | .25 |
|                                                          | No      | 5 | 20 | 31 | 56  |      |   |     |
|                                                          | Total   | 6 | 42 | 63 | 111 |      |   |     |
| PAM participa en preparación de alimentos                | Si      | 1 | 27 | 32 | 60  | 5.14 | 2 | .06 |
|                                                          | No      | 5 | 15 | 31 | 51  |      |   |     |
|                                                          | Total   | 6 | 42 | 63 | 111 |      |   |     |
| PAM participa en decisión de lo que se comerá            | Si      | 3 | 28 | 36 | 67  | 1.24 | 2 | .53 |
|                                                          | No      | 3 | 14 | 27 | 44  |      |   |     |
|                                                          | Total   | 6 | 42 | 63 | 111 |      |   |     |

PAM: Personas adultas mayores; n= 111

Se encontró una asociación significativa entre comer todos juntos ( $\chi^2(-gl=4)=12.17, p=.01$ ) y no ver televisión mientras comen ( $\chi^2(gl=4)=9.227, p=.05$ ), y aunque no alcanzaron la significancia, es importante notar que las prácticas donde la persona mayor participa en la preparación de alimentos y que las comidas se apeguen al plato del bien comer, marcaron una tendencia a la significancia ( $p<.10$ ).

## Discusión y conclusiones

Las prácticas alimentarias familiares son un conjunto de interacciones con comportamientos específicos, los cuales se relacionan con la alimentación, la frecuencia de comida, la cantidad, los horarios que establecen, la forma en que se prepara la comida; asimismo, entran las costumbres y necesidades individuales. La literatura muestra que las prácticas alimentarias influyen en las conductas en salud y la salud de los miembros de la familia a lo largo de la vida.

Conocer y entender estas asociaciones se vuelve indispensable para promover el trabajo de promoción de conductas en salud y atención específica en la población de adultos mayores. Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran congruencia en las características con el promedio de la población nacional, con predominio de las mujeres y con baja escolaridad, que en su mayoría aún viven en familia (INEGI, 2020) y que, como parte de la cultura mexicana, siguen predominando valores como el familismo, donde la interacción con los miembros de la familia marca conductas individuales. Se muestra en las familias donde hay adultos mayores prácticas integrativas en torno al grupo: la mayoría de las familias comen juntas y sin ver televisión, y existe participación de las personas adultas mayores en cuanto a la compra, preparación y decisión de la alimentación familiar. Estas prácticas reflejan la integración de la persona adulta mayor al núcleo básico social y además la disposición de la familia al aceptar y respetar las aportaciones de la persona mayor hacia el núcleo. Las prácticas familiares y el familismo son un sello distintivo en las familias latinas; diversos estudios han evidenciado cómo la práctica y perseveración de este valor cultural, así como el respeto hacia este por los prestadores de salud, pueden mejorar las prácticas de autocuidado y control de enfermedades en personas mayores (Ayón et al., 2010; Mills et al., 2017; Savage et al., 2016).

Por otro lado, aunque la mayoría de los adultos mayores estudiados tuvieron un estado de salud normal, resulta preocupante que más de la tercera parte esté en riesgo o ya en estado de malnutrición. Estudios que abordaron esta variable también refieren cifras preocupantes al respecto (Muñoz et al., 2020; Chavarría et al., 2019) y ello alarma, pues es ampliamente reconocido el rol del estado nutricional en resultados en salud, tanto en personas en condiciones de enfermedad (Dagnelie et al., 2024) como en aquellas en independencia funcional (Schehl & Leukel, 2020). En el presente estudio se afirma que hay muy poco apego al plato del buen comer; apenas por arriba de un tercio de la muestra de las familias cumplen con esta importante actividad, lo que manifiesta la necesidad de elevar la educación en salud en este sentido. Principalmente, considerando las necesidades de macro y micronutrientes en este grupo de edad..

Es común pensar que los problemas del estado nutricional derivan solamente del acto del consumo de alimentos, y aunque esto es relati-

vamente la causa directa, también es importante pensar los aspectos que favorecen el consumo y aseguramiento de ingesta adecuada; como se evidencia en este estudio, existen prácticas familiares que se asocian al estado nutricional. Se encontró una correlación entre las prácticas alimentarias familiares y el estado nutricional del adulto mayor, particularmente las prácticas en que los adultos mayores se ven y sienten integrados al núcleo familiar y a las actividades en torno a la actividad de alimentación.

Los resultados enfatizan la conducta alimentaria en el contexto familiar como un factor influyente en la salud nutricional de las personas adultas mayores. El conocimiento de las asociaciones que integren los aspectos de orden cultural debe ser considerado por los profesionales de la salud en el desarrollo de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Aunque la nutrición no es una actividad específica del profesional de enfermería, es un ámbito en el que se puede instaurar un plan de cuidados enfocado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; de igual modo, considerar los cambios que el proceso de envejecer impone, considerándolo como un proceso de cambio conductual plausible solo si se ve de manera integral, con respeto a los comportamientos culturales, y realizarlo de manera paulatina. La alimentación saludable, junto con otras conductas que reflejen un estilo de vida promotor de la salud adaptada a las necesidades del envejecimiento, debe ser parte de las metas para el mantenimiento integral de la salud, el control de las enfermedades crónicas y la promoción de vejez exitosas con una mejor calidad de vida para el individuo.

## Referencias

- Ayón, C., Marsiglia, F. F., & Bermudez-Parsai, M. (2010). Latino Family Mental Health: Exploring The Role of Discrimination and Familismo. *Journal of community psychology*, 38(6), 742–756. <https://doi.org/10.1002/jcop.20392>
- Chavarría Sepúlveda, P., Barrón Pavón V., Rodríguez Fernández, A. (2019). Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Revista cubana de salud pública*, 43(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pi-)

d=S0864-34662017000300005

- Dagnelie, P. C., Willems, P. C., & Jørgensen, N. R. (2024). Nutritional status as independent prognostic factor of outcome and mortality until five years after hip fracture: a comprehensive prospective study. *Osteoporosis International*, 35(7), 1273–1287. <https://doi.org/10.1007/s00198-024-07088-3>
- Diario Oficial de la Federación. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (DOF 02-04-2014).
- Faul et al. (2020). *G Power* (3.1.9.6). Universidad Kiel.
- Fulkerson, J. A., Larson, N., Horning, M., & Neumark-Sztainer, D. (2014). A review of associations between family or shared meal frequency and dietary and weight status outcomes across the lifespan. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(1), 2–19.
- Iglesias, Lourdes, Bermejo, José Carlos, Vivas, Ángela, León, Roberto, & Villacieros, Marta. (2020). Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. *Gerokomos*, 31(2), 76-80. Epub 05 de octubre de 2020. Recuperado en 02 de septiembre de 2025, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2020000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000200004&lng=es&tlng=es).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/>.
- López Pallarés, JA & Parada Sanchís, MA. (2015). Fiabilidad y validez del Mini Nutritional Assessment (MNA) en pacientes sometidos a hemodiálisis: revisión de la literatura. *Enfermería Nefrológica*, 18(Supl. 1), 55. Recuperado en 30 de septiembre de 2025, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000500040&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000500040&lng=es&tlng=es).
- Mahmood, L., Flores-Barrantes, P., Moreno, L. A., Manios, Y., & Gonzalez-Gil, E. M. (2021). The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients*, 13(4). <https://doi.org/10.3390/nu13041138>
- Mills, S., Brown, H., Wrieden, W., White, M., & Adams, J. (2017). Frequency of eating home cooked meals and potential benefits for diet and health: Cross-sectional analysis of a population-based cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*,

- 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0567-y>
- Muñoz Díaz, B., Martínez de la Iglesia, J., Molina Recio, G., Aguado Taberné, C., et al. (2020) Estado nutricional y factores asociados en pacientes ancianos ambulatorios. *Atención Primaria*, 52(4). 240-249. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718303330>
- OMS. (2009). *Cuidados amigables con el mayor estado nutricional: Una guía*. Rio de Janeiro. Brasil.
- Pender, N., Murdaugh, C. and Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. 7th Edition, Pearson Education Inc., London.
- Savage, B., Foli, K. J., Edwards, N. E., & Abrahamson, K. (2016). Familism and Health Care Provision to Hispanic Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(1), 21–29. <https://doi.org/10.3928/00989134-20151124-03> (Original work published January 1, 2016)
- Schehl, B., & Leukel, J. (2020). Associations between individual factors, environmental factors, and outdoor independence in older adults. *European Journal of Ageing*, 17(3), 291–298. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00553-y>
- Snuggs, S., & Harvey, K. (2023). Family Mealtimes: A Systematic Umbrella Review of Characteristics, Correlates, Outcomes and Interventions. *Nutrients*, 15(13), 2841. <https://doi.org/10.3390/nu15132841>



## **Ferias interactivas como modelo multidisciplinario dirigido a grupos vulnerables en Baja California**

*Candolfi Arballo, Ofelia<sup>1</sup>  
Vidal Gutiérrez, Ximena<sup>2</sup>  
Rodríguez Fuentes, Karina<sup>3</sup>  
Ontiveros Duries, Manuel<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20257033>



---

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. Blvd. Universitario No. 1000, Valle de las Palmas. C.P. 22260. (<https://orcid.org/0000-0001-8687-2915>)

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. Blvd. Universitario No. 1000, Valle de las Palmas. C.P. 22260 (<https://orcid.org/0000-0002-3399-166X>). Correspondencia: [ximena.vidal@uabc.edu.mx](mailto:ximena.vidal@uabc.edu.mx)

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. Blvd. Universitario No. 1000, Valle de las Palmas. C.P. 22260 (<https://orcid.org/0000-0002-8449-5869>)

<sup>4</sup> Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias de la Salud. Blvd. Universitario No. 1000, Valle de las Palmas. C.P. 22260 (<https://orcid.org/0009-0004-5656-9770>)

## **Resumen**

El objetivo del trabajo fue informar e instruir sobre la prevención de enfermedades de importancia en salud pública y con ello aumentar la calidad de vida de las infancias y adolescencias bajacalifornianas, así como promover acciones claras de autocuidado mediante la implementación de un programa de salud educativo basado en actividades lúdicas con formato de “Ferias de la Salud”. Se realizó un estudio descriptivo observacional multicéntrico que consistió en seis fases de trabajo, desde el diseño del programa hasta su implementación. Más de 800 niños, niñas y adolescentes de seis escuelas y tres municipios de Baja California han sido beneficiados con la implementación del programa. Un total de 79 estudiantes de cuatro programas educativos del área de la salud participaron como prestadores de servicio social comunitario; la mayor participación fue en el programa de Médico (44.3 %) y del sexo femenino (78.5 %). La implementación del programa Ferias de la Salud ha beneficiado tanto a las poblaciones vulnerables como a los estudiantes universitarios; permite que los futuros profesionistas desarrollen habilidades y competencias profesionales y humanísticas, y que la niñez bajacaliforniana adquiera conocimientos que le permitirán realizar acciones de autocuidado y compartir ese conocimiento con sus familias y grupos sociales.

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que las niñas, niños y adolescentes son vulnerables a los efectos adversos relacionados con la contaminación del aire, lo que provoca numerosas muertes al año; de igual manera, afirma que dichos grupos poblacionales están habitualmente en contacto con campañas publicitarias que promueven el consumo de productos que comprometen su salud y bienestar, provocando trastornos de diversa índole (OMS, 2020).

Adicionalmente, la OMS menciona que hoy en día, la población de 0 a 18 años enfrenta amenazas de salud relacionadas, entre otras, con estilos de vida, viviendas precarias, hacinamiento, condiciones de vida insalubres y desigualdad; por tal motivo, llama a tomar acciones inme-

diatas para enfrentar dichas amenazas. En este sentido, enlista una serie de acciones que protegerían de manera importante a la niñez, entre las cuales destaca el hacerlos partícipes en el diseño de su propio futuro y dirigir los esfuerzos de todas las políticas vinculadas con la Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (OMS, 2020).

Relacionado con lo anterior, el ODS 3 profundiza sobre salud y bienestar, busca garantizar una vida sana para todas las personas de todas las edades y subraya la importancia de erradicar epidemias de enfermedades transmisibles. De igual manera, el ODS 4 pretende asegurar que todo el alumnado adquiera conocimientos sobre estilos de vida sostenibles y promoción de la salud (ONU, 2015).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que “las enfermedades transmisibles afectan desproporcionadamente a las comunidades con recursos limitados”, vinculándose con innumerables situaciones como los factores socioculturales y la pobreza; asimismo, señala que los costos que generan, tanto sociales como de salud, justifican la necesidad de disminuirlas y eliminarlas de la población (OPS, s/f).

En la última reforma a la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada el 23 de marzo del 2022 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), se indica que las autoridades realizarán acciones y tomarán medidas para “promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de los niños, niñas y adolescentes”; de igual manera, en el título segundo de la misma ley menciona como derecho principal su “derecho a la protección de la salud y a la seguridad social” (Gobierno de México, 2024).

La niñez y adolescencia en Baja California enfrentan desigualdad en acceso a salud y educación. En el año 2020, el 22.8 % presentaba carencia de acceso a servicios de salud y el 41.7 % carecía de acceso a seguridad social; en la ciudad de Tijuana, el 24.8 % no contaba con afiliación a servicios de salud (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2022).

El Plan de Desarrollo Institucional (PDI) 2023-2027 de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), en su enfoque en el bienestar, cultura de la paz, investigación y compromiso regional, busca responder

a las necesidades de salud actuales con programas e iniciativas que se alinean con los ODS (UABC, 2023).

El objetivo del trabajo fue informar e instruir sobre la prevención de enfermedades de importancia en salud pública y con ello aumentar la calidad de vida de las infancias y adolescencias bajacalifornianas, así como promover acciones claras de autocuidado y fomentando que actúen como promotores de salud al interior de sus familias y grupos sociales, mediante la implementación de un programa de salud educativo basado en actividades lúdicas con formato de “Ferias de la Salud”.

## **Métodos**

Se realizó un estudio de tipo observacional multicéntrico que consistió en las siguientes fases de trabajo:

### **Diseño y autorización del programa**

Se diseñó un programa de servicio social comunitario titulado “Informar para Prevenir”, apegado a las pautas marcadas por la Coordinación General de Vinculación y Cooperación Académica de la UABC, del Departamento de Apoyo a la Extensión de la Cultura y la Vinculación del Campus Tijuana y el Reglamento de Servicio Social de la UABC (UABC, 2007). Para la autorización del programa, se sometió a la evaluación de un comité externo de otra unidad académica de la Universidad; posteriormente, se recibió un dictamen aprobatorio que marcaba el inicio de la operatividad del programa.

Se trabajó con un estudiante de la Licenciatura en Diseño Gráfico de la Facultad de Ciencias de la Ingeniería y Tecnología de la UABC para la generación del imago tipo del programa y con este los materiales de difusión.

### **Selección de población beneficiada**

Desde la concepción del programa, las actividades fueron dirigidas a grupos sociales desfavorecidos o en situación vulnerable, de manera

que se seleccionó la población de niños, niñas y adolescentes en edad escolar, adscritos a instituciones de educación pública de nivel básico, la mayoría localizadas en zonas definidas como de atención prioritaria según el DOF (Estados Unidos Mexicanos, 2022, 2023).

Para la selección de las zonas de trabajo, se tomaron en cuenta criterios importantes, por ejemplo, zonas rurales o suburbanas, con niveles de marginación o vulnerabilidad, problemas de acceso a servicios de salud, índice delictivo, entre otros.

### **Gestión con autoridades escolares**

Se establecieron vías de comunicación con las autoridades escolares de las zonas de atención, se compartió un plan de trabajo y se calendarizaron las visitas con base en el calendario de actividades de las escuelas y de la propia Universidad.

Se diseñaron folletos e infografías con el programa de trabajo y se compartieron por diversas vías de comunicación con las autoridades escolares y estas a su vez con los padres de familia. Se sostuvieron reuniones para organizar y definir detalles de la intervención.

### **Selección de prestadores de servicio social e integración de equipos**

Se estableció un perfil de los prestadores de servicio social, el cual definía a estudiantes de licenciaturas del área de la salud, cuyo servicio social comunitario no haya finalizado, que se encontraran cursando el segundo semestre en adelante, con promedio mínimo de 80 y con conocimiento sobre enfermedades infecciosas y no infecciosas, conocimiento básico en el manejo de TICC como plataformas educativas, uso de internet, computación, elaboración de recursos visuales, entre otros. Entusiastas, proactivos, con habilidad de trabajo en equipo, con compromiso social y empáticos con las necesidades de salud de la población vulnerable, especialmente infancias, y de manera importante, que practiquen los valores universitarios.

Los equipos de trabajo se conformaron de dos a tres personas, a los cuales se les asignó un tema relacionado con la promoción de la salud y

la prevención de enfermedades, abarcando temas del cuidado de la salud bucal, alimentación, actividad física, vacunación, entre otros. Cada equipo fue responsable de elaborar el material didáctico para el abordaje del tema asignado, así como una actividad lúdica para retroalimentar el mismo.

### **Diseño y generación de materiales didácticos**

Se estableció un cronograma de actividades con los equipos de trabajo. Se realizaron reuniones periódicas donde se entregaron avances y se clarificaron dudas. Los materiales fueron desde juegos de mesa, diseño de competencias por equipos, trivias, acertijos, etc. Los materiales diseñados fueron estratégicamente planeados para aplicarse en población infantil y adolescente de las escuelas primarias.

### **Implementación del programa en comunidad**

A partir de la aprobación del programa, las actividades fueron realizadas en dos ediciones, correspondientes a dos años consecutivos: 2023 y 2024. En la Tabla 1 se detalla la numeraria de la población infantil beneficiada, así como las escuelas primarias participantes.

En el sitio de la intervención, se trabajó un modelo nombrado “10 x 10 x 10”, lo que corresponde a 10 módulos de trabajo, cada uno atendiendo a grupos de 10 (máximo 12) estudiantes durante un periodo de 10 minutos. Finalizado el tiempo, los grupos de niños y niñas se rotaban en forma de circuito, en el mismo sentido, para transitar al siguiente módulo, de manera que, bajo este modelo, se atendían entre 100 y 120 alumnos en un periodo de 100 minutos (1 hora 40 minutos) y, durante una jornada completa de trabajo (horario escolar), fue posible atender a un aproximado de 250 alumnos; la cantidad de alumnos por grupo podría ser variable, basados en el total de la población de la escuela.

### **Consideraciones éticas**

El trabajo se desarrolló siguiendo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2025) y la Ley

General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en México (Gobierno de México, 2024), garantizando la protección de los y las menores.

**Aprobación del proyecto:** El proyecto fue evaluado por un comité externo, el cual emitió un dictamen positivo para la implementación y operación del programa.

**Protección a menores de edad:** A través de las autoridades escolares se informó a los padres, madres y/o tutores de familia sobre las actividades a realizar con los menores; con antelación se les hizo llegar el plan de trabajo, el programa y las actividades, con la finalidad de recibir su consentimiento para que los niños, niñas y adolescentes participaran en las actividades.

**Confidencialidad y anonimato:** Durante la intervención se tomaron fotografías del evento y del desarrollo de las actividades, salvaguardando en todo momento la identidad de los y las menores. No se recopilaron testimonios (escritos u orales), nombres u otros datos personales y/o sensibles de los participantes.

**Pertinencia y beneficencia:** La información sobre salud proporcionada fue científicamente válida, apropiada y fidedigna, expresada con lenguaje apropiado y respetuoso, inclusivo y libre de estigmatización y discriminación; en ningún momento causó ningún tipo de daño físico y psicológico. Todas las actividades fueron constantemente supervisadas y coordinadas por profesionales del área de la salud.

## Resultados

Se autorizó e implementó el programa de salud titulado “Informar para Prevenir”, del cual derivaron las actividades de las Ferias de la Salud. Se diseñó un imagotipo como identidad visual de las actividades comunitarias, el cual se encuentra en proceso de registro ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). Dicho logotipo se utilizó para generar todo tipo de materiales de difusión del programa.

Dentro de las actividades del programa participaron un total de 79 estudiantes del área de la salud de nivel licenciatura: 21 del programa educativo de Fisioterapia (26.6 %), 22 de Cirujano Dentista (27.8 %), 1 estudiante de Psicología (1.3 %) y 35 de Medicina (44.3 %). En la figura

1 se muestra la participación de los prestadores de servicio social por programa educativo y sexo; se registró una mayor participación del sexo femenino (78.5 %), respecto al sexo masculino (21.5 %).

Las zonas seleccionadas para implementar las actividades del programa pertenecen a tres municipios de Baja California: Rosarito, Tecate y Ensenada, donde se localizaron escuelas primarias para realizar la intervención.

En relación con la población beneficiada, esta comprendió más de 800 niñas, niños y adolescentes, de nivel educativo básico, entre 6 y 12 años de edad; los detalles específicos se mencionan en la Tabla 1 y la Figura 2..

**Tabla 1**

*Lugares donde se llevaron a cabo las Ferias de la Salud y la población beneficiada.*

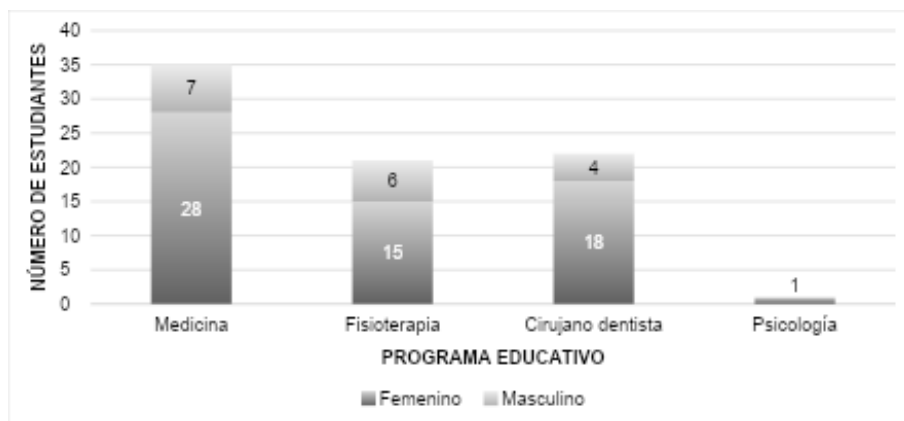
| <b>Lugar/Municipio</b>     | <b>Clave de localidad*</b> | <b>Escuela Primaria</b> | <b>Población beneficiada</b> |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Valle de las Palmas/Tecate | 020041977                  | Prof. Alberto Correa    | 212                          |
| Colonia Nueva Hindú/Tecate | 020030340                  | Juan Escutia            | 158                          |
| Real del Castillo/Ensenada | 020010190                  | Esteban Cantú Jiménez   | 241                          |
| Granjas Garzón/Tecate      | 020030001                  | Cuitláhuac              | 120                          |
| Vista Marina/Rosarito      | No aplica                  | Niños Héroes            | 16                           |
| Valle de las Palmas/Tecate | 020041977                  | Juan Domínguez Freire   | 92                           |

\* Nota: Según la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para el año 2023 y 2024 (Estados Unidos Mexicanos, 2022, 2023).

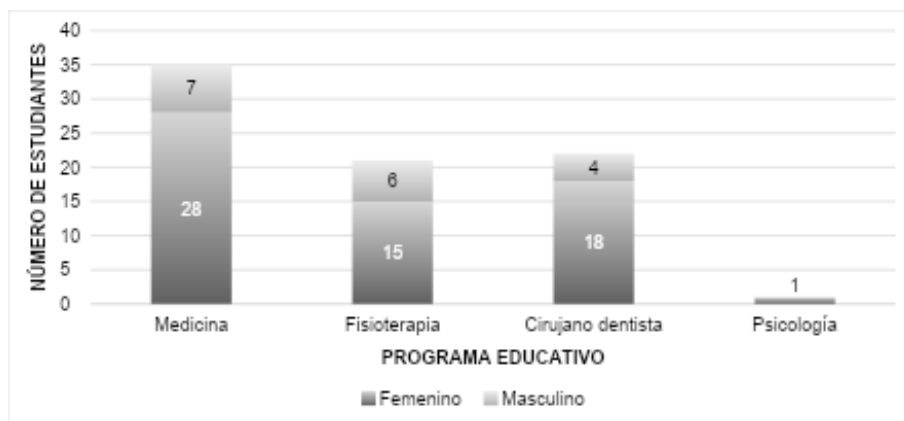


**Figura 1.**

*Participación del alumnado como prestador de servicio social comunitario correspondiente a programas educativos del área de la salud.*

**Figura 2.**

*Población beneficiada de diversas escuelas primarias en tres municipios de Baja California.*



Las Figuras 3 y 4 muestran el equipo de trabajo integrado por estudiantes y profesionales de la salud, en sus ediciones 2023 y 2024.

**Figura 3.**

*Equipo de trabajo para la presentación del Programa Ferias de la Salud, en la edición 2023.*



**Figura 4.**

*Equipo de trabajo para la presentación del Programa Ferias de la Salud, en la edición 2024.*



## Discusión y conclusiones

El diseño e implementación del programa de salud en escuelas primarias que se ubican en zonas vulnerables ha representado invaluables beneficios tanto a los niños, niñas y adolescentes de dichas escuelas como al estudiantado del área de la salud que participó como prestador de servicio social.

Al informar y educar desde la niñez sobre acciones que benefician su salud, se promueve el desarrollo de conductas de autocuidado y, de igual manera, fortalecerá las acciones diarias para el cuidado de la salud de sus familias, en congruencia con la afirmación de la OMS donde indica que los niños, niñas y adolescentes pueden ser excelentes promotores de salud al interior de sus núcleos sociales; mejorar su bienestar trae consigo beneficios a lo largo de la vida y las futuras generaciones (OMS, 2020).

En lo que respecta al diseño del programa, es importante mencionar que no se ha realizado aún una evaluación formal sobre su impacto en la comunidad y la población a la que se dirige; sin embargo, se han recibido excelentes comentarios de las autoridades escolares respecto a la opinión del alumnado de sus planteles. Recientemente, en una revisión sobre estrategias y métodos que se utilizan para evaluar las intervenciones de promoción de la salud basadas en la comunidad en niños y adolescentes, concluye que los conceptos y estrategias de evaluación son complejos, y es necesario generar información a través de publicaciones que orienten en la toma de decisiones de expertos en salud pública (Bader et al., 2023).

En este mismo sentido, en 2025 se realizó una revisión sistemática donde estableció como objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones en salud basadas en la comunidad que promuevan la alfabetización de los padres, y menciona que se requieren estudios donde las muestras sean más numerosas y que además aporten datos que permitan mejorar la calidad de la evidencia (Belfrage et al., 2025). En las nuevas ediciones de las Ferias de la Salud se han incluido acciones que impacten en la alfabetización de las madres y padres de familia, así como de los tutores, cuidadores y docentes, en temas de salud sexual y mental, de esta manera, se espera que se pueda recolectar datos que demuestren un beneficio directo en las poblaciones de infancias y adolescencias; Jacob

et al. (2021) ha señalado que las intervenciones que involucran a actores clave como docentes y padres representan una estrategia con perspectivas favorables, valorando esta participación, en 2020 se expresa la preocupación del nulo involucramiento de los padres de familia en éste tipo de actividades (Flores Castro y González Urrutia, 2020).

El compromiso institucional de la UABC en temas de responsabilidad social y apoyo comunitario se fortalece con programas de salud como los propuestos en este trabajo; una revisión sistemática exploratoria realizada recientemente sobre la participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria concluye que “las prácticas institucionales de participación y empoderamiento comunitario tienen un gran potencial para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones”, y enfatiza que se deben abordar desafíos importantes como la falta de recursos y la capacitación, entre otros, sugiriendo un enfoque combinado de participación: institución, individuo y comunidad (Bernal-Ordoñez et al., 2025).

Existen programas de salud escolares destinados a dar apoyo y solución a problemas específicos. Una revisión sistemática publicada en 2020, donde analizaron los diferentes programas de salud escolar destinados a reducir la obesidad infantil, mencionó que existe discrepancia entre la investigación disponible y la evidencia para fundamentar la toma de decisiones (Dabravolskaj et al., 2020). Las Ferias de la Salud contemplan la atención integral, incluyen temas de salud bucal, física y recientemente sexual y mental, de manera que la evidencia generada podrá ser aplicada en diferentes ámbitos de la salud. En relación con esto, existe evidencia donde se ha analizado cómo la educación entre pares en las escuelas ayuda a estudiantes de 11 a 18 años a mejorar sus conocimientos y comportamientos de salud en diversas áreas (sexual, estilos de vida saludables, etc.) (Dodd et al., 2022).

Son numerosos los estudios que señalan que, desde el punto de vista de la salud pública, las intervenciones de educación para la salud en las escuelas tienen mucho potencial (Flores Castro y González Urrutia, 2020; Jacob et al., 2021; Masini et al., 2024; Pérez Rubio et al., 2023), sobre todo en la adquisición de conocimientos. Así mismo, dos intervenciones educativas en salud bucal, una en primaria y otra en secundaria, afirmaron obtener buenos resultados e incluso la aplicación del programa fue bien

evaluada (Castillo Ortiz et al., 2020; Leyva-Brooks et al., 2021).

El nombre del programa Ferias de la Salud lleva implícita la esencia de las actividades realizadas, ya que se utilizan como principal recurso las actividades lúdicas; esto ha permitido una conexión particular con la población infantil, mayor apertura al aprendizaje y una motivación compartida. En consecuencia, la información que se transmite se integra de manera significativa. Esta afirmación es apoyada por el estudio de Flores-Castro y González-Urrutia, que trata sobre el uso del juego para la educación nutricional de niños y niñas, y afirma que las actividades lúdicas representan una oportunidad en estas intervenciones (Flores Castro y González Urrutia, 2020).

En lo que respecta a la experiencia de los estudiantes universitarios como prestadores de servicio social para las Ferias de la Salud, la mayoría de los estudiantes han valorado la experiencia como una oportunidad de aprendizaje y sensibilización. Estudios publicados concuerdan con dicha experiencia, donde se resaltan de manera importante las habilidades socioemocionales, tales como la empatía, la justicia y responsabilidad social y la conducta profesional a futuro (Plessas et al., 2024). En este mismo sentido, en una revisión sistemática donde se incluyeron 17 estudios relacionados con la educación comunitaria en el programa de enfermería, todos los estudios reportaron una mejoría en las habilidades de los estudiantes, entre las que destacan la comunicación, la confianza entre sí, el conocimiento, el pensamiento crítico y el trabajo en equipo (Zeydani et al., 2021).

Si bien es cierto que las actividades del programa implementado incluyen una fase previa de gestión, preparación y generación de los materiales de apoyo, la intervención en las escuelas es únicamente durante un día por plantel escolar, en contraste, un estudio realizado en 2020 donde se analizaron las perspectivas de los estudiantes de medicina sobre su participación y experiencia de voluntariado a largo plazo en comparación con una experiencia de servicio comunitario de un día, los participantes refirieron desarrollar habilidades comunicativas y interpersonales, aunado a que dentro de la experiencia interactuaron con una comunidad diversa y vulnerable lo que los sensibilizó sobre los problemas de la comunidad (Haidar et al., 2020).

En el caso de los estudiantes que participaron en las Ferias de la Salud y que pertenecen a la Facultad de Ciencias de la Salud de la UABC, su unidad académica se ubica a 10 km de la población rural de Valle de las Palmas; por lo tanto, recibe estudiantes de dicha localidad, los cuales conocen de manera personal las necesidades de la población. Desarrollar el programa en dicha localidad permitió fortalecer el sentido de pertenencia a su comunidad; además, Valle de las Palmas cuenta con un porcentaje de población indígena, lo que hace de ella una localidad multicultural con la que fue posible interactuar.

Las evidencias analizadas confirman que la participación de estudiantes del área de la salud en programas de apoyo comunitario no solo beneficia a las poblaciones vulnerables, sino que también revoluciona la preparación de los próximos especialistas en salud, generando competencias claves para el ejercicio profesional con responsabilidad social, de ahí que algunos trabajos concluyen que las facultades de medicina deben incorporar programas de voluntariados como parte de su currículo, lo que permitiría que desarrollen habilidades experienciales fuera del ámbito tradicional de aprendizaje (Haidar et al., 2020), para el caso de la UABC, todos los estudiantes deben realizar 300 horas de servicio social comunitario como parte de su formación profesional (UABC, 2007).

Finalmente, los argumentos expuestos validan el alcance y pertinencia de las acciones de salud comunitaria realizadas en espacios educativos de poblaciones desfavorecidas, evidenciando transformaciones positivas en estilos de vida, autoestima, prevención y participación social.

## Referencias

- Bader, B., Coenen, M., Hummel, J., Schoenweger, P., Voss, S., & Jung-Sievers, C. (2023). Evaluation of community-based health promotion interventions in children and adolescents in high-income countries: A scoping review on strategies and methods used. *BMC Public Health*, 23(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15691-y>
- Belfrage, S., Husted, M., Fraser, S., Patel, S., & Faulkner, J. (2025). A systematic review of the effectiveness of community-based interventions aimed at improving health literacy of parents/carers of

- children. *Perspectives in Public Health*, 145(1), 25–31. <https://doi.org/10.1177/17579139231180746>
- Bernal-Ordoñez, L. K., NIño-Gutiérrez, E. L., Casanova, M. L., Treviño del Campo, F., Rodríguez, A., & Jiménez García, D. A. (2025). Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: Revisión sistemática exploratoria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, 1–8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.135>
- Castillo Ortiz, S., Parejo Maden, D., Montoro Ferrer, Y., Mayán Reina, G., & Renda Valera, L. (2020). Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes de secundaria. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 12(2). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98644>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2022). *FICHA TÉCNICA: Infancia Y Adolescencia En Baja California. Blog De Datos E Incidencia Política De REDIM*. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2022/05/20/ficha-tecnica-infancia-y-adolescencia-en-baja-california-mayo-2022/>
- Dabravolskaj, J., Montemurro, G., Ekwaru, J. P., Wu, X. Y., Storey, K., Campbell, S., Veugeliers, P. J., & Ohinmaa, A. (2020). Effectiveness of school-based health promotion interventions prioritized by stakeholders from health and education sectors: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine Reports*, 19, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101138>
- Dodd, S., Widnall, E., Russell, A. E., Curtin, E. L., Simmonds, R., Limmer, M., & Kidger, J. (2022). School-based peer education interventions to improve health: A global systematic review of effectiveness. *BMC Public Health*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14688-3>
- Estados Unidos Mexicanos. (2022). DECRETO por el que se formula la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para el año 2023. Diario Oficial de la Federación.
- Estados Unidos Mexicanos. (2023). DECRETO por el que se formula la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para el año 2024. Diario Oficial de la Federación.

- Flores Castro, O., & González Urrutia, R. (2020). Caracterización de la intervención educativa realizada por estudiantes de nutrición en escuelas públicas del cantón de La Unión para la prevención de la obesidad y la promoción de la salud. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(1), 494–522. <https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.40765>
- Gobierno de México. (2024). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (reformada 27 mayo 2024). Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. <http://www.gob.mx/sipinna/documentos/ley-general-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes-reformada-20-junio-2018>
- Haidar, A., Erickson, S. G., & Champagne-Langabeer, T. (2020). Medical Students' Participation in Longitudinal Community Service During Preclerkship Years: A Qualitative Study on Experiences and Perceived Outcomes. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7. <https://doi.org/10.1177/2382120520936610>
- Jacob, C. M., Hardy-Johnson, P. L., Inskip, H. M., Morris, T., Parsons, C. M., Barrett, M., Hanson, M., Woods-Townsend, K., & Baird, J. (2021). A systematic review and meta-analysis of school-based interventions with health education to reduce body mass index in adolescents aged 10 to 19 years. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01065-9>
- Leyva-Brooks, S., Matos-Gamboa, J. C., & Sánchez-Fernández, N. E. (2021). Intervención educativa sobre prevención de caries dental en una escuela primaria. *Gaceta Médica Estudiantil*, 2(1), 1–13.
- Masini, A., Salussolia, A., Anastasia, A., Grao-Cruces, A., Soldà, G., Zanutto, G., Riegger, S., Mulato, R., Sánchez-Oliva, D., Ceciliani, A., Marini, S., & Dallolio, L. (2024). Evaluation of school-based interventions including homework to promote healthy lifestyles: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Public Health*, 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02239-6>
- OMS. (2020). *Nuevas amenazas para la salud de los niños y los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-new-threats-to-health>
- ONU. (2015). ODS 3. Salud y Bienestar. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>



- OPS. (s. f.). Enfermedades Transmisibles. Recuperado el 26 de febrero de 2023, de <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles>
- Pérez Rubio, L., Marugán De Miguel sanz, J. M., Rosario Bachiller Luque, M., & Casado Vicente, V. (2023). Impacto en la salud del programa de intervención comunitaria «Educación para la salud en la adolescencia». *Gaceta Sanitaria*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102305>
- Plessas, A., Paisi, M., Ahmed, N., Brookes, Z., Burns, L., & Witton, R. (2024). The impact of community engaged healthcare education on undergraduate students' empathy and their views towards social accountability; a mixed methods systematic review. *BMC Medical Education*, 24(1), 1490. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06367-1>
- UABC. (2007). *Reglamento de Servicio Social de la Universidad Autónoma de Baja California*.
- UABC. (2023). *Plan de Desarrollo Institucional*. <https://comunicacion-institucional.uabc.mx/plan-de-desarrollo-institucional/>
- World Medical Association. (2025). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*, 333(1), 71–74. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>
- Zeydani, A., Atashzadeh-Shoorideh, F., Abdi, F., Hosseini, M., Zohari-Anboohi, S., & Skerrett, V. (2021). Effect of community-based education on undergraduate nursing students' skills: A systematic review. *BMC Nursing*, 20(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00755-4>



# Capítulo 19

---

## **Teoría de las transiciones sobre cuidado materno y perinatal: Análisis y evaluación**

*Valenzuela Araujo, Lucía<sup>1</sup>*

*Manjarres Posada, Natalia Isabel<sup>2</sup>*

*Gómez Rodríguez, Gustavo Alfredo<sup>3</sup>*

*Gámez Medina, Mario Enrique<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20257040>



---

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Fuente de Poseidón y Ángel Flores s/n, Col. Jiquilpan, C.P. 81220 en Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México. (<https://orcid.org/0000-0001-6621-3103>)

<sup>2</sup> Departamento de Salud Pública / Instituto Regional de Investigación en Salud Pública. Sierra Mojada 950, Col. Independencia, C.P. 44340, Guadalajara, Jalisco, México. (<https://orcid.org/0000-0003-2143-0897>). Correo electrónico: [natalia.manjarres@academicos.udg.mx](mailto:natalia.manjarres@academicos.udg.mx)

<sup>3</sup> Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Fuente de Poseidón y Ángel Flores s/n, Col. Jiquilpan, C.P. 81220 en Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México. (<https://orcid.org/0000-0002-3034-5443>)

<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8470-4782>, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Fuente de Poseidón y Ángel Flores s/n, Col. Jiquilpan, C.P. 81220 en Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México

## **Resumen**

**Objetivo:** Aumentar la comprensión y la aproximación del uso de la Teoría de las Transiciones para la práctica e investigación enfermera respecto a la atención y cuidado en la transición de la maternidad, durante el embarazo, parto y puerperio. **Métodos:** Se utilizó el enfoque de análisis y evaluación de teorías propuesto por Fawcett & Desanto-Madeya (2013). Consiste en un marco metodológico que incluye dos etapas: en primer lugar, analizar los orígenes de la teoría, el contexto y el contenido; en segundo lugar, evaluar la explicación de los orígenes, amplitud del contenido, consistencia lógica, generación de teoría, legitimidad y las contribuciones a la disciplina enfermera. **Resultados:** El profesional de enfermería debe trabajar sobre la base de intervenciones basadas en evidencia para ofrecer un cuidado que fomente las capacidades de la mujer y que esta logre una transición saludable. **Discusión y conclusiones:** La atención y cuidado durante la transición de la maternidad implica la combinación de programas más integrales con la finalidad de promover, en la medida de lo posible, las transiciones saludables.

## **Introducción**

La Teoría de las Transiciones (TT) es una teoría de enfermería de rango medio que integra elementos de la sociología, el interaccionismo simbólico, la teoría de roles, la teoría del cambio y la investigación empírica de enfermería (Sanhueza et al., 2024). Fue desarrollada por Afaf Ibrahim Meleis a lo largo de la época de 1980, buscando describir cómo las personas experimentan cambios significativos, asumen diferentes conductas al enfrentar una transición a lo largo de la vida y cómo se considera la actuación de la disciplina de enfermería en ese proceso (Sanhueza Muñoz et al., 2024; Schumacher y Meleis, 1994). La TT se ha aplicado por su exhaustividad, aplicabilidad y afinidad a diversos fenómenos humanos, como la enfermedad, recuperación, muerte, nacimiento, pérdida, inmigración, entre otros (Canaval et al., 2007; Meleis y Trangenstein, 1994).

La utilización de la teoría de las transiciones de Meleis proporciona un marco para el desarrollo de programas curriculares, que responde a

la necesidad de aprendizaje de estudiantes, guía la práctica enfermera desde diversos contextos, comprende fenómenos complejos de la atención sanitaria, sirve de base teórica en trabajos de investigación vigentes, así como orienta la terapéutica de enfermería de manera coherente con un enfoque basado en las personas y sus familias (Canaval et al., 2003; Cancino-Jiménez et al., 2024; Cuzco et al., 2023). Asimismo, debido a la necesidad de atención de salud culturalmente competente, la TT se convierte en una base creciente y progresiva para todas las disciplinas sanitarias (Arrowsmith et al., 2016).

Los estudios revelan que la teoría de las transiciones puede emplearse en la práctica enfermera con diferentes grupos de poblaciones, como las geriátricas, psiquiátricas, maternas, familiares cuidadores, mujeres menopáusicas, pacientes con Alzheimer, mujeres inmigrantes y personas con enfermedades crónicas, entre otros (Nolli et al., 2022; Canaval et al., 2007; Cuzco et al., 2023; Fernández-Rincón et al., 2023; Fernández-Sánchez et al., 2020; Orr et al., 2020; Rivera-Meléndez & Díaz-Ramos, 2020; Saucedo-Pahua et al., 2023). Meleis mencionaba que una de las transiciones de desarrollo más significativas era la de convertirse en madre, ya que trata de una etapa de las mujeres donde pasan de una realidad existente conocida rumbo a una desconocida en la que es necesario alcanzar un nuevo rol (Meleis, 2010; Mercer, 2004).

El enfoque sobre las dimensiones del ser humano a través de la Teoría de las Transiciones (TT) permite realizar interpretaciones más cercanas a las percepciones, a la diversidad de vivencias, a la complejidad de los fenómenos y a la necesidad de transformar la atención sanitaria, particularmente en el cuidado de las mujeres en transición materno-perinatal (Fernández-Rincón et al., 2023). La disciplina enfermera ocupa un papel clave en los procesos de transición a la maternidad, debido a funciones esenciales que le permiten valorar necesidades físicas y psicosociales de la experiencia; lo que pone de relieve el desarrollo de prácticas de cuidado sustentadas en marcos teóricos que influyan en la adaptación de mujeres a nuevos roles maternos, así como fortalecer y promover transiciones saludables (Özcan y Temiz, 2025; Sule y Bozkurt, 2024). Este análisis tiene como objetivo profundizar en la comprensión y aproximación del uso de la teoría de las transiciones para la práctica e investigación enfer-

mera respecto a la atención y cuidado en la transición de la maternidad, durante el embarazo, parto y puerperio.

## **Métodos**

De acuerdo con la evidencia científica existente, se llevó a cabo un análisis y evaluación de la teoría de las transiciones utilizando el enfoque de Fawcett y DeSanto-Madeya (2013). Este enfoque consiste en un marco metodológico que incluye dos etapas: En la primera etapa de análisis se abordan los orígenes de la teoría a través de los antecedentes históricos, se examina el contexto teórico de enfermería y el contenido mediante sus conceptos y proposiciones. En la segunda etapa de evaluación se explican los orígenes de la teoría y su relevancia; la amplitud del contenido evalúa su aplicabilidad; la consistencia lógica determina si los conceptos y proposiciones son coherentes; la generación de teoría verifica su contribución para crear nuevo conocimiento en la disciplina; la legitimidad evalúa la aceptación y validez en su aplicación; y las contribuciones a la disciplina enfermera valora el impacto en su campo. Este enfoque se utilizó con el objetivo de profundizar en la comprensión y aproximación del uso de la teoría de las transiciones para la práctica e investigación enfermera respecto a la atención y cuidado en la transición de la maternidad, durante el embarazo, parto y puerperio. Se consideró en primer lugar la teoría de transiciones de Alfa Meleis del 2000. En segundo lugar, artículos complementarios publicados por la autora de la TT. Además, se realizó una revisión de la literatura, en la cual se utilizaron palabras claves como teoría, transiciones, maternidad y se consultaron bases de datos como Scielo, Pubmed, ScienceDirect, BVS-salud y Advances in Nursing Science para identificar artículos de enfermería disponibles hasta 2025.

## **Resultados**

### **Paso 1: Origen del modelo**

El origen de la Teoría de las Transiciones comenzó en la década de 1960, cuando Meleis desarrollaba su tesis de investigación sobre fenómenos de

planificación de embarazos y procesos relacionados con la paternidad y el dominio de roles de crianza (Meleis, 1975). Posteriormente, al percatarse de que sus ideas eran incompletas por no incluir las transiciones, modificó su estudio hacia personas que no mostraban transiciones saludables o manifestaban insuficiencia del rol (Meleis, 2007). Meleis opinaba que la generación de conocimiento de enfermería debía orientarse hacia la terapéutica (Meleis, 1975). Por lo tanto, empezó a trabajar la suplementación del rol como terapéutica de enfermería tal y como lo hizo en su investigación anterior (Meleis, 1975; Meleis y Swendsen, 1978; Jones et al., 1978).

Con estos cambios de pensamiento teórico, sus principales intenciones fueron determinar los componentes, procesos y estrategias relacionados con la suplementación del rol, que sería un aspecto sustancial para encaminar a las personas hacia una transición saludable hasta ese momento. Su teoría de la suplementación del rol se relacionó no solo con estudios sobre el nuevo rol de crianza, sino también con otros estudios con personas adultas mayores, personas con postinfarto de miocardio, cuidadores de pacientes con Alzheimer y mujeres que no lograron ser madres y que mantenían una insuficiencia del rol (Dracup et al., 1985; Gaffney, 1992; Kaas y Rousseau, 1983; Kelley y Lakin, 1988; Meleis y Swendsen, 1978).

En estos estudios, Meleis empezó a debatir sobre la naturaleza y la experiencia humana de las transiciones. En aquel momento, la investigación que realizaba se enfocó en personas migrantes y su salud; esta modificación hizo que pensara en las transiciones como concepto. Fue en 1985 cuando Meleis, en colaboración con Norma Chick de la Massey University (Nueva Zelanda), desarrollaron el concepto de transición publicado para enfermería (Chick y Meleis, 1986). Después, Meleis, en colaboración con Karen Schumacher, estudiante de doctorado de la Universidad de California (San Francisco), realizó extensas búsquedas bibliográficas para revelar la gran aplicación de la transición como concepto o marco en la literatura enfermera (Schumacher y Meleis, 1994).

Posteriormente, se realizaron reuniones de un grupo responsable de revisión donde se analizaron, identificaron, compararon, contrastaron e integraron los resultados de los datos relacionados con experiencias y

respuestas de transición. El resultado de estas reuniones se publicó en 2000 (Meleis et al., 2000) y se ha utilizado ampliamente en estudios de enfermería. La teoría de las transiciones ha contribuido en el progreso hacia teorías de situación específica, a través del proceso de teorización que permite desarrollar teorías listas para aplicar y adaptarse fácilmente a la práctica (Sanhueza Muñoz et al., 2024).

## **Paso 2. Enfoque único**

La TT se desarrolló para conducir a una comprensión más exhaustiva de las experiencias y tipos de transiciones de las personas, lo que permite asimilarlas como procesos complejos que se determinan por factores contextuales que ocasionan vulnerabilidad (Schumacher y Meleis, 1994). Las transiciones se dan a partir de eventos críticos que desencadenan una serie de modificaciones en la vida de las personas; algunas veces esas personas requieren de una intervención (Hanna et al., 2025). Es así como enfermería se convierte en pieza clave para facilitar el afrontamiento, promover el bienestar, así como el empoderamiento de los efectos del cambio antes, durante y después de una experiencia de transición (Al-drigi et al., 2024; Brito et al., 2023).

Las características principales de las transiciones incluyen la perspectiva holística del individuo, la multiplicidad y complejidad de las experiencias. La perspectiva holística se centra en entender la interrelación entre las dimensiones individuales y colectivas durante una transición, promoviendo un enfoque integral en lugar de fragmentado (Cuzco et al., 2023). La multiplicidad se trata de la presencia de varias transiciones a la vez en diferentes áreas de la vida de una persona, mientras que la complejidad muestra la interconexión y la influencia mutua de estas transiciones (Alligood, 2018; Meleis, 2010).

## **Análisis paso 3. Contenido**

Una teoría de enfermería es un conjunto de conceptos y proposiciones que se clasifican de acuerdo con un metaparadigma filosófico que integra cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud y enfermería



(Desanto-Madeya, 2013). El análisis del contenido permite identificar las similitudes entre los cuatro conceptos principales del metaparadigma de enfermería con los conceptos de la TT. Por lo tanto, se consideran para el análisis las cuatro categorías de conceptos de la Teoría de las Transiciones (TT), siguientes: Naturaleza de la transición (tipos, patrones y propiedades de la experiencia), condiciones de las transiciones (personales o comunitarias), patrones de respuesta (indicadores de proceso y de resultado) y la terapéutica de enfermería (valoración de la preparación para la transición y la suplementación del rol).

La transición es un proceso desde una fase de la vida hacia otra, donde los cambios en el estado de salud, la modificación de roles, las expectativas y habilidades propician un periodo de vulnerabilidad (Meleis et al., 2000; Rivera-Meléndez y Díaz-Ramos, 2020). Esta vulnerabilidad se relaciona con la experiencia, las interacciones y condiciones del entorno de la transición en las que las personas sobrellevan un probable daño, una recuperación difícil o un mal afrontamiento. El primer concepto del metaparadigma a comparar es la persona. Según Fawcett y Desanto-Madeya (2013), la persona se entiende como el ser humano, que es el centro de los cuidados de enfermería. En la Teoría de las Transiciones (TT), la persona es el ser humano con experiencias y conductas de respuesta, donde las transiciones son complejas y multidimensionales, se determinan por flujo y movimiento durante un lapso, en el que originan cambios en los patrones básicos de la vida (Alligood, 2018).

Las transiciones de desarrollo se describen como eventos complejos y dinámicos relacionados con el ciclo vital del ser humano en etapas de crecimiento como el embarazo, nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez o muerte que pueden influir en su bienestar (Meleis, 2010; Meleis y Trangenstein, 1994). La transición a la maternidad es un proceso evolutivo que integra el desarrollo de una identidad maternal, en la que se percibe la propia capacidad de ser madre, se confía en las interacciones con el bebé, se interioriza el rol de la maternidad y se incorpora con otros roles de la vida (Hwang et al., 2022).

Las transiciones de salud y enfermedad incluyen procesos que afectan a personas y familias en contextos de atención de salud hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria (Cancino-Jiménez et al., 2024; Meleis y Tran-

genstein, 1994). Las transiciones organizativas se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan la vida de las personas, como influencias sociales, económicas y políticas sobre el individuo. Finalmente, las transiciones situacionales se refieren a cambios entre roles educativos, profesionales y migratorios, entre otros (Schumacher y Meleis, 1994).

Según Meleis et al. (2000) las propiedades de la experiencia de la transición comprenden la conciencia, compromiso, cambio y diferencia, tiempo, y puntos críticos. La conciencia hace referencia a la percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición y el nivel de conciencia se entiende como el grado de coherencia entre lo que se conoce con algunas respuestas previstas y las percepciones de individuos que viven transiciones parecidas (Meleis et al., 2000). El compromiso se define como el grado de implicación de la persona en el proceso propio de la transición (Meleis et al., 2000).

Los cambios y diferencias son los cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta que dan movimiento o dirección a los procesos internos y externos (Schumacher y Meleis, 1994). Las mujeres que experimentan cambios físicos y mentales, como el embarazo, parto y puerperio atraviesan un proceso de transición para reconocer y adaptarse a nuevos roles como madres (Itai et al., 2022). Las diferencias se explican como expectativas no cumplidas, son percibidas de forma diferente a lo habitual (Meleis et al., 2002). El tiempo se describe como el lapso fluido y en movimiento (Meleis et al., 2000). Los puntos críticos y acontecimientos se definen como marcadores como nacer, morir, fin de la menstruación o diagnosticar una enfermedad (Ibarra et al., 2020).

De acuerdo con Fawcett y Desanto-Madeya (2013), el concepto entorno se refiere a otros seres humanos, entorno físico y escenarios de prestación de cuidados de enfermería. En la TT, el entorno se menciona a los factores internos y externos que interfieren en la transición, como el ambiente físico, social y cultural (Cuzco et al., 2023). Las condiciones de las transiciones son circunstancias personales, comunitarias o sociales que determinan el movimiento a una transición, lo que facilita o frena la dirección hacia una transición saludable (Schumacher y Meleis, 1994; Sanhueza Muñoz et al., 2024). Este concepto es aplicable para identificar los factores que facilitan la transición y la adaptación de la madre a su

nuevo rol, así como para apoyarla en su afrontamiento (Sule y Bozkurt, 2024).

El concepto de salud se describe como los procesos de la vida y la muerte humanas (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). En la TT, la salud es el dominio de variables como disminución de síntomas, bienestar percibido y capacidad de adquirir roles nuevos. Los patrones de respuesta se definen como indicadores de proceso que mueven a las personas hacia la salud o en dirección a la vulnerabilidad. Los indicadores de proceso propuestos por Meleis et al. (2000) comprenden el sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y afrontamiento. Los indicadores de resultado hacen referencia al dominio fluido e identidades integradas, por ejemplo, el bienestar percibido (Meleis et al., 2000).

El reconocimiento de la forma en que las mujeres distinguen su cuidado nace del concepto teórico “Indicadores de Resultado”. Esto debido a que, de acuerdo con la Teoría de Transiciones TT, si la mujer percibe un cuidado inapropiado, no logrará manifestar una transición saludable (Aldrighi et al., 2024). La salud de la mujer durante este periodo de cambio, que engloba las dimensiones físicas, emocional y social, destaca la complejidad del bienestar de la mujer, que necesita cuidados multidimensionales y un apoyo continuo (Lagadec et al., 2018).

Las enfermeras tienen un rol clave en el cuidado de las personas y familias que experimentan las transiciones. Dialogar sobre las transiciones satisfactorias requiere de una relación eficaz entre enfermera y persona (terapéutica de enfermería) (Cuzco et al., 2023). Para la valoración sobre la preparación de la transición, se necesita evaluar las condiciones de la transición y crear un perfil individual de la persona. La preparación para la transición incluye educar como primordial modalidad para crear condiciones óptimas. La suplementación del rol se plantea como una terapéutica de enfermería (Meleis, 1975). El profesional de enfermería debe trabajar sobre la base de intervenciones basadas rigurosamente en la evidencia actual para ofrecer un cuidado que fomente las capacidades de la mujer y que esta logre una transición saludable a su nuevo rol de madre (Rivera-Meléndez y Díaz-Ramos, 2020).

## **Evaluación de TT**

La evaluación se realizó siguiendo los siguientes criterios: explicación de los orígenes del modelo, exhaustividad del contenido, coherencia lógica, generación de teoría, legitimidad y aportaciones a la disciplina enfermera.

### **Explicación de los orígenes del modelo**

La teoría de la transición comenzó con la teoría de la insuficiencia de roles (Meleis, 1975; Meleis y Swendsen, 1978; Meleis et al., 1980). En su primer trabajo teórico, Meleis reivindicó el papel de la insuficiencia de roles, definido como cualquier dificultad en el conocimiento o desempeño de un rol o en el logro de sus objetivos, así como la dificultad en los sentimientos asociados con el comportamiento del rol tal como lo percibe (Meleis, 1975; Meleis y Swendsen, 1978; Meleis et al., 1980). En los primeros trabajos, el objetivo de las transiciones saludables era el dominio de comportamientos, sentimientos, claves y símbolos asociados con nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos (Meleis, 1975).

En 1986, Chick y Meleis conceptualizaron la transición como concepto central de la enfermería. La Teoría de las Transiciones progresó más tarde sobre la base de los estudios de investigación realizados por exalumnos de Meleis que investigaron poblaciones diversas. Finalmente, con la aparición de teorías específicas de la situación como un nuevo tipo de teoría de enfermería, varias teorías específicas fueron desarrolladas sobre la base de la teoría de las transiciones; algunas identificadas recientemente en este estudio tienen que ver con transiciones de la menopausia, transiciones migratorias, transiciones de la maternidad, transiciones de condiciones crónicas, transiciones para el desarrollo de intervenciones de enfermería, entre otros (Nolli et al., 2022; Canaval et al., 2007; Cuzco et al., 2023; Fernández-Rincón et al., 2023; Fernández-Sánchez et al., 2020; Orr et al., 2020; Rivera-Meléndez y Díaz-Ramos, 2020; Saucedo-Pahua et al., 2023).

## **Amplitud de contenidos**

La TT ofrece una estructura concreta en la exposición de sus conceptos a través de una clasificación que facilita el análisis. Las definiciones conceptuales son claras y permiten una comprensión completa de la complejidad de las transiciones. Los conceptos principales están vinculados lógicamente y las relaciones son fáciles de entender en sus afirmaciones teóricas. Como teoría disciplinar, posibilita el relacionamiento de sus conceptos respecto al metaparadigma de enfermería. Desde esa perspectiva, el primer concepto de persona se asocia con experiencias, conductas de respuesta en procesos de cambio y con el desarrollo de identidades. Es decir, la persona es un ser humano que soporta transiciones complejas y de múltiples dimensiones que provocan cambios en los patrones básicos de la vida. La TT caracteriza al entorno como condiciones personales y comunitarias que actúan en la facilitación o inhibición de las transiciones saludables. La salud la describe de acuerdo con indicadores de proceso que movilizan a las personas en dirección saludable o vulnerable y los indicadores de resultado que determinan el dominio e incorporación de nuevas identidades. El concepto de enfermería en la TT se vincula con el hecho de que estos profesionales son cuidadores fundamentales que apoyan en el afrontamiento de las transiciones mediante la valoración, preparación y suplementación del rol, lo que identifica como terapéutica de enfermería.

## **Coherencia lógica**

La TT es lógicamente coherente. Los conceptos primordiales están vinculados lógicamente y las relaciones son fáciles de entender en sus afirmaciones teóricas, al igual que las definiciones conceptuales se presentan de forma determinada, lo que brinda una reflexión profunda de la complejidad de las transiciones. Las relaciones entre los conceptos principales se distinguen de forma sencilla en un diagrama fácil de interpretar. Contempla el enfoque de las transiciones desde su origen natural; los tipos y patrones de las transiciones se enlazan bidireccionalmente con las propiedades de la experiencia de la transición, donde las transi-

ciones tienden a ser múltiples y complejas; asimismo, se entrelazan con las propiedades de conciencia, compromiso, cambio, tiempo y puntos críticos. Las propiedades de la experiencia de la transición igualmente están bidireccionalmente enlazadas con los patrones de respuesta o indicadores de proceso y resultado. Por lo tanto, las condiciones personales, comunitarias o sociales pueden facilitar o inhibir transiciones saludables. Los indicadores de proceso y resultado, además, se relacionan bidireccionalmente; estos movilizan a las personas hacia la salud o la vulnerabilidad y, por último, la terapéutica de enfermería se vincula con todos los conceptos de manera bidireccional.

### **Generación de teorías**

Se refiere a la posibilidad de que los conceptos y proposiciones más concretos se deriven de la teoría. La teoría de las transiciones ha servido de base en el ámbito de la enfermería y la salud, especialmente en el estudio de los procesos de cambio y adaptación en diferentes contextos de la vida. La teoría de situación específica de la transición menopaúsica de las mujeres inmigrantes coreanas de bajos ingresos fue impulsada por la teoría desarrollada por Schumacher y Meleis (1994). Esta investigación muestra que las mujeres coreanas inmigrantes tienden a ignorar o descuidar su transición menopaúsica, ocasionada por otras transiciones inminentes como la inmigración o la búsqueda de empleo. Sin reconocer y entender las múltiples transiciones situacionales, la experiencia de la transición menopaúsica no podría descubrirse e interpretarse plenamente; también los hallazgos de esta investigación sugirieron la integración de nuevos conceptos.

La teoría de situación específica de la transición migratoria para las mujeres trabajadoras agrícolas también se derivó de la teoría de rango medio de las transiciones. La autora inició su teorización a través del supuesto de que estudiar la migración como proceso de transición podría brindar una nueva perspectiva y ampliar los conocimientos y la comprensión de la salud y las complejas interrelaciones con los factores contextuales (Niu, 2022). Por lo tanto, las teorías de situación específica proporcionan pautas más delimitadas para la práctica en poblaciones

particulares y contribuyen al desarrollo de intervenciones de enfermería para mejorar la atención sanitaria.

## **Legitimidad**

Hace referencia a los resultados de la aplicación de la teoría en diferentes áreas de enfermería y la solidez de su contenido. En la investigación enfermera se han documentado diferentes usos de la TT (Tabla 1). En el área materno-infantil, comprendiendo transiciones de desarrollo desde una perspectiva compleja que permite profundizar en los conocimientos para la generación de intervenciones más independientes y preparar a las mujeres y familia para el rol de la maternidad (Sule & Bozkurt, 2024). En transiciones de salud-enfermedad como la transición de personas con enfermedades crónicas o el abordaje de enfermedades emergentes como el caso del coronavirus, que permite hacer frente a una nueva forma de responder al cambio.

En transiciones situacionales como la migración en poblaciones específicas como la de los mismos profesionales de enfermería y los cambios que viven, que conllevan en muchos casos a periodos de vulnerabilidad, así como su aplicación también en procesos formativos de los estudiantes de enfermería. La TT contempla elementos de las transiciones que son sumamente relacionados con los procesos de salud-enfermedad, lo que ha facilitado el diseño de intervenciones para responder a diversos fenómenos. Proporciona conceptos que facilitan un enfoque integral que incluye la comprensión de diferentes dimensiones físicas, psicológicas, sociales y culturales con respecto a diversos contextos.

**Tabla 1***Estudios Publicados para la Investigación y la Práctica enfermeras Guiadas por la TT*

| <b>Fenómeno de los Cuidados de Enfermería</b>                                                                                    | <b>Área</b>              | <b>Conceptos empleados</b>                                                                                                                                          | <b>Uso de la Teoría</b> | <b>Población</b>                                                     | <b>Cita</b>                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Transiciones y salud de la mujer en embarazo y posparto                                                                          | Materno-infantil         | Transición, propiedades universales, condiciones de la transición, patrones de resultado                                                                            | Aplicada                | Mujeres en embarazo y posparto                                       | (Canaval et al., 2007)               |
| Transición a casa desde la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), tal y como la experimentan las madres                | Materno-infantil         | Transición situacional del hospital al hogar, transición a la maternidad, transición del desarrollo convertirse en adulto                                           | Aplicada                | Madres adolescentes                                                  | (Orr et al., 2020)                   |
| Percepción del cuidado durante la transición a la maternidad en un grupo de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo          | Materno-infantil         | Cuidado durante la transición, suplementación de rol y debriefing (terapéutica en enfermería)                                                                       | Aplicada                | Mujeres en embarazo y parto de alto riesgo                           | (Rivera-Meléndez & Díaz-Ramos, 2020) |
| Transiciones de la práctica profesional de enfermería para hacer frente al nuevo coronavirus a la luz de la teoría de transición | Pandemia por coronavirus | Transición organizacional, cambios en el ciclo vital, proceso salud-enfermedad, práctica profesional de enfermería                                                  | Aplicada                | Profesionales de enfermería                                          | (Santos et al., 2020)                |
| Desarrollo de una tecnología cuidado-educativa a la luz de la teoría de las transiciones                                         | Tecnología educativa     | Naturaleza, tipo, patrón y propiedades de la transición, condiciones de la transición, patrones de respuesta intervención terapéutica de enfermería                 | Aplicada                | Profesionales de enfermería                                          | (Bittencourt et al., 2022)           |
| Transiciones migratorias de profesionales de enfermería mexicanos en Alemania                                                    | Migración de enfermería  | Naturaleza de la transición situacional, condiciones personales de la transición, condiciones comunitarias de la transición, condiciones sociales de la transición. | Aplicada                | Profesionales de enfermería                                          | (Fernández-Sánchez et al., 2020)     |
| Transición a la maternidad de madres receptoras de continuidad de apoyo a la crianza de los hijos                                | Materno-infantil         | Naturaleza de las transiciones, las condiciones de transición, patrones de respuesta, terapéutica de enfermería                                                     | Aplicada                | Mujeres con hijos que había desarrollado un plan de cuidado infantil | (Itai et al., 2022)                  |



|                                                                                                                                    |                                                 |                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                           |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Rol del cuidador de personas pos Accidente Cerebro Vascular                                                                        | Educación en enfermería                         | Transición situacional del rol cuidador familiar, confianza y afrontamiento en la adopción del rol cuidador, educación terapéutica de enfermería                              | Aplicada Teoría de situación específica | Adulto mayor                                                              | (Saucedo-Pahua et al., 2023)    |
| Transición del paciente en la unidad de cuidados intensivos                                                                        | Atención clínica                                | Naturaleza de la transición, patrones de respuesta, terapéutica de enfermería                                                                                                 | Aplicada                                | Pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos                     | (Cuzco et al., 2023)            |
| Los significados de la menopausia, una mirada desde la teoría de las transiciones                                                  | Salud de la mujer                               | Naturaleza de la transición, condiciones y patrones de respuesta, cuidado de enfermería                                                                                       | Aplicada                                | Mujeres en menopausia                                                     | (Fernández-Rincón et al., 2023) |
| Transiciones experimentadas por madres de niños/adolescentes con anemia de células falciformes en el contexto pandemia de COVID-19 | Afectaciones en pandemia por covid-19           | Transición saludable, transición no saludable, cambios adoptados                                                                                                              | Aplicada                                | Madres de niños y adolescentes                                            | (Brito et al., 2023)            |
| Orientación enfermera para el cuidador de anciano con marcapasos artificial en la transición hospital-domicilio                    | Educación en enfermería                         | Atención transitoria, atención continuada, inserción del familiar y del cuidador                                                                                              | Aplicada                                | Profesionales de enfermería                                               | (Oliveira et al., 2023)         |
| Transiciones como paradigma de apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas                                            | Enfermedades crónicas                           | Transición salud-enfermedad, transición situacional, condiciones de la transición patrones de respuesta, preparación del rol suplementación del rol terapéutica en enfermería | Aplicada                                | Personas diagnosticadas con enfermedad crónica                            | (Sanhueza Muñoz et al., 2024)   |
| Transición de las mujeres a la maternidad después de los 35 años sin planificación reproductiva                                    | Teoría de situación específica Materno-infantil | Transición a la maternidad no planificada, naturaleza de la transición, condiciones de la transición, patrones de respuesta, cuidado Metamaternidad terapia de enfermería     | Aplicada                                | Mujeres embarazadas después de los 35 años sin planificación reproductiva | (Aldrighi et al., 2024)         |
| Transiciones del embarazo a la maternidad entre mujeres que viven con VIH                                                          | Materno-infantil                                | Naturaleza de la transición, propiedades de la transición, condiciones de las transiciones personales y comunitarias, patrones de respuesta de proceso y resultado            | Aplicada                                | Mujeres embarazadas que viven con VIH                                     | (Tuthill et al., 2024)          |

|                                                                                                                                                                                                        |                  |                                                                  |          |                                                                        |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Efecto de la capacitación en línea sobre cuidado infantil asesoramiento posparto basado en la teoría de transición de Meleis sobre la preparación de las madres para el cuidado y la lactancia materna | Materno-infantil | Preparación para la maternidad, expectativas sobre la maternidad | Aplicada | Mujeres embarazadas primarias y mujeres con bebés sanos                | (Sule & Bozkurt, 2024) |
| Atención de enfermería basada en teoría de la transición desempeño del rol maternal y la autoeficacia parental mujeres primíparas                                                                      | Materno Infantil | Preparación para la maternidad, integración del rol materno      | Aplicada | Mujeres con embarazo único sano entre las 28 y 32 semanas de gestación | (Özcan & Temiz, 2025)  |

*Nota:* La clasificación se realizó según la categorización de Painter et al. (2008)

### Discusión

En la actualidad, las teorías de rango medio como la TT han dado un aporte creciente, de modo que acertadamente la enfermería elige un enfoque, lo modifica y lo amplía de forma pragmática para describir, explicar y predecir fenómenos de interés, lo que ha sido pauta en el desarrollo de teorías de situación específica que permite un nivel de sustracción teórica, metodológica y empírica que beneficia tanto a la práctica como a la investigación (Saucedo-Pahua et al., 2023). El paradigma ofrecido por Meléis puede ser considerado un enfoque clave para emprender el proceso de cuidado de enfermería con una visión más integral y transformadora, ya que debería ayudar a mejorar la práctica clínica, contribuir en la toma de decisiones, mejorar el razonamiento y pensamiento crítico para la aplicación de nuevas intervenciones de enfermería (Cuzco et al., 2023; Sanhueza et al., 2024).

La transición es un concepto central en la profesión de enfermería, en la que facilitan y proporcionan apoyo a las personas, familias y comunidades que experimentan los acontecimientos, cambios y resultados asociados a las transiciones (Orr et al., 2020). La teoría de Meleis enfatiza que los períodos de transición demandan nuevos comportamientos por parte de las personas para rediseñar el yo, y así originar evoluciones en

su estado de salud, relaciones, expectativas y habilidades; de esa forma, estos componentes coadyuvan a la actuación de enfermería como agente facilitador en este proceso (Oliveira et al., 2023).

En el transcurso de las transiciones, puede haber dificultades para asumir nuevos roles y el caso de la maternidad no es la excepción. La capacidad de afrontamiento de las mujeres en este periodo no solo promueve respuestas saludables, sino que también propicia una reevaluación de su papel social y personal, que concluye en la formación de una nueva identidad maternal. Esta perspectiva pone énfasis en la interconexión entre la teoría y la experiencia práctica de la maternidad, resaltando la necesidad de reconocer los múltiples factores que influyen en esta transición (Aldrighi et al., 2024). Diversas investigaciones determinan el beneficio que se obtiene al llevar a cabo intervenciones basadas en la teoría de las transiciones, como lo son las estrategias para fortalecer la comunicación e interacción con grupos vulnerables, así como el desempeño de profesionales idóneos que apoyen en facilitar el nuevo papel que enfrenta la persona (Wildermuth et al., 2020). Cuando se alcanza y se domina el nuevo rol, la preparación será apropiada para enfrentar de mejor forma las transiciones de desarrollo, salud-enfermedad, situacional y de organización (Orr et al., 2020; Sanhueza Muñoz et al., 2024; Wildermuth et al., 2020).

Esta teoría incorpora aspectos importantes de la vida y experiencias de las personas, forjando resultados saludables y permitiendo establecer riesgos o vulnerabilidades en momentos críticos. Mediante la Terapéutica de Enfermería, estos riesgos logran ser tratados y superados (Fernández-Rincón et al., 2023). La Teoría de Meleis ha sido considerablemente aplicada en contextos clínicos, tanto hospitalarios como ambulatorios, suministrando sustento y guía a personas y familias durante transiciones diferentes. Su utilidad se ha ampliado a contextos educativos, abordando transiciones situacionales y organizacionales (Nolli et al., 2022; Cancino-Jiménez et al., 2024 & Fernández-Sánchez et al., 2020). La implementación de esta teoría en procesos formativos de enfermería es de gran importancia, ya que puede apoyar en la creación de espacios educativos centrados en las características de los estudiantes, tomando en cuenta las condiciones contextuales, teniendo como referencia una teoría

propia de la disciplina. Una de las limitaciones de la teoría de las transiciones es su complejidad para comprender numerosos conceptos y sus relaciones; esto la convierte en una teoría no tan amigable que conlleva la necesidad de invertir más esfuerzos para integrarla y aplicarla, sobre todo cuando no se está familiarizado. Otra limitación por considerar es que los estudios y sus resultados pueden no perdurar por mucho tiempo debido a la naturaleza cambiante de las transiciones.

## Conclusiones

El enfoque teórico de las transiciones desafía a la disciplina de enfermería a incorporar, desarrollar y compartir conocimientos centrados en experiencias y necesidades de las personas en diversas condiciones contextuales desde una perspectiva holística de la atención de salud. Esto se vuelve no solo relevante en el campo específico de la salud, sino también en la generación de nuevas perspectivas de saberes relacionados con aspectos educacionales, sociales, psicológicos e incluso desde enfoques que tienen que ver con el empoderamiento de las personas. Incrementa el potencial de cuidado en situaciones emergentes, modelos de vida y sociedades cambiantes, lo que permite sostener a la vanguardia su aplicación a través de la derivación de teorías de situación específica; asimismo, contribuye en el avance de la práctica e investigación. En virtud de que la Teoría de las Transiciones no se limita a ningún tipo de transición particular, se vuelve necesaria la adhesión de otras teorías o disciplinas para asimilar las características, procesos y resultados propios de la transición de interés.

Explorar e indagar sobre la atención y cuidado durante la transición de la maternidad, desde la perspectiva de las experiencias del embarazo, parto y puerperio, implica la combinación de programas más integrales, así como la composición de equipos profesionales multidisciplinarios, que sean capaces de acompañar el periodo de cambio con la finalidad de promover en la medida de lo posible las transiciones saludables o, en su caso, reconocer las que no son saludables para atenderlas oportunamente. Este fundamento puede convertirse en políticas y prácticas que faciliten la construcción de intervenciones que apoyen las experiencias positivas y las transiciones saludables en este periodo de ciclo vital de las mujeres,

sus familias y grupos sociales en diferentes contextos.

Las enfermeras se encuentran en una posición única, ya que tienen el conocimiento disciplinar de la teoría de las transiciones y los frecuentes encuentros con personas que experimentan transiciones, para realizar estudios que permitan conocer y describir los tipos de transiciones, así como proveer una atención de forma complementaria. Reducir la vulnerabilidad es esencial para garantizar mejores condiciones para individuos y sus familias, así como brindar cuidados más inclusivos y certeros de acuerdo con la vivencia real de las personas y sus entornos. También se considera significativo incluir este tipo de teorías para considerarlas en la creación de nuevas tecnologías de cuidado, aprovechando su capacidad de ser adaptada en diferentes fenómenos de interés e incorporando estrategias innovadoras con el propósito de generar recomendaciones que se trasfieran a los planes de estudio de los programas formativos de enfermería y a través de eso afianzar los sistemas de atención y cuidado de diversas poblaciones y contextos.

## Referencias

- Aldrighi, J. D., Trigueiro, T. H., & Wall, M. L. (2024). Metamaternidade transicionada sem planejamento após os 35 anos: teoria de situação específica de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 33, e20240106. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0106EN>
- Arrowsmith, V., Lau-Walker, M., Norman, I., & Maben, J. (2016). Nurses' perceptions and experiences of work role transitions: a mixed methods systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1735–1750. <https://doi.org/10.1111/JAN.12912>
- Brito, L. S., Teixeira, J. B. C., Morais, A. C., Dos Santos, L. M., Suto, C. S. S., Jenerette, C. M., & Carvalho, E. S. de S. (2023). Transições vivenciadas por mães de crianças/adolescentes com doença falciforme no contexto da pandemia da COVID-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, e20220075. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220075.EN>
- Canaval E, G. E., Jaramillo B, C. D., Rosero S, D. H., & Valencia C, M. G. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Aquichan*, 7(1), 8–24. <http://www.scielo.org>

- co/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1657-59972007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Canaval, G., González, M., Tovar, M., & Valencia, C. (2003). La experiencia de las mujeres gestantes: lo invisible. *Investigación y Educación. Enfermería, XXI*, 32–47.
- Cancino-Jiménez, D., Febré, N., Cea-Netting, X., Cancino-Jiménez, J., Olguín, S., & Olguín, K. (2024). Critical evaluation of Afaf Meleis's Transition Theory: strengths, limitations and applications in nursing education. *Salud, Ciencia y Tecnología, 4*, 950-950. <https://doi.org/10.56294/SALUDCYT2024.950>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. L. Chin (Ed.), *Nursing Research Methodology: Issues and Implantation*. Gainsburg, MD: Aspen Publishers.
- Cuzco, C., Delgado-Hito, P., Marin-Pérez, R., Núñez-Delgado, A., Romero-García, M., Martínez-Momblan, M. A., Martínez-Estalella, G., & Castro, P. (2023). Transitions and empowerment theory: A framework for nursing interventions during intensive care unit patient transition. *Enfermeria Intensiva, 34*(3), 138–147. <https://doi.org/10.1016/J.ENFI.2022.10.003>
- Dracup, K., Meleis, A. T., Baker, K., & Edlefsen, P. (1985). Family-focused cardiac rehabilitation: a role supplementation program for cardiac patients and spouses. *Nursing Clinics of North America, 19*(1), 113-124.
- Fawcett, J. (2005). Criteria for evaluation of theory. *Nursing Science Quarterly, 18*(2), 131–135. <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>
- Fernández-Rincón, C. A., Henao-Buritica, A., García, N., Ruiz-Hoyos, B. M., & Escobar-Escobar, M. B. (2023). Los significados de la menopausia, una mirada desde la teoría de las transiciones. *Salud UIS, 55*(1). <https://doi.org/10.18273/SALUDUIS.55.E:23057>
- Fernández-Sánchez, H., Salma, J., Márquez-Vargas, P. M., & Salami, B. (2020). Left-Behind Women in the Context of International Migration: A Scoping Review. *Journal of Transcultural Nursing, 31*(6), 606–616. <https://doi.org/10.1177/1043659620935962>
- Gaffney, K. F. (1992). Nurse practice-model for maternal role sufficiency. *Advances in Nursing Sciences, 15*(2), 76-84.

- Hanna, K. M., Alazri, Z., & Eisenhauer, C. M. (2025). A Theory of Transitions Influencing Diabetes Self-management Among Emerging Adults With Type 1 Diabetes. *Advances in Nursing Science*, 48(1), E32–E39. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000524>
- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. Korean. *Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8. <https://doi.org/10.4069/KJWHN.2022.01.04>
- Itai, M., Harada, S., Nakazato, R., & Sakurai, S. (2022). Transition to Motherhood of Mothers Receiving Continuity of Child-Rearing Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8440. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19148440>
- Jones, P. S., Zhang, X. E., & Meleis, A. I. (1978). Transforming Vulnerability. *Western Journal of Nursing Research*, 25(7), 835-853.
- Kaas, M. J., & Rousseau, G. K. (1983). Geriatric sexual conformity: assessment and intervention. *Clinical Gerontologist*, 2(1), 31-44.
- Kelley, L. S., & Lakin, J. A. (1988). Role supplementation as a nursing intervention for Alzheimer's disease: a case study. *Public Health Nursing*, 5(3), 146-152.
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., Gaouaou, N., & Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-018-2087-4>
- Meleis, A. I. (1975). Role/insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. *Nursing Research*, 24, 264-271
- Meleis, A. I. (2002). Whither international research *Journal of Nursing Scholarship*, First Quarter, 4-5 (Editorial).
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis Al. (1999). *Teoría de las transiciones: Teorías de rango medio y específicas de la situación en la investigación y la práctica enfermera*. Nueva York: Springer
- Meleis, A. I., & Swendsen, L. (1978). Role supplementation: an empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*, 27, 11-18.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Schumacher, K., & Messias, D. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances*

- in *Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: re-definition of a nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.2004.04042.X>
- Niu, F. (2022). A push-pull model for inter-city migration simulation. *Cities*, 131, 104005. <https://doi.org/10.1016/J.CITIES.2022.104005>
- Nolli Bittencourt, M. I., Hinnah Borges de Freitas, B. I., Reschetti Marcon, S. I., Fernandes de Oliveira, A. I., Mira Landim, V. I., & Francisco dos Santos Junior, D. I. (2022). A experiência de se elaborar uma tecnologia cuidativo-educacional à luz da Teoria das Transições. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 12, e29–e29. <https://doi.org/10.5902/2179769266551>
- Oliveira, E. S., Menezes, T. M. de O., Gomes, N. P., Oliveira, L. M. S. de, Sales, M. G. S., & Novaes, H. P. (2023). Orientación enfermera para el cuidador de anciano con marcapasos artificial en la transición hospital-domicilio. *Revista Cubana de Enfermería*, 39. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5821>
- Orr, E., Ballantyne, M., Gonzalez, A., & Jack, S. M. (2020). The Complexity of the NICU-to-Home Experience for Adolescent Mothers: Meleis' Transitions Theory Applied. *Advances in Nursing Science*, 43(4), 349–359. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000299>
- Özcan, E., & Temiz, S. (2025). The impact of nursing care based on transition theory on maternal role performance and parental self-efficacy in primiparous women: a randomized controlled study. *BMC Nursing*, 24(1), 377. <https://doi.org/10.1186/S12912-025-03054-4>
- Rivera-Meléndez, A. J., & Díaz-Ramos, N. (2020). Percepción del cuidado durante la transición a la maternidad en un grupo de mujeres con embarazo y parto de alto riesgo en Puerto Rico. *Nure Investigación*. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1945>
- Sanhuesa Muñoz, M. P., ParavicK lijn, T., Lagos Garrido, M. E., Sanhuesa Muñoz, M. P., ParavicK lijn, T., & Lagos Garrido, M. E. (2024). La teoría de las transiciones como paradigma de apoyo al automanejo



- en personas con condiciones crónicas. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 46. <https://doi.org/10.15517/ENFERM.ACTUAL.CR.I46.53066>
- Santos, G. P. G., Costa, R. M. P. G., Gouveia, M. T. de O., & Fernandes, M. A. (2020). Transições da prática profissional da enfermagem no enfrentamento do novo coronavírus. *Enferm. Foco* (Brasília), 11(2.ESP), 84–88. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.V11.N2.ESP.4270>
- Saucedo-Pahua, G., López-González, J. A., Gómez-García, A., Fhon, J. R. S., & Jiménez-González, M. de J. (2023). Transición del rol cuidador familiar de la persona adulta mayor post accidente cerebrovascular (ACV): teoría específica. *Aquichan*, 23(3), e2334–e2334. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2023.23.3.4>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.1994.TB00929.X>
- Sule Bilgic, F., & Bozkurt, G. (2024). Effect of online infant care training and postpartum counseling based on Meleis' transition theory on mothers' readiness for care and breastfeeding: a randomized controlled trial. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 67(10), 521–530. <https://doi.org/10.3345/CEP.2024.00423>
- Tuthill, E. L., Maltby, A. E., Odhiambo, B. C., Akama, E., Dawson-Rose, C., & Weiser, S. D. (2024a). Resilient Mothering An Application of Transitions Theory From Pregnancy to Motherhood Among Women Living With HIV in Western Kenya. *Advances in Nursing Science*, 47(1), E20–E39. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000478>
- Tuthill, E. L., Maltby, A. E., Odhiambo, B. C., Akama, E., Dawson-Rose, C., & Weiser, S. D. (2024b). Resilient Mothering An Application of Transitions Theory From Pregnancy to Motherhood Among Women Living With HIV in Western Kenya. *Advances in Nursing Science*, 47(1), E20–E39. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000478>
- Wildermuth, M. M., Weltin, A., & Simmons, A. (2020). Transition experiences of nurses as students and new graduate nurses in a collaborative nurse residency program. *Journal of Professional Nursing*, 36(1), 69–75. <https://doi.org/10.1016/J.PROFNURS.2019.06.006>



# Capítulo 20

---

## **Intervenciones digitales dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes: Scoping Review**

*Caudillo Ortega, Lucía<sup>1</sup>  
Montañez Frausto, María Aurora<sup>2</sup>  
Morales Álvarez, Clara Teresita<sup>3</sup>  
Moreno Pulido, Ma. Elvira<sup>4</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20257057>



---

<sup>1</sup> Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato. Noria Alta s/n, Colonia Noria Alta, CP. 36050. (<https://orcid.org/0000-0001-6211-9363>)

<sup>2</sup> Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato. Noria Alta s/n, Colonia Noria Alta, CP. 36050. (<https://orcid.org/0000-0003-4683-0942>)

<sup>3</sup> Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato. Av. Ing. Javier Barros Sierra #201 esq. Av. Baja California; Ejido Santa María del Refugio; Celaya, Gto.; C.P. 38110. (<https://orcid.org/0000-0002-5943-9048>)

<sup>4</sup> Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato. Noria Alta s/n, Colonia Noria Alta, CP. 36050. (<https://orcid.org/0000-0002-5462-8755>)

## Resumen

El embarazo adolescente es un desafío de salud pública a nivel global, con riesgos médicos, educativos y sociales. Las intervenciones digitales son estrategias innovadoras para la educación sexual y reproductiva, facilitando el acceso a información adaptada a las necesidades de la población. Objetivo: explorar y sintetizar la evidencia existente sobre intervenciones digitales dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes medidas por tecnologías digitales. Métodos: se realizó una scoping review siguiendo la guía Prisma ScR, incluyendo 11 estudios publicados entre 2017 y 2025; se consideraron ensayos clínicos aleatorios y estudios piloto, que evaluaran intervenciones digitales en adolescentes de 10 a 19 años. Resultados: Las intervenciones digitales más frecuentes incluyeron aplicaciones móviles, mensajería instantánea, plataformas web y telemedicina. Los estudios reportaron mejoras de conocimiento sobre anticoncepción, acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Intervenciones culturalmente adaptadas, inclusivas y con vinculación a los servicios de salud mostraron mayor efectividad y aceptación. Discusión y conclusiones: La evidencia respalda que las tecnologías digitales son herramientas para la educación sexual y la prevención del embarazo en adolescentes. No obstante, existen limitaciones en la duración de las intervenciones, inclusión de poblaciones vulnerables y evaluación de impactos a largo plazo.

## Introducción

El embarazo en la adolescencia, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel que ocurre entre los 10 y 19 años, representa un reto para la salud pública a nivel global. Aunque en las últimas décadas se ha observado una disminución en las tasas de fecundidad adolescente, este fenómeno sigue teniendo implicaciones sanitarias, educativas y sociales permanentes, especialmente en regiones con altos niveles de desigualdad social y acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva (Azimirad, 2023; OMS, 2023).

De acuerdo con datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2023), cada año se producen alrededor de 21 millones

de embarazos en adolescentes en países en desarrollo, de los cuales 12 millones son partos, lo que representa aproximadamente el 10% del total de nacimientos. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), América Latina y el Caribe se posiciona como la segunda región del mundo con la tasa más alta de fecundidad en adolescentes, después de África subsahariana (OPS y UNFPA, 2022), con 61 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años (OPS y UNFPA, 2022).

Las consecuencias del embarazo adolescente tienen efectos en la salud, la educación y la equidad de género. En el ámbito sanitario, existe una mayor probabilidad de complicaciones obstétricas como preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer y anemia materna (Darroch et al., 2021; Raya-Diez et al., 2024). En el ámbito educativo, los embarazos tempranos se asocian con altos índices de deserción escolar, lo que limita las oportunidades de inserción laboral y desarrollo económico (Rodríguez y Gómez, 2022).

Diversos factores contribuyen al embarazo adolescente, entre ellos los individuales, familiares, escolares y estructurales. A nivel individual, la falta de educación integral en sexualidad, el inicio temprano de las relaciones sexuales y el escaso uso de métodos anticonceptivos (Rodríguez y Gómez, 2022). En el entorno familiar, la negligencia, la violencia y la falta de comunicación incrementan la vulnerabilidad (López-Cepero et al., 2021). Asimismo, factores estructurales como la pobreza, la desigualdad de género y las brechas de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (OPS y UNFPA, 2022).

En este contexto, se han implementado múltiples intervenciones para prevenir el embarazo en la adolescencia, que van desde programas educativos presenciales hasta acciones comunitarias. En los últimos años, las tecnologías digitales han abierto nuevas posibilidades a través de plataformas virtuales, aplicaciones móviles y chatbots, que ofrecen información personalizada, confidencial y accesible (Wambua et al., 2024; Parmar et al., 2024).

Ante este panorama, las tecnologías digitales representan una herramienta de gran alcance para la prevención del embarazo en la adolescencia, especialmente por su gran uso entre los jóvenes. Aplicaciones móviles educativas, chatbots, redes sociales como TikTok, Instagram y

YouTube, así como plataformas digitales interactivas, han comenzado a utilizarse para promover la educación sexual integral, el uso de métodos anticonceptivos y el desarrollo de habilidades psicosociales (Guse et al., 2012; Widman et al., 2022).

Sin embargo, a pesar del creciente uso de las tecnologías digitales en el campo de la salud sexual y reproductiva, la evidencia científica internacional sobre su efectividad, cobertura, diseño pedagógico e impacto en poblaciones adolescentes sigue siendo limitada, fragmentada y, en muchos casos, no sistematizada. La falta de marcos teóricos sólidos y de evaluaciones rigurosas ha dificultado la generación de evidencia comparativa y replicable acerca de qué estrategias digitales funcionan, en qué contextos y con qué resultados (Bailey et al., 2015; Yonker et al., 2015). Esta brecha resulta crítica si se considera el papel creciente de lo digital en la vida cotidiana de las y los adolescentes, así como los riesgos asociados a la desinformación, la baja alfabetización digital y la ausencia de regulación de contenidos en línea (Swartzendruber et al., 2021).

En este contexto, la presente revisión de alcance (scoping review) tiene como objetivo mapear, describir y sistematizar la literatura científica global sobre el uso de tecnologías digitales en la prevención del embarazo adolescente, identificando los tipos de intervenciones, tecnologías empleadas, contextos de aplicación, enfoques metodológicos y resultados obtenidos. Esta revisión busca aportar recursos relevantes para el diseño de estrategias digitales innovadoras, inclusivas y basadas en evidencia, capaces de responder a las realidades cambiantes de las juventudes.

El objetivo es explorar, mapear y sintetizar la literatura científica disponible sobre intervenciones mediadas por tecnologías digitales (como aplicaciones móviles, redes sociales, chatbots y plataformas interactivas) orientadas a la prevención del embarazo adolescente, con énfasis en su diseño, cobertura, efectividad y enfoques educativos.

## **Métodos**

La presente revisión de alcance se desarrolló con base en la metodología propuesta por Arksey y O'Malley (2005), posteriormente refinada por Levac y colaboradores en el 2010 y de acuerdo con los lineamientos

metodológicos de la guía PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018).

## **Paso 1. Identificación de la pregunta de investigación.**

En esta revisión, se utilizó el marco PCC (Población, Concepto y Contexto) recomendado por el Joanna Briggs Institute (JBI), para definir de manera clara y delimitada la pregunta central. Población: adolescentes de 10 a 19 años; Concepto: intervenciones digitales para la prevención del embarazo adolescente (aplicaciones móviles, redes sociales, plataformas interactivas, chatbots, videojuegos educativos, entre otros); Contexto: Diversos contextos de implementación socioculturales, sin restricción por país o región, incluyendo estudios publicados en medios académicos arbitrados o informes técnicos de organismos oficiales. La pregunta formulada fue: ¿Qué tipo de intervenciones digitales se han implementado para la prevención del embarazo adolescente, y cuál es la evidencia disponible respecto a su diseño, implementación, cobertura y efectividad en distintos contextos de implementación y socioculturales?

## **Paso 2. Identificación de estudios relevantes**

Se incluyeron estudios dirigidos a adolescentes de 10 a 19 años, conforme a la definición de la OMS, así como aquellos que, aunque abarcaran otros grupos etarios, ofrecieran datos o enfoques específicos para este grupo. Las intervenciones debían estar mediadas por tecnologías digitales, tales como aplicaciones móviles, plataformas educativas en línea, campañas en redes sociales (TikTok, Instagram, YouTube), asistentes virtuales o chatbots, videojuegos, propuestas de gamificación o mensajería interactiva (SMS, WhatsApp).

Se consideraron elegibles los estudios que reportaran datos sobre diseño, implementación, cobertura, participación, aceptabilidad, percepción, efectividad o impacto, publicados en español o inglés. El periodo de publicación se delimitó entre 2012 y 2025.

Se excluyeron investigaciones centradas exclusivamente en intervenciones presenciales, estudios dirigidos solo a población adulta o infantil

sin datos específicos para adolescentes, artículos de opinión y documentos no disponibles en texto completo.

La estrategia de búsqueda se realizó en las bases de datos académicas PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y EBSCOHost. Para ello se construyeron cadenas de búsqueda combinando descriptores de Medical Subject Headings (MeSH) y descriptores en ciencias de la salud (DeCS). Entre los términos utilizados se incluyen: “Interventions”, “Adolescent”, “Teenagers”, “Pregnancy in Adolescence”, “Digital Technology”, “Mobile Applications”, “Social Media”, “eHealth”, “mHealth”, “Chatbot”, “Generative Artificial Intelligence”, “Apps”, “Sex Education” y “Contraception”. Se aplicaron operadores booleanos AND y OR para combinar los términos, adaptando la sintaxis a cada base de datos.

### **Paso 3. Selección de estudios**

El proceso de selección de estudios se llevó a cabo en dos fases sucesivas, con base en los criterios de elegibilidad previamente establecidos. En una primera etapa se realizó un tamizaje inicial de los títulos y resúmenes identificados mediante estrategias de búsqueda en bases de datos científicas y fuentes de literatura gris. Esta revisión preliminar permitió excluir aquellos documentos que no cumplían con los requisitos definidos en cuanto a población objetivo (adolescentes de 10 a 19 años), tipo de intervención (mediadas por tecnologías digitales) o tipología documental.

En una segunda etapa, los textos completos de los estudios potencialmente pertinentes fueron revisados de forma exhaustiva por dos revisores independientes, quienes evaluaron su pertinencia con base en los criterios de inclusión y exclusión. En los casos en que surgieron desacuerdos, estos se resolvieron mediante discusión consensuada o a la intervención de un tercer revisor.

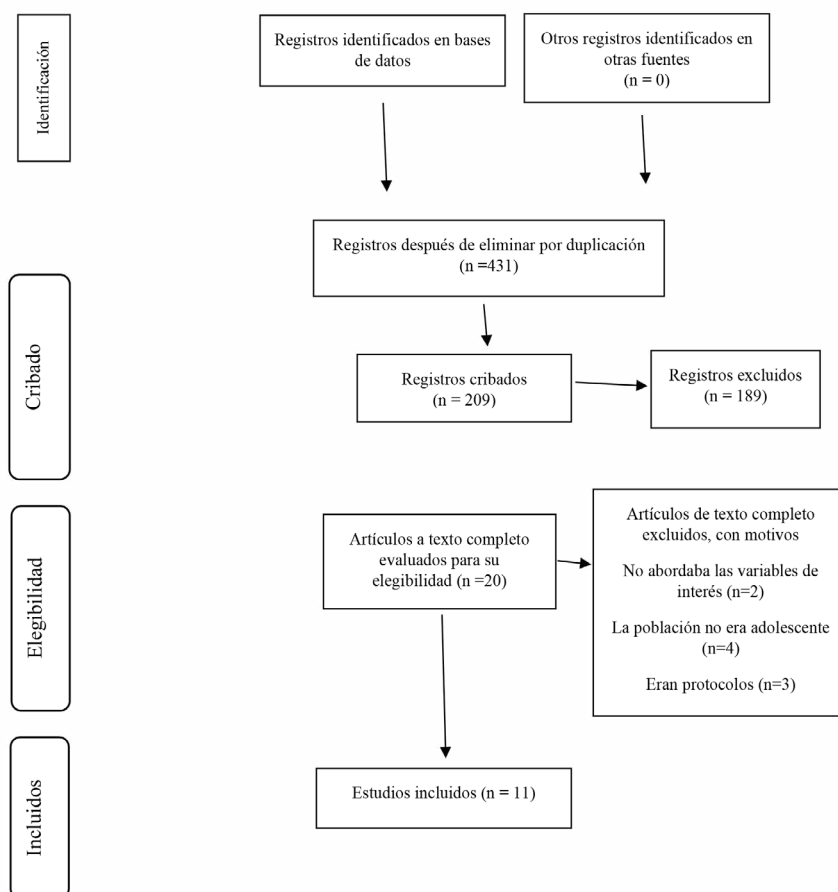
Durante el proceso, se utilizó el gestor de referencias Mendeley para organizar y depurar los registros. Asimismo, se documentaron las razones de exclusión en cada fase con el propósito de garantizar la transparencia y la trazabilidad metodológica.

En total, se identificaron 640 registros a partir de las estrategias de búsqueda sistemática. Tras eliminar 431 duplicados, se evaluaron 209



registros en la fase de tamizaje por título y resumen, de los cuales 30 estudios fueron seleccionados para evaluación en texto completo. Finalmente, se incluyeron 21 estudios que cumplieron con todos los criterios de inclusión. Este proceso se resume gráficamente en un diagrama de flujo PRISMA adaptado (Figura 1).

**Figura 1**  
*Diagrama de flujo PRISMA*



Fuente: elaboración propia

## **Resultados**

### **Características generales de los estudios incluidos**

Se incluyeron once estudios publicados entre 2017 y 2025, la mayoría desarrollados en Estados Unidos, aunque también se identificaron intervenciones relevantes en países de ingresos bajos y medios como Bolivia, Kenia y Rwanda, lo que evidencia el creciente interés por el uso de herramientas digitales en la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

Las muestras estuvieron conformadas por adolescentes de entre 12 y 19 años, aunque algunos estudios extendieron el rango de edad hasta los 24 o 25 años con el fin de incluir población joven adulta. Otros consideraron a adolescentes de la diversidad sexual o a jóvenes en situación de alta vulnerabilidad socioeconómica.

Respecto a los tipos de tecnologías utilizadas, se documentaron aplicaciones móviles, plataformas web, chatbots, videos interactivos, mensajería instantánea (SMS, WhatsApp), estrategias sin conexión a internet (USSD), herramientas con inteligencia artificial e intervenciones basadas en tabletas o iPads. Además, dos estudios exploraron el uso de telemedicina y consultas virtuales como vía para facilitar el acceso a servicios anticonceptivos. En cuanto al diseño metodológico, seis estudios correspondieron a ensayos clínicos aleatorizados, dos fueron estudios piloto con enfoque cuantitativo-descriptivo y dos emplearon investigaciones mixtas centradas en la aceptabilidad y percepción de las y los usuarios.

### **Resultados principales de las intervenciones digitales**

Los hallazgos principales se relacionaron con el incremento del conocimiento en salud sexual y reproductiva. Todas las intervenciones reportaron mejoras significativas en el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, riesgos de embarazo y toma de decisiones informadas; en algunos casos, los incrementos superaron el 40 % en comparación con los grupos control (McCarthy et al., 2020; Mesheriakova y Tebb, 2017).

Asimismo, se observó un aumento de la intención, disposición y uso de métodos anticonceptivos, particularmente de larga duración como

el dispositivo intrauterino (DIU) y los implantes. Este efecto fue más notable en las intervenciones que incorporaron contenidos interactivos, simulaciones o módulos de apoyo a la toma de decisiones (Timmons et al., 2018; Ybarra et al., 2021).

La mayoría de los estudios reportaron niveles de satisfacción superiores al 80%. Las y los adolescentes valoraron especialmente la confidencialidad, la facilidad de uso, la disponibilidad constante y la posibilidad de acceder a información personalizada. Varias intervenciones ofrecieron, además, enlaces directos a servicios clínicos, prescripción de anticonceptivos por telemedicina o geolocalización de centros de salud (Díaz et al., 2022; Steinberg et al., 2018), reduciendo barreras tradicionales como la estigmatización o la falta de transporte.

Algunas estrategias se diseñaron para funcionar sin conexión a internet, como el sistema USSD en Nairobi (Macharia et al., 2022), lo cual amplía el alcance de las intervenciones en contextos con marcadas brechas digitales. Una intervención fue dirigida a población LGB, lo que indica la necesidad de trabajar con grupos históricamente vulnerables (Ybarra et al., 2021) (Tabla 1).

**Tabla 1***Matriz de extracción de datos*

| Autor y año                   | Contexto / Población                                                                                         | País    | Tecnología Digital                                                                                                     | Diseño del estudio                 | Características de la intervención                                                                                                                                                                      | Resultados principales                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Martínez-García et al. (2023) | 1210 adolescentes de 14 a 18 años.                                                                           | EE. UU. | Aplicación móvil Crush + mensajes multimedia                                                                           | Ensayo clínico aleatorizado        | App con quizzes, multimedia, recordatorios SMS, seguimiento a 3 y 6 meses                                                                                                                               | Aumento en confianza para usar servicios de salud sexual y reproductiva (aOR 1.6), creencias positivas sobre anticoncepción (aOR 2.3), conciencia del riesgo sin protección (aOR 1.5–1.8)                         |
| Macharia, et al., 2022        | 109 adolescentes 15 a 19 años Comunidad urbana marginalizada (Kibra, Nairobi).                               | Kenia   | Servicios móviles sin internet                                                                                         | Ensayo clínico aleatorio           | Seguimiento por tres meses<br>Plataforma interactiva tipo menú a través de USSD para acceder bajo demanda a información sobre salud sexual y reproductiva, Disponible 24/7 de forma anónima y gratuita. | Mejoras estadísticamente significativas en conocimiento sobre salud sexual, uso de anticonceptivos modernos y autoeficacia para buscar información. Alta aceptación entre adolescentes y buen nivel de retención. |
| Knowles et al. (2025)         | Adolescentes y adultos jóvenes (AYA) entre 13-24 años buscando acceso a anticonceptivos en entornos urbanos. | EE. UU. | Plataforma electrónica (e-Platform) dirigida por farmacéuticos: Simulación de consultas virtuales. Chat en tiempo real | Prueba piloto                      | Simulación de escenarios de acceso a anticonceptivos. Integración con farmacéuticos para prescripción directa.                                                                                          | 92% de participantes reportaron facilidad de uso. 88% prefirió la plataforma sobre visitas tradicionales. Aumento del 40% en conocimiento sobre opciones anticonceptivas.                                         |
| Ybarra et al. (2021)          | Adolescentes LGB (13-18 años) en riesgo de embarazo no planeado                                              | EE. UU. | Aplicación móvil (mHealth) diseñada específicamente para población LGB                                                 | Ensayo clínico aleatorio           | Programa de 6 módulos interactivos<br>Contenido LGB inclusivo sobre salud sexual<br>Componentes de autoeficacia y habilidades<br>Acceso a recursos locales                                              | Reducción del 45% en conductas de riesgo para embarazo vs grupo control<br>Aumento del conocimiento: 32% mayor en grupo intervención<br>Alta aceptabilidad: 89% satisfechos con la app                            |
| Hémono et al. (2021)          | Adolescentes (15-19 años) en zonas rurales y urbanas de Rwanda                                               | Rwanda  | Plataforma digital CyberRwanda: Contenido web y móvil                                                                  | Estudio piloto (metodología mixta) | Educación en salud sexual y reproductiva mediante chatbot<br>Sistema de autodiagnóstico                                                                                                                 | Aumento del 58% en conocimiento sobre métodos anticonceptivos<br>Mejora del 42% en intención de uso de                                                                                                            |

|                                           |                                                                            |         | Chatbot interactivo<br>Sistema de referencia a servicios de salud                                                                                                            |                                                                                                                                   | Georreferenciación de clínicas<br>Contenido culturalmente adaptado                                                                                                                | servicios de salud sexual<br>78% de usuarios activos semanales                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rokicki et al. (2017)                     | Adolescentes (15-19 años) en 160 comunidades rurales y urbanas de Ghana    | Ghana   | Programa de mensajes SMS unidireccionales                                                                                                                                    | Ensayo cluster aleatorizado                                                                                                       | Mensajes SMS semanales durante 18 meses<br>- Contenido sobre salud reproductiva y anticoncepción<br>- Lenguaje culturalmente adaptado<br>- Sin componente interactivo             | Aumento del 11% en conocimiento sobre anticoncepción ( $p<0.05$ )<br>- Reducción del 8% en embarazos no planeados (NS)<br>- Mayor uso de servicios de salud sexual (OR=1.4)                                                 |
| Steinberg et al., 2018                    | adolescentes de 12 a 19 años.                                              | EE. UU. | Aplicación móvil "Teens in NYC": incluyó una función "Where to Go" para localizar servicios de salud sexual (por tipo de servicio, método anticonceptivo y geolocalización). | Estudio evaluativo descriptivo basado en análisis de uso de la app (información de descargas y búsquedas únicas entre 2013–2016). | App diseñada por el Departamento de Salud; comprendía mapas de servicios, descripciones de métodos anticonceptivos y videos educativos, con alto número de descargas y búsquedas. | Más de 20 000 descargas y 25 000 búsquedas únicas en 3 años; la app facilitó el acceso a servicios SSR, incluyendo métodos menos comunes.                                                                                   |
| Mesheriakova, V. V., & Tebb, K. P. (2017) | Mujeres adolescentes (14-18 años) atendidas en centros de salud escolares. | EE. UU. | Aplicación para iPad ("Seventeen Days")                                                                                                                                      | Ensayo clínico aleatorio                                                                                                          | Intervención única de 20-30 minutos<br>Contenido interactivo sobre anticoncepción<br>Escenarios de toma de decisiones<br>Información sobre métodos anticonceptivos                | Mejora significativa en conocimiento sobre anticoncepción ( $p<0.001$ )<br>Aumento del 27% en intención de uso de métodos anticonceptivos<br>Mayor probabilidad de solicitar anticonceptivos en el centro de salud (OR=1.8) |
| McCarthy et al. (2020)                    | Mujeres jóvenes (16-24 años) en zonas urbanas y periurbanas                | Bolivia | Mensajería instantánea móvil (WhatsApp)                                                                                                                                      | ECA                                                                                                                               | Intervención de 4 meses mediante WhatsApp<br>Mensajes interactivos bidireccionales<br>Contenido sobre métodos                                                                     | Aumento del 23% en uso de anticoncepción efectiva (RR 1.23, IC 95% 1.06-1.42)<br>Mayor aceptabilidad: 82% de participantes satisfechas                                                                                      |

|                       |                                                                        |           |                                                                                      |                                                                                 |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                                                                        |           |                                                                                      |                                                                                 | anticonceptivos efectivos<br>Consejería personalizada                                                                                             | Mejora significativa en conocimiento sobre anticoncepción (p<0.001)                                                                                                                               |
| Gómez et al. (2023)   | Jóvenes (15-24 años) en zonas urbanas y periurbanas.                   | Nicaragua | Plataforma digital multimodal: Aplicación móvil SMS educativos Webinars interactivos | Piloto de ensayo clínico aleatorizado                                           | Programa de 6 meses<br>Contenido culturalmente adaptado<br>Componentes de gamificación<br>Enlace a servicios locales de salud                     | Aumento del 37% en conocimiento sobre SSR (p<0.001)<br>Incremento del 29% en uso de anticoncepción moderna<br>Reducción del 41% en conductas sexuales de riesgo                                   |
| Akinola et al. (2019) | Mujeres jóvenes afroamericanas y latinas (18-24 años) en áreas urbanas | EE. UU.   | Aplicación móvil "My Birth Control"                                                  | Estudio de desarrollo y prueba de usabilidad y factibilidad (metodología mixta) | Contenido culturalmente adaptado<br>Comparador interactivo de métodos anticonceptivos<br>Herramienta de autoevaluación<br>Localizador de clínicas | Alta aceptabilidad: 94% satisfechas con el diseño cultural<br>Mejora conocimiento: 62% aumentó puntuación en test post-intervención<br>Preferencia: 78% prefirió la app sobre materiales impresos |

Nota: EE. UU= Estados Unidos; SSR= Servicios de Salud sexual y reproductiva.

Discusión y conclusiones

La revisión de alcance proporciona un panorama sobre las intervenciones dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes, considerando estudios publicados entre 2013 y 2024. La evidencia muestra un incremento en el uso de las tecnologías en estas intervenciones, las cuales incorporan recursos interactivos, adaptación cultural, integración con los sistemas de salud y estrategias de gamificación. Entre las intervenciones más destacadas se encuentra Crush, una aplicación móvil con enfoque multimedia y recordatorios de servicios de mensajería instantánea, que influyó en el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva (Martínez-García et al., 2023). Estos hallazgos son congruentes con lo reportado por Mesheriakova y Tebb (2017), quienes observaron un aumento del conocimiento y de la intención de usar anticonceptivos tras una intervención educativa breve en centros escolares mediante iPads.

En los estudios realizados en países como Estados Unidos, las intervenciones digitales se caracterizaron por el uso de tecnologías avanzadas, lo que favoreció un incremento notable en el conocimiento y la intención

de uso de métodos anticonceptivos, especialmente de larga duración. En contraste con los países de ingresos bajos, las intervenciones se enfocaron en tecnologías de bajo costo y mayor accesibilidad que lograron mejorar el conocimiento y la satisfacción, aunque con menor impacto en el sostenimiento de anticonceptivos debido a las brechas digitales y limitaciones contextuales.

No obstante, también se identificaron limitaciones relacionadas con el acceso a plataformas digitales y a internet. En este tipo de contextos, el uso de plataformas que funcionan sin necesidad de conexión se ha mostrado como una solución eficaz para mejorar el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos modernos, además de favorecer una alta retención de participantes (Macharia et al., 2022). Resultados similares se encontraron en el estudio piloto de Hémono et al. (2021), en el cual una plataforma digital que integró un chatbot y sistemas de referencias a los servicios de salud sexual y reproductiva aumentó significativamente la intención de utilizarlos, destacando la importancia de la adaptación cultural y de responder a las necesidades específicas de la población.

Por otra parte, plataformas innovadoras como la e-Platform desarrollada por Knowles et al. (2025), que simula consultas virtuales por farmacéuticos, mostraron una alta aceptación entre adolescentes en comparación con la atención presencial, aumentando el conocimiento sobre anticoncepción. Estas propuestas contribuyen a integrar tecnologías con la asesoría de profesionales de la salud en tiempo real.

Asimismo, se han diseñado intervenciones específicas para poblaciones vulnerables. En este sentido, Ybarra et al. (2021) desarrollaron una intervención móvil dirigida a adolescentes LGB con alto riesgo de embarazo, la cual redujo en un 45 % las conductas de riesgo relacionadas con el embarazo y obtuvo altos niveles de satisfacción por las participantes, lo que indica la necesidad de intervenciones inclusivas y culturalmente sensibles.

Asimismo, intervenciones basadas en mensajería instantánea como las implementadas en Bolivia (McCarthy et al., 2020) y Ghana (Rokicki et al., 2017), aunque menos interactivas, mostraron resultados favorables en el incremento del conocimiento y en el uso de servicios de salud sexual. Sin embargo, los efectos sobre la reducción de embarazos no fueron es-

tadísticamente significativos, lo que evidencia que la información debe ir con acompañamiento y empoderamiento continuo.

Otros estudios, como el de Steinberg et al. (2018) y Gómez et al. (2023), destacan el impacto de aplicaciones que incluyen componentes de geolocalización, gamificación e integración multimedia, los cuales favorecen el uso de métodos anticonceptivos modernos y la disminución de prácticas sexuales de riesgo. En general, los hallazgos muestran que la integración de diversos formatos tecnológicos como aplicaciones móviles, mensajería, plataformas web y chatbots constituye una estrategia eficaz para promover conductas saludables, siempre que se adapten culturalmente, incrementen la accesibilidad, fortalezcan la participación y fomenten la permanencia de las y los usuarios en el mantenimiento de las intervenciones.

En conjunto, los estudios reportan mejoras en el conocimiento sobre anticoncepción y en el acceso a servicios de salud sexual, así como, en menor medida, en la reducción de conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, persisten desafíos importantes; la mayoría de las intervenciones carecen de seguimiento a largo plazo que permita medir el impacto sostenido. Por otra parte, las tecnologías más efectivas fueron aquellas que ofrecieron adaptación cultural, accesibilidad, acompañamiento continuo y vinculación directa con los servicios de salud.

Esta revisión resalta la necesidad de promover estrategias digitales equitativas, integrales y basadas en evidencia, que consideren las realidades socioculturales de los distintos contextos. Asimismo, resulta indispensable fortalecer la evaluación del impacto conductual y avanzar en la generación de políticas públicas que integren estas herramientas en los sistemas de salud y en los programas de educación sexual dirigidos a adolescentes.

## Referencias

Akinola, M., Hebert, L. E., Hill, B. J., Quinn, M., Holl, J. L., Whittaker, A. K., & Gilliam, M. L. (2019). Development of a Mobile App on Contraceptive Options for Young African American and Latina Women. *Health education & behavior: the official publication of*



- the Society for Public Health Education*, 46(1), 89–96. <https://doi.org/10.1177/1090198118775476>
- Arksey, H., & 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>
- Azimirad, A. (2023). Pregnancy in adolescence: It is time to get ready for generations Z and Alpha. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*, 3(2), 71–75. <https://doi.org/10.1016/j.gocm.2023.04.004>
- Bailey, J. V., Mann, S., Wayal, S., Hunter, R., Free, C., Abraham, C., ... & Murray, E. (2015). Sexual health promotion for young people delivered via digital media: A scoping review. *Public Health Research*, 3(13). <https://doi.org/10.3310/phr03130>
- Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A., & Ashford, L. S. (2021). *Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2023). *Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy*. <https://www.unfpa.org>
- Frederiksen, B. N., Rivera, M. I., Ahrens, K. A., Malcolm, N. M., Brittain, A. W., Rollison, J. M., & Moskosky, S. B. (2018). Clinic-based programs to prevent repeat teen pregnancy: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), 736–746. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.08.001>
- Gómez AG, et al. (2023). Technology for Youth SRH in Nicaragua. *Hisp Health Care Int*, 21(3), 142-149. <https://doi.org/10.1177/15404153221125171>
- Guse, K., Levine, D., Martins, S., Lira, A., Gaarde, J., Westmorland, W., & Gilliam, M. (2012). Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 51(6), 535–543. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.03.014>
- Hémono, R., Packel, L., Gatare, E., Baringer, L., Ippoliti, N., McCoy, S. I., & Hope, R. (2021). Digital self-care for improved access to family planning and reproductive health services among adolescents

- in Rwanda: preliminary findings from a pilot study of CyberRwanda. *Sexual & Reproductive Health Matters*, 29(3), 1–17. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2110671>
- Knowles, K., Lee, S., Yapalater, S., Taylor, M., Akers, A. Y., Wood, S., & Dowshen, N. (2025). Simulation of Contraceptive Access for Adolescents and Young Adults Using a Pharmacist-Staffed e-Platform: Development, Usability, and Pilot Testing Study. *JMIR pediatrics and parenting*, 8, e60315. <https://doi.org/10.2196/60315>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- López-Cepero, A., Ramírez-Casillas, G., & Pérez-Candelaria, L. (2021). Factores asociados al embarazo adolescente en contextos de vulnerabilidad social. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 231–240. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n2.85643>
- Macharia, P., Pérez-Navarro, A., Sambai, B., Inwani, I., Kinuthia, J., Nduati, R., & Carrion, C. (2022). An Unstructured Supplementary Service Data-Based mHealth App Providing On-Demand Sexual Reproductive Health Information for Adolescents in Kibra, Kenya: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(4), e31233. <https://doi.org/10.2196/31233>
- Martínez-García, G., Ewing, A. C., Olugbade, Y., DiClemente, R. J., & Kourtis, A. P. (2023). Crush: A Randomized Trial to Evaluate the Impact of a Mobile Health App on Adolescent Sexual Health. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 72(2), 287–294. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.09.019>
- McCarthy, O. L., Aliaga, C., Palacios, M. E. T., Gallardo, J. L., Huaynoca, S., Leurent, B., Edwards, P., Palmer, M., Ahamed, I., Free, C., Torrico Palacios, M. E., & López Gallardo, J. (2020). An Intervention Delivered by Mobile Phone Instant Messaging to Increase Acceptability and Use of Effective Contraception Among Young Women in Bolivia: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), N.PAG. <https://doi.org/10.2196/14073>
- Mesheriakova, V. V., & Tebb, K. P. (2017). Effect of an iPad-Based

- Intervention to Improve Sexual Health Knowledge and Intentions for Contraceptive Use Among Adolescent Females at School-Based Health Centers. *Clinical Pediatrics*, 56(13), 1227–1234. <https://doi.org/10.1177/0009922816681135>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Adolescent pregnancy: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2022). Embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe: Revisión de tendencias, causas y enfoques para abordarlo. <https://www.paho.org/es/documentos/embarazo-adolescencia-america-latina-caribe>
- Parmar, D., Sharma, M., Mishra, D., Kaur, P., & Kapadia, A. (2024). Artificial intelligence chatbots for adolescent sexual and reproductive health: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 74(2), 235–242. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.11.012>
- Raya-Diez, E., Serrano-Martínez, C., Pedro, E. D. S., & Montañés-Muro, P. (2024). Risk factors and social consequences of early pregnancy: A systematic review. *SAGE Open*, 14(3). <https://doi.org/10.1177/21582440241271324>
- Rodríguez, M., & Gómez, L. (2022). Impacto del embarazo adolescente en la trayectoria educativa: una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 52(2), 85–104. <https://doi.org/10.48102/rlee.2022.v52.n2.03>
- Rokicki, S., Cohen, J., Salomon, J. A., & Fink, G. (2017). Impact of a Text-Messaging Program on Adolescent Reproductive Health: A Cluster-Randomized Trial in Ghana. *American journal of public health*, 107(2), 298–305. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303562>
- Steinberg, A., Griffin-Tomas, M., Abu-Odeh, D., & Whitten, A. (2018). Evaluation of a Mobile Phone App for Providing Adolescents With Sexual and Reproductive Health Information, New York City, 2013–2016. *Public Health Reports*, 133(3), 234–239. <https://doi.org/10.1177/0033354918769289>
- Swartzendruber, A., Sales, J. M., Brown, J. L., Davis, T. L., DiClemente, R. J., & Rose, E. S. (2021). A review of technology-based interven-

- tions for sexually transmitted infection and HIV prevention among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 612–624. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.030>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & 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>
- Wambua, S., Kyobutungi, C., & Ngugi, A. K. (2024). Exploring the potential of AI-powered chatbots to promote sexual health among youth in low-resource settings: A qualitative study in Kenya. *Digital Health*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.1177/20552076241234567>
- Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S., & Francis, D. B. (2022). Adolescent sexual health communication interventions: A meta-analysis. *Health Psychology*, 41(1), 1–12. <https://doi.org/10.1037/hea0001149>
- Ybarra, M., Goodenow, C., Rosario, M., Saewyc, E., & Prescott, T. (2021). An mHealth Intervention for Pregnancy Prevention for LGB Teens: An RCT. *Pediatrics*, 147(3), e2020013607. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013607>
- Yonker, L. M., Zan, S., Scirica, C. V., Jethwani, K., & Kinane, T. B. (2015). "Friending" teens: Systematic review of social media in adolescent and young adult health care. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1), e4. <https://doi.org/10.2196/jmir.3692>

# Capítulo 21

---

## **Intervenciones de enfermería en duelo perinatal: Revisión sistemática**

*Gonzalez Olquin, Fernanda Gersain<sup>1</sup>*

*Morales Alducin, Monserrat<sup>2</sup>*

*Ramírez Giron, Natalia<sup>3</sup>*

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE20257064>



---

<sup>1</sup> Licenciatura de Enfermería, Universidad de las Américas Puebla, UDLAP. Dirección: Ex hacienda Sta. Catarina Mártir S/N. San Andrés Cholula, Puebla. C.P. 72810. (<https://orcid.org/0009-0007-0707-0887>)

<sup>2</sup> Licenciatura de Enfermería, Universidad de las Américas Puebla, UDLAP. Dirección: Ex hacienda Sta. Catarina Mártir S/N. San Andrés Cholula, Puebla. C.P. 72810. (<https://orcid.org/0000-0003-1982-5451>)

<sup>3</sup> Licenciatura de Enfermería, Universidad de las Américas Puebla, UDLAP. Dirección: Ex hacienda Sta. Catarina Mártir S/N. San Andrés Cholula, Puebla. C.P. 72810. (<https://orcid.org/0000-0002-8312-6287>). Correspondencia: E-mail: [natalia.ramirez@udlap.mx](mailto:natalia.ramirez@udlap.mx)

## Resumen

**Objetivo.** Identificar las intervenciones implementadas por el personal de enfermería en distintos países para el manejo del duelo perinatal.

**Métodos:** Revisión sistemática basada en *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; se incluyeron artículos entre 2018 y 2025 en inglés, español y portugués, en Scopus, PubMed y Ciberindex.

**Resultados:** Se analizaron un total de 7 artículos. Se identificaron cuatro subtemas importantes: 1) Formación de enfermería en la atención del duelo perinatal, 2) Prácticas basadas en la creación de recuerdos para facilitar un duelo saludable, 3) Impacto de la interacción profesional con la intensidad del duelo y 4) Apoyo de la pareja en el proceso del duelo.

**Discusión y conclusiones.** Se identificaron tendencias comunes y aspectos relevantes sobre el abordaje del duelo perinatal. La atención en el duelo es una necesidad que debe ser cubierta por medio de formación continua al personal de enfermería, pero se evidencia que solo es a través de la experiencia personal que el personal de enfermería busca atender el duelo perinatal. Esto es relevante dado que los conocimientos adecuados reducen la incertidumbre y favorecen una intervención más empática, ética y humanizada frente a la pérdida gestacional o neonatal.

## Introducción

El duelo perinatal es una experiencia profundamente dolorosa que afecta a miles de familias en todo el mundo y se deriva de la pérdida perinatal, la cual se define como la muerte fetal o neonatal ocurrida entre la semana 22 de gestación y los primeros siete días de vida extrauterina. Sus repercusiones afectan significativamente la salud emocional y social de los progenitores y, a pesar de su impacto emocional y social, sigue siendo un tema poco visibilizado dentro de la atención en salud, lo que dificulta la implementación de estrategias efectivas para su abordaje (Fernández-Sola, 2020). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), en 2022 se registraron aproximadamente 2.3 millones de pérdidas perinatales a nivel mundial, lo que equivale a una pérdida cada 16 segundos.

En México, se reportaron 25 041 pérdidas perinatales, con una tasa de 72.2 por cada 100 000 mujeres en edad fértil (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2022). Del total, el 83.2 % ocurrió antes del parto, el 15.8 % durante el parto y el 1.0 % restante no especificó el momento. El 43.9 % estuvo relacionado con factores maternos y complicaciones del embarazo y parto. Entre las principales causas de la pérdida se incluyen el parto prematuro, asfixia perinatal, infecciones neonatales y anomalías congénitas (OMS, 2024). También influyen factores maternos como los antecedentes patológicos, problemas placentarios y alteraciones en el líquido amniótico, además de factores externos como traumas severos (Redondo de Oro et al., 2016).

En este sentido, el duelo perinatal contempla el proceso de afrontamiento emocional que viven los padres de familia tras una pérdida perinatal. Este duelo puede ser normal, cuando los progenitores atraviesan las etapas del duelo de forma adaptativa; o patológico, cuando se prolonga y afecta el funcionamiento diario de los progenitores (Benavides-Borja, 2024). Dicha pérdida impacta en mayor o menor medida la estabilidad familiar, dado que un mal manejo de la pérdida y el duelo pueden provocar crisis emocionales y afectar la convivencia y comunicación entre los miembros del núcleo familiar (Serna Cardona, 2024). Sin embargo, en muchas ocasiones los padres pueden experimentar un duelo invisibilizado. Un estudio de Fernández-Sola (2020) encontró que los estereotipos sociales imponen al padre el rol de protector, minimizando su sufrimiento y generando tensiones emocionales que impiden el proceso natural del duelo; y a las madres se les impone tanta carga emocional que las hace más propensas a desarrollar trastornos emocionales tras una pérdida perinatal. Un estudio en Morelia, Michoacán, con 115 mujeres, reveló que siete de cada diez mujeres presentaron duelo patológico (Serna-Cardona, 2024), caracterizado por síntomas prolongados de depresión, ansiedad y culpa, afectando las actividades de la vida diaria, lo cual requiere intervenciones psicológicas profesionales para evitar el empeoramiento del estado psicológico.

A pesar de lo anterior, el duelo perinatal sigue siendo un tema silenciado por tabúes sobre la muerte, el sexo y la reproducción (Benavides-Borja, 2024); la falta de protocolos hospitalarios limita la atención y el desarrollo

de intervenciones psicológicas de los padres y madres, lo que dificulta el desarrollo de un duelo saludable, aumentando las probabilidades de un duelo patológico. Benavides-Borja (2024) destaca la importancia de las múltiples intervenciones psicológicas existentes para abordar el duelo perinatal, incluidas las acciones de apoyo espiritual dentro del programa de intervenciones de cuidado holísticas, lo que permite a los padres y madres encontrar sentido a la pérdida, restablecer las rutinas, dar cabida a la expresión de sentimientos y, finalmente, prevenir duelos patológicos.

En este sentido, el personal de enfermería juega un papel clave en todo el proceso de pérdida y duelo perinatal, dado que, bajo fundamento científico, puede contribuir en acciones de apoyo emocional, como la expresión de sentimientos de ambos padres, la facilitación de espacios para la despedida del bebé, lo que puede promover el desarrollo de un proceso de duelo respetado y humanizado. Por tanto, esta revisión busca identificar las intervenciones implementadas por el personal de enfermería en distintos países para el manejo del duelo perinatal, con el fin de evidenciar estrategias que podrían ser aplicadas por profesionales de enfermería en México.

## Métodos

Revisión sistemática basada en la propuesta de Holly et al. (2016), quienes consideran seis pasos esenciales para realizar una revisión sistemática. Asimismo, se considera la lista de verificación de *Preferred Reporting Items For Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, 2020).

Formulación de la pregunta de investigación: ¿En padres y madres con una pérdida perinatal, las intervenciones dirigidas por el personal de enfermería pueden mejorar el proceso del duelo patológico?

Criterios de elegibilidad. Esta revisión incluyó artículos publicados entre 2018 y 2025, dado que en Scopus se observó un crecimiento en la producción científica sobre duelo perinatal, alcanzando 13 artículos en 2018, cuando en años anteriores se publicaban entre 1 y 10 artículos anuales sobre el tema. También se incluyeron estudios en inglés, español y portugués, con enfoque cuantitativo, con diseños transversales o longitudinales, que analizaron las intervenciones de enfermería implementadas



para el manejo del duelo perinatal en padres y madres, publicados en cualquier parte del mundo.

Se excluyeron aquellos que únicamente analizaron la experiencia del duelo en los participantes sin efectuar intervenciones, así como aquellos que se centraron exclusivamente en pérdidas perinatales por aborto inducido.

Estrategia de búsqueda. Se realizó una búsqueda sistemática usando las bases de datos Scopus, PubMed y Ciberindex. Se utilizaron términos en inglés, español y portugués, combinados mediante los descriptores DeCS y MeSH, utilizando operadores booleanos para optimizar los resultados. Se utilizaron las siguientes palabras claves en inglés: *Perinatal Death, Nursing, Midwifery, Grief, Prolonged Grief Disorder, Disenfranchised Grief, Nursing Care*. Español: Muerte perinatal, enfermería, partería, duelo, trastorno de luto prolongado, privación del duelo, atención de enfermería. En portugués: *Morte perinatal, enfermagem, tocologia, pesar, transtorno do luto prolongado, luto contido, cuidados de enfermagem*. Utilizando operadores booleanos AND, OR. Teniendo como estrategia de búsqueda final (*Perinatal Death*) AND (*nursing care OR nursing*) AND (*disenfranchised grief*) AND (*Grief OR Mourning OR Mournings OR Prolonged Grief Disorder*) AND (*Midwifery OR Midwife OR Midwives*).

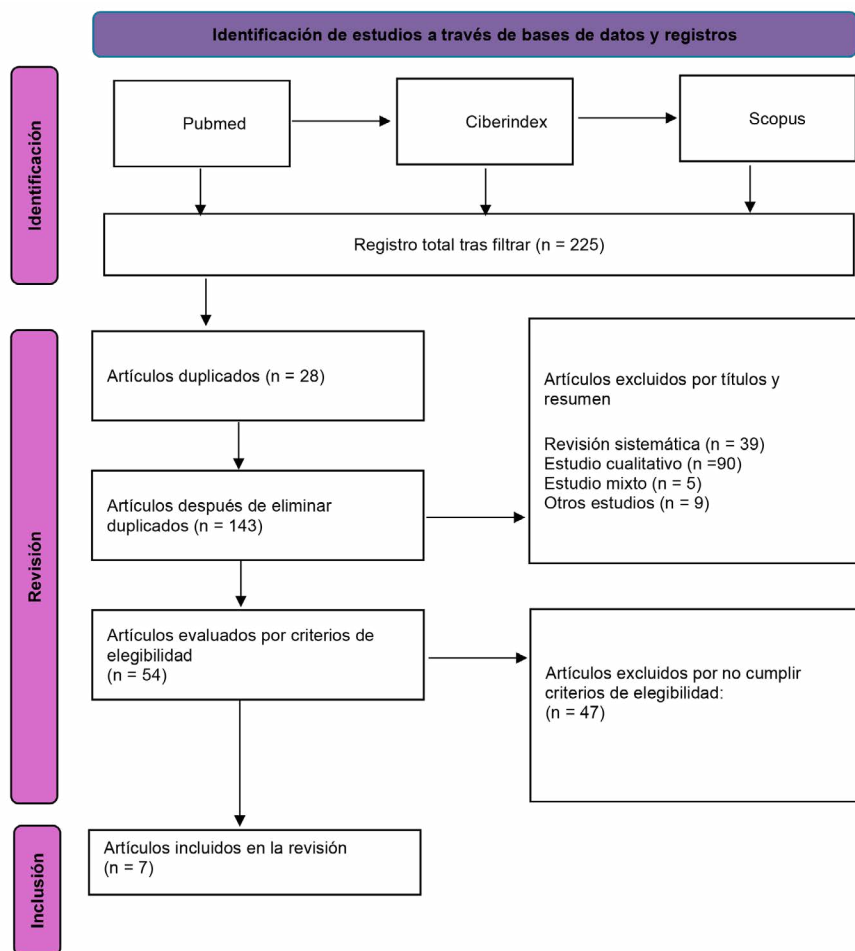
Selección de artículos. Se evaluaron los registros derivados de la aplicación de las estrategias de búsqueda, se analizaron por título y resumen, posteriormente se realizó una lectura de texto completo y solo se incluyeron textos completos de aquellos artículos con información relevante y de interés con el objetivo de obtener la muestra final. Para la gestión y organización de referencias, se utilizó el gestor de citas End-Note, asimismo, se utilizó la herramienta Rayyan Systems Inc.

Herramientas de valoración crítica. En esta investigación se emplearon estudios con diseños transversales o longitudinales. Por esta razón, se utilizaron las herramientas críticas del Joanna Briggs Institute, siguiendo sus ocho pasos para un análisis y evaluación precisa de acuerdo con el diseño de la investigación.

## Resultados

Se recuperaron 225 artículos científicos a partir de la aplicación de las estrategias de búsqueda; posteriormente, se efectuó la eliminación por duplicados; se realizó la evaluación por título y resumen de los estudios, se eliminaron aquellos que no se relacionaban con la pregunta PICO; finalmente, se evaluaron los textos completos de aquellos artículos con información relevante y de interés. El presente procedimiento se apegó a los criterios metodológicos del PRISMA, los cuales se describen en detalle en el diagrama de flujo (Figura 1).

**Figura 1**  
Diagrama de flujo, Prisma 2020



Fuente: PRISMA, 2020.

Para esta revisión sistemática se analizaron un total de siete artículos, todos con metodología cuantitativa, que abarcaron distintos enfoques: estudios transversales descriptivos, analíticos, transversales, correlacionales, un cuasiexperimental y un estudio de caso clínico. Esta diversidad metodológica permitió observar el fenómeno del duelo perinatal desde múltiples perspectivas clínicas y profesionales. A fin de organizar los

hallazgos de manera clara y coherente, los resultados fueron clasificados en subtemas emergentes, los cuales abordan las principales variables relacionadas con las intervenciones del personal de salud, la experiencia emocional del duelo, las barreras institucionales y las estrategias de acompañamiento identificadas en los estudios analizados.

## **Formación de enfermería en la atención del duelo perinatal**

Se identificaron tres artículos (Martinez-Garcia et al., 2023; Ravaldi et al., 2018; Salgado et al., 2021) que evidencian la falta de capacitación formal en los profesionales de enfermería, como uno de los obstáculos principales para brindar la atención de calidad en personas que transitan por un duelo perinatal.

Italia es uno de los pocos países que ya posee protocolos de intervenciones en duelo perinatal implementados; dichos protocolos derivan de recomendaciones internacionales; sin embargo, solo el 3 % del personal de enfermería cumplía dichas recomendaciones. En España apenas el 10.3 % cumplía las pautas sobre opciones de parto y solo el 23.9 % cumplía el seguimiento recomendado. En contraste, Brasil tiene pocos años de tener implementados protocolos específicos, por lo cual, dada su reciente aplicación, aún se desconoce el impacto de dicho efecto.

Por otro lado, en el estudio de Qian et al. (2022), se desarrolló e implementó el Perinatal Bereavement Care Training (PBCTP), un programa que se basa en la teoría de la autoeficacia, diseñado para mejorar el conocimiento, confianza y habilidades del personal de salud, así como para reducir el agotamiento emocional y el estrés traumático secundario; este programa mostró resultados positivos al incrementar la seguridad profesional en enfermeras y matronas en el acompañamiento familiar durante el duelo perinatal. Qian et al. (2022), destaca que antes de llevar a cabo el programa de PBCTP el 85.2 % del personal que trabajaba en el Hospital Materno Terciario en La Provincia de Zhejiang, China no había recibido capacitación formal del duelo perinatal. Además, Ravaldi et al. (2018), menciona que la necesidad de capacitación fue reconocida por el 90.2 % de los profesionales italianos y el 74.4 % de los profesionales

españoles, lo que indica la carencia de formación profesional que limita la puesta en práctica de intervenciones de calidad y dificulta la atención integral de las personas que transitan esta etapa.

## **Prácticas basadas en la creación de recuerdos para facilitar un duelo saludable**

La creación de memorias tangibles del bebé ha sido mencionada por diversos autores como una práctica fundamental para facilitar el duelo saludable y evitar el patológico. Rodríguez Villalón et al. (2022), Martínez-García et al. (2023) y Salgado et al. (2021) mencionan diversas prácticas para lograr el procesamiento emocional de las pérdidas, como permitir a los padres ver y sostener al bebé, realizar fotografías, recoger huellas y ofrecer una caja de recuerdos; son fundamentales para su procesamiento.

Ravaldi et al. (2018), Martínez-García et al. (2023) destacan la práctica del baño y vestido al bebé antes de presentarlo a los padres, como una forma de dignificar la despedida. También se sugiere realizar fotografías profesionales en los hospitales que cuenten con servicio especializado, o bien capacitar al personal de salud para documentar este momento con respeto y sensibilidad (Martínez-García et al., 2023). Rodríguez Villalón et al. (2022) menciona que procesos sencillos como facilitar la elección de la ropa, las mantas o juguetes para acompañar al bebé en su despedida son acciones esenciales para lograr la transición por esta etapa. Salgado et al. (2021) recomiendan la recolección de huellas de manos y pies, pequeños mechones de cabello, pulseras de identificación y tarjetas de recuerdo, así como el acompañamiento emocional durante la creación de memorias, el cual debe ser asignado a un profesional capacitado que guíe el proceso y proporcione contención emocional.

Estos autores también mencionan la importancia de no forzar la participación de los padres (o alguno de los dos) si no se sienten preparados, dado que el respeto a los tiempos de cada miembro de la familia es un componente ético esencial en este tipo de intervenciones.

Finalmente, Salgado et al. (2021) subrayan que la recolección de recuerdos debe estar enmarcada en una estructura hospitalaria que ga-

rantice privacidad, intimidad y acompañamiento continuo para que esta experiencia de despedida sea humanizada.

### **Impacto de la interacción profesional con la intensidad del duelo**

La calidad de la relación entre los profesionales de salud y las madres en duelo mostró una influencia estadística significativa sobre la intensidad del duelo experimentado. Sánchez López et al. (2021) identificaron que la interacción con el personal de salud y la calidad percibida derivada de la atención influyen significativamente en la intensidad del duelo que experimentaron las mujeres ( $R^2$  ajustada = 0.281;  $B$  -0.508,  $p < 0,001$ ). También influyen otros elementos como los factores predictivos en la que ocurrió la pérdida ( $R^2$  ajustado = 0.38) y el tiempo transcurrido desde la pérdida ( $R^2$  ajustado = 0.409). Asimismo, Ravaldi et al. (2018) refuerzan que una comunicación empática, un lenguaje no juzgador y permitir el contacto con el bebé reduce significativamente el impacto emocional.

### **Apoyo de la pareja en el proceso del duelo**

Yoon et al. (2022) mencionan que intervenciones de enfermería que incluyen a la pareja son esenciales, ya que pueden proteger del duelo patológico. Se identificó que el apoyo de pareja puede moderar el efecto del duelo y facilita el crecimiento postraumático. El modelo completo explicó el 42.7 % de la varianza en el crecimiento postraumático ( $p < 0.05$ ) y la interacción entre duelo y apoyo de pareja fue significativa ( $B = 1.888$ ,  $p < 0.05$ ). En mujeres con alto apoyo de pareja, el duelo derivó en mayores niveles de crecimiento postraumáticos, mientras que en mujeres con bajo apoyo, el crecimiento fue mucho menor. En la Tabla 1 se muestran las características de los estudios.

**Tabla 1**  
**Características generales de los estudios**

| Autores                          | País          | Diseño                              | Participantes                                              | Entorno                              | Instrumentos                                                       | Hallazgos                                                                                             |
|----------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ravaldi et al. (2018)            | Italia        | Transversal descriptivo             | Profesionales de salud (matronas, obstetras, neonatólogos) | Hospitales italianos                 | Cuestionario Lucina validado                                       | Solo 3 % cumplía prácticas óptimas; grave falta de formación                                          |
| Martínez-García et al. (2023)    | España        | Transversal descriptivo             | Profesionales sanitarios maternidades públicas             | Maternidades públicas Granada        | Cuestionario de Lucina                                             | 58 % promovía creación de memorias; necesidad de capacitación.                                        |
| Rodríguez Villalón et al. (2022) | España        | Caso clínico                        | Caso único: mujer con pérdida perinatal durante pandemia   | Hospital Materno-Infantil Málaga     | Valoración de enfermería Virginia Henderson                        | Acompañamiento cercano y creación de recuerdos facilitaron duelo menos patológico                     |
| Yoon, Jeon y Lee (2022)          | Corea del sur | Análítico transversal correlacional | 161 mujeres con pérdida gestacional                        | Clinicas y hospitales                | Inventario de duelo de Texas y Escala de Crecimiento Postraumático | Apoyo de pareja moderó relación entre duelo y crecimiento postraumático                               |
| Sánchez-López et al. (2021)      | España        | Análítico transversal correlacional | 95 mujeres con pérdida intrauterina                        | España, encuesta online              | Perinatal Grief Scale adaptada                                     | Mejor interacción profesional redujo intensidad de duelo ( $r=-0.508$ , $p<0.001$ ).                  |
| Salgado et al. (2021)            | Brasil        | Cuasiexperimental                   | 40 mujeres con muerte fetal o neonatal                     | Maternidades públicas Ribeirão Preto | Cuestionarios pre/post y entrevistas                               | Protocolos mejoraron atención y redujeron síntomas de duelo complicado                                |
| Qian et al. (2022)               | Corea del sur | Análítico transversal               | 219 enfermeros/as y matronas                               | Hospitales públicos y privados       | PBCC, la STS y la subescala EE del Inventario Chino de Burnout     | Formación y experiencia aumentaron significativamente la confianza en cuidados de duelo ( $p<0.001$ ) |

*Nota.* elaboración propia

A partir de los estudios revisados, se identificaron tendencias comunes y aspectos relevantes sobre el abordaje del duelo perinatal, las intervenciones implementadas por el personal de enfermería y las experiencias emocionales tanto de los profesionales como de los padres y madres que transitan por esta dura etapa.

Es importante recalcar, de forma inicial, que un elemento recurrente en la literatura es la falta de formación profesional para la atención del duelo perinatal, tanto en estudios nacionales como internacionales. La atención en el duelo perinatal es una necesidad que debe ser cubierta por medio de formación continua al personal de enfermería. Martínez-García et al. (2023) y Ralvaldi et al. (2018) identificaron bajos niveles de cumplimiento en las prácticas recomendadas por estándares internacionales debido a la falta de capacitación, lo que afecta negativamente la calidad del cuidado y los resultados de salud. Pires et al. (2023) manifestaron que gran parte del conocimiento del duelo perinatal que el personal de enfermería perteneciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) tiene es derivado, en su mayoría, de experiencias personales o práctica clínica acumulada y no precisamente por procesos de formación especializada.

En este sentido, desde la perspectiva de la Teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura (1977), se entiende que el conocimiento y la competencia percibida fortalecen la confianza del individuo para actuar de manera eficaz frente a situaciones complejas. Por lo anterior, puede sostenerse que una formación profesional sólida en torno a la atención del duelo perinatal no solo mejora las habilidades clínicas del personal de enfermería, sino que también incrementa su seguridad para brindar un cuidado emocionalmente sensible. Contar con los conocimientos adecuados reduce la incertidumbre y favorece una intervención más empática, ética y humanizada frente a la pérdida gestacional o neonatal.

Otro elemento importante encontrado es la escasez de intervenciones que reflejen un cuidado humanizado. Sánchez-López et al. (2021) relatan que las mujeres que experimentan pérdidas tempranas de embarazo perciben una falta de atención emocional y seguimiento clínico adecuado, señalan una ausencia de acompañamiento, de información y comunicación en el proceso hospitalario; dicho en palabras de Pires et al., "...las vivencias del personal de enfermería tampoco son fáciles en



la UCIN...”. Se destacan emociones de tristeza, impotencia y frustración frente a una muerte perinatal. También se registra que se identifican dos respuestas por parte del personal frente a una muerte perinatal: por un lado, usar estrategias de empatía y cuidado humanizado; por otro lado, mecanismos de evitación emocional por parte de los profesionales que no se sienten preparados para afrontar este tipo de situaciones (2023).

Los profesionales de enfermería requieren de protocolos institucionales para un buen trabajo disciplinar e interdisciplinar, con el fin de generar procesos de afrontamiento adecuados y evitar el desgaste emocional (Salgado et al., 2021). En respuesta a esta problemática, recientemente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implementó el protocolo de atención “Código Mariposa” para las situaciones relacionadas con pérdidas perinatales o neonatales, el cual promueve un modelo de atención centrado en la familia, con énfasis en la empatía, comunicación sensible y la creación de memorias. Desde la perspectiva del profesional de enfermería, este protocolo fortalece la práctica y permite un entorno más humano para las familias que enfrentan una pérdida como para los propios profesionales. Es posible inferir, entonces, que la adecuada implementación de protocolos como el Código Mariposa ayudaría notablemente a reducir las deficiencias detectadas, siendo esencial aquí la participación del profesional de enfermería neonatóloga y tanatóloga, lo que permitiría asumir un papel fundamental en la transición hacia un modelo de atención más humano, éticamente comprometido y centrado en las necesidades emocionales e integrales de las familias.

Los estudios indican que una de las intervenciones fundamentales se basa en la forma en que el personal interactúa con el paciente durante su pérdida, lo cual puede influir directamente sobre la vivencia del duelo (Sanchez-Lopez et al., 2021). El duelo perinatal se lleva de forma saludable, evitando un duelo patológico cuando las madres y los padres perciben empatía, respeto y continuidad en el cuidado. Varios autores enfatizan la necesidad de reformar los protocolos de atención clínica para integrar la atención psicoemocional como parte del estándar en casos de pérdidas perinatales. Desde la perspectiva teórica de Elisabeth Kübler-Ross, quien propone que el duelo atraviesa diferentes etapas como la negación, ira, negociación, depresión y aceptación, es razona-

ble considerar que un acompañamiento empático y de alta calidad por parte del personal de enfermería facilitaría a las familias alcanzar más eficazmente la etapa de aceptación.

Esto contribuiría, a su vez, a un proceso de duelo más saludable, disminuyendo la intensidad emocional negativa y promoviendo una mejor adaptación a la pérdida experimentada. En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial al brindar soporte emocional continuo, validando los sentimientos y guiando a los padres y madres a través de las etapas del duelo, lo cual podría ser determinante para alcanzar un cierre emocional adecuado.

A pesar de los hallazgos, esta revisión tiene algunas limitaciones que se deben considerar, como la diversidad de métodos utilizados en los estudios incluidos, que incluyen desde enfoques cuantitativos hasta cuasiexperimentales, lo cual dificulta la comparación entre los diversos resultados. En la población estudiada, existe una cantidad importante de estudios sobre las experiencias maternas en el proceso de la pérdida y duelo perinatal; sin embargo, la figura del padre como doliente activo queda poco estudiada y es importante seguir ahondando desde esta perspectiva. Por último, la muestra incluye diferentes contextos geográficos; sin embargo, se encontró una concentración de información derivada de países europeos y latinoamericanos, dejando de lado regiones como África o áreas rurales. Es necesario tener en mente que, aunque el fenómeno de pérdida y duelo perinatal es el mismo en todos los lugares, está determinado por las creencias, las tradiciones y la cultura específica de cada región geográfica, lo cual puede generar diferentes matices al momento de implementar intervenciones de enfermería.

En síntesis, los hallazgos subrayan la necesidad de incorporar formación continua y formal en duelo perinatal, establecer protocolos de acompañamiento humanizado y reconocer emocionalmente ambas partes, tanto a los padres y madres como al personal de salud. Respecto a las futuras líneas de investigación, se sugiere evaluar el efecto de las intervenciones a mediano y largo plazo en la salud emocional de los padres y madres, así como comparar la eficacia de cada intervención.

Se concluye que el duelo perinatal es una experiencia increíblemente dolorosa que lamentablemente sigue siendo muy ignorada por los siste-

mas de salud. Esta revisión sistemática ha puesto de manifiesto que el profesional de enfermería juega un papel fundamental al acompañar a las familias que enfrentan una pérdida perinatal, mediante la implementación de intervenciones que se centran en brindar contención emocional, crear memorias significativas y ofrecer cuidados humanizados. Los resultados de los estudios analizados muestran que, aunque hay buenas prácticas en varios países, todavía existen áreas de oportunidad respecto a la formación profesional, la falta de protocolos institucionales y la escasa atención al bienestar emocional tanto de los padres y madres como del personal de salud. Por lo tanto, es esencial implementar programas de capacitación formal, como el Código Mariposa o el PBCTP, y también incorporar enfoques tanatológicos en la formación del profesional de enfermería para mejorar la calidad del cuidado que se ofrece y que redunde en los resultados en salud de las personas sujetas de dicho cuidado.

## Referencias

- Benavides Borja, M. T. & Guerra, C. A. (2024). El duelo perinatal: Un estudio fenomenológico sobre la percepción y el significado desde la perspectiva de los padres. *Enfermería Investiga*, 9(4), 22–30. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v9i4.2661.2024>
- Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M. & Requena-Mullor, M. del M. (2021). Intervenciones de enfermería para facilitar el proceso de duelo tras la muerte perinatal: Una revisión sistemática. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>
- Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B. & Granero-Molina, J. (2020). Impacto de la muerte perinatal en el contexto social y familiar de los padres. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3421. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103421>
- Félix, M. L. (2024, 20 de noviembre). *Código mariposa* [Archivo de datos]. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14206675>

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2010). *Diagnóstico y tratamiento de la muerte fetal con feto único* (Guía de práctica clínica No. 567). <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Estadística de defunciones fetales 2022*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDF/EDF2022.pdf>
- Martínez-García, E., Lara-Rodríguez, H., Álvarez-Serrano, M. A., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M. & Pérez-Morente, M. Á. (2023). Buenas prácticas en la atención al duelo perinatal en maternidades públicas del sur de España. *Midwifery*, 124, 103749. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103749>
- Martínez Hernández, G. D. (2024, 9 de mayo). *La tanatología a través del modelo de Elizabeth Kübler-Ross*. NeuroClass. <https://neuro-class.com/la-tanatologia-a-traves-del-modelo-de-elizabeth-kubler-ross/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024a). Mortalidad neonatal: Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024b). *Muerte prenatal*. <https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024c). *Acelerar los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para alcanzar las metas 3.1 y 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB154/B154\\_CONF4sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_CONF4sp.pdf)
- Pires, L. de C., Costenaro, R. G. S., Gehlen, M. H., Pereira, L. A., Hausen, C. F. & Neves, E. T. (2024). Duelo parental: Experiencias del personal de enfermería en cuidados intensivos neonatales. *Cogitare Enfermagem*, 28, e89837. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89837>
- Qian, J., Cai, W., Sun, S., Wang, M. & Yu, X. (2022). Factores que influyen en la confianza de enfermeras y matronas para brindar atención en el duelo perinatal: Un estudio transversal. *Nurse Education Today*, 117, 105479. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105479>
- Qian, J., Sun, S., Wang, M., Liu, L. & Yu, X. (2022). Eficacia de la implementación de un programa de capacitación en atención al duelo

- perinatal para enfermeras y matronas: Protocolo de un estudio con métodos mixtos. *BMJ Open*, 12(8), e059660. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059660>
- Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Romeo, G., Biffino, M., Bonaiuti, R. & Vannacci, A. (2018). Muerte fetal y atención perinatal: ¿Están los profesionales capacitados para abordar las necesidades de los padres? *Midwifery*, 64, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008>
- Redondo-De Oro, K., Gómez-Villa, J., Barrios-García, L. & Alvis-Estrada, L. (2016). Identificación de las causas de muerte fetal en una institución hospitalaria de atención materna de Cartagena, Colombia, 2012–2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(3), 187–196. <https://doi.org/10.18597/rcog.766>
- Rodríguez Villalón, M., García Quirós, P., Núñez García, A., Merino Martín, S. & González Berrocal, P. (2022). Papel de la matrona en el duelo perinatal en el contexto actual de una pandemia: Caso clínico. *Enfermería Cuidado*, 5(2), 8–16. <https://doi.org/10.51326/ec.5.2.4070427>
- Rossi, T., Trevisol, A., Santos-Nunes, D. dos, Dapieve-Patias, N. & Hohendorff, J. Von. (2020). Autoeficacia general percibida y motivación para aprender en adolescentes de educación media. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 264–271. <https://doi.org/10.14718/acp.2020.23.1.12>
- Salgado, H. O., Andreucci, C. B., Gomes, A. C. R. & Souza, J. P. (2021). El proyecto de duelo perinatal: Desarrollo y evaluación de guías de apoyo para familias que experimentan muerte fetal y neonatal en el sureste de Brasil —un estudio cuasiexperimental antes y después. *Reproductive Health*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>
- Sánchez-López, M. I., Cortón, P. P. & González, R. C. (2021). Asociación entre el duelo por muerte intrauterina y la interacción con profesionales sanitarios en una muestra de mujeres españolas. *Matronas Profesión*, 22(2), 71–78.
- Serna Cardona, A. F., Picazo Carranza, A. R., Paniagua Ramírez, S., Jiménez Martínez, M. del C. & Santillán Morelos, J. G. (2024). Duelo perinatal en mujeres residentes de Morelia, Michoacán, México. *LA-TAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*,

5(3), 1956–1967. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2171>

Yoon, M. S., Jeon, Y.-B. & Lee, S.-B. (2022). Duelo, apoyo de pareja y crecimiento postraumático en mujeres con pérdida del embarazo en Corea. *Journal of Loss and Trauma*, 28(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2106682>



*Atención y cuidados multidisciplinarios para las conductas de salud*, se enmarca en ese horizonte. Estas páginas proponen mirar las conductas de salud como expresiones concretas del cuidado: prácticas humanas que combinan saber, intención y vínculo.

Al hacerlo, desplazan la mirada tradicional centrada en la enfermedad o la atención aislada y plantean una comprensión más amplia del proceso salud/enfermedad/cuidado, en el que el bienestar se construye desde la integración de dimensiones físicas, emocionales y sociales que dan sentido al acto de cuidar.

La salud deja de ser solo el resultado de intervenciones clínicas para asumirse como un fenómeno compartido que involucra decisiones, emociones, significados y relaciones.

ISBN: 978-607-8964-27-7



9 786078 964277



Consulta y descarga

