

Estudios sobre el comportamiento sexual y reproductivo en población vulnerable

Por Carolina, Lucía Valdez Montero, Caudillo Ortega

Estudio sobre el comportamiento sexual
y reproductivo en poblaciones vulneradas

Capítulo 1. Percepción de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes de preparatoria de Ciudad del Carmen, Campeche

[Risk Perception for HIV/AIDS in High School Adolescents from Ciudad del Carmen, Campeche]

LUBIA DEL CARMEN CASTILLO-ARCOS¹

MANUEL ANTONIO LÓPEZ-CISNEROS²

LUCELY MAAS GÓNGORA³

PEDRO MOISÉS NOH-MOO⁴

JUAN YOVANI TELUMBRE-TERRERO⁵

Resumen

Introducción: Los adolescentes son un segmento de la población altamente vulnerable para contraer el VIH/SIDA, dado que se encuentran en una etapa de crecimiento corporal, desarrollo sexual e inicio de capacidad reproductiva, que conlleva a la búsqueda de placer y experimentación, lo cual da lugar al inicio de relaciones sexuales tempranas y, por consiguiente, a conductas sexuales de riesgo. *Objetivo:* Conocer la percepción de invulnerabilidad al VIH/SIDA en adolescentes de preparatoria de Ciudad del Carmen, Campeche, México. *Materiales y métodos.* Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo transversal, efectuado en una muestra de 119 adolescentes estudiantes de preparatoria. *Resultados:* 87.4% tiene orientación en tópicos de sexualidad, 89.1% en ITS y 87.4% sobre VIH/SIDA; a

¹ Directora y profesora-investigadora de tiempo completo. Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4368-4735>

² Gestor del Programa Educativo de la Licenciatura en Enfermería; profesor de tiempo completo. Universidad Autónoma del Carmen, México; Hospital General de Zona No. 4, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9384-5752>

³ Profesora-investigadora de tiempo completo. Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8081-9830>

⁴ Profesor de tiempo completo. Universidad Autónoma del Carmen, México; Unidad de Medicina Familiar No. 12, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1580-5533>

⁵ Profesor de tiempo completo. Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>

71.4% de los adolescentes no les preocupa que puedan infectarse con el VIH, mientras que el 62.2% de los adolescentes consideran que las personas de su edad no se infectan con el VIH. La gran mayoría de los adolescentes presentan susceptibilidad de una infección por VIH. **Conclusiones:** Los resultados permiten concluir que, a pesar de tener información sobre ITS y VIH/SIDA, los adolescentes presentan susceptibilidad de riesgo por una infección de VIH/SIDA. Por lo que la disciplina de enfermería, desde su campo de acción en el primer nivel de atención, puede desarrollar actividades para prevenir conductas sexuales riesgosas en los adolescentes, al intervenir principalmente en los factores de riesgo y promover o fortalecer los conocimientos sobre sexualidad, y con ello fomentar los factores protectores en los adolescentes.

Palabras clave: adolescente, enfermedades de transmisión sexual, percepción, riesgo.

Introducción

La etapa de la adolescencia es uno de los periodos más críticos de la vida, debido a los importantes cambios que se producen a nivel fisiológico, psicológico y social, condicionada por factores internos y externos. Durante estos procesos, el adolescente puede adoptar estilos de vida saludable pero también asumir comportamientos de riesgo, como las conductas sexuales de riesgo, inicio de vida sexual a temprana edad sin protección, múltiples parejas sexuales, sexo oral, vaginal y anal sin protección (Castillo-Arcos *et al.*, 2020). Dichas conductas pueden derivar en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como es el caso de la infección por VIH/SIDA, la cual ocupa la cuarta causa de morbilidad a escala global y afecta significativamente la salud y calidad de vida de la persona a corto y mediano plazo, causando sufrimiento y múltiples pérdidas en la familia o comunidad, por lo que el VIH/SIDA representa un enorme problema de salud pública en los adolescentes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Se estima que existen aproximadamente 1.2 millones de adolescentes de 15 a 19 años con VIH/SIDA, de los cuales tres de cada cinco son niñas,

además cada hora 30 adolescentes de 15 a 19 años contraen el VIH (Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia [UNICEF], 2018). En lo que respecta a México, en el segundo trimestre del año 2021, se han notificado 107 casos nuevos de VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 24 años, de los cuales 102 se han contagiado por conductas sexuales riesgosas (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA [Censida], 2021). Los datos antes mencionados permiten observar que los adolescentes son un segmento de la población altamente vulnerable para contraer el VIH/SIDA, dado que se encuentran en una etapa de crecimiento corporal, desarrollo sexual e inicio de capacidad reproductiva, que conllevan a la búsqueda de placer y experimentación que dan lugar al inicio de relaciones sexuales tempranas y por consiguiente a conductas sexuales riesgosas (tales como no usar condón, Castillo-Arcos *et al.*, 2020; UNICEF, 2018).

Actualmente, la única posibilidad de controlar la epidemia del VIH/SIDA es a través de la educación sexual y la prevención, ya que la adquisición de conocimientos respecto al VIH/SIDA deriva en efectos positivos, en las actitudes que pueden generar prácticas sexuales seguras que disminuyan el riesgo de contraer la infección. Sin embargo, estas medidas están siendo muy complejas debido a la baja percepción de los riesgos, en contraste con los beneficios inmediatos de las relaciones sexuales, así como con los conocimientos, las motivaciones y las elecciones que están sustentadas en posturas sociales, creencias transmitidas y normas de género (Llanes García *et al.*, 2020; Rojas Murcia *et al.*, 2015).

Por ello, es relevante estudiar uno de los factores que disminuye la motivación para realizar conductas sexuales preventivas como es la baja percepción de riesgo o invulnerabilidad percibida (Rojas Murcia *et al.*, 2015; Santisteban Cedeño *et al.*, 2016). En este sentido, la invulnerabilidad percibida en los adolescentes se conceptualiza como la baja percepción de riesgo para asumir actitudes de protección ante una enfermedad o la tendencia a creer que uno mismo tiene menos posibilidades que le ocurra eventos negativos, lo que compromete la salud de la persona, exponiéndose a sí misma a la enfermedad (Rojas Murcia *et al.*, 2015; Santisteban Cedeño *et al.*, 2016).

Al respecto, los resultados de investigaciones refieren que la gran mayoría de los adolescentes presentan conocimientos sobre las formas de

prevención y transmisión de las ITS, así como también del VIH/SIDA. Sin embargo, consideran que sus posibilidades de adquirir VIH son bajas (García Guanche *et al.*, 2017; Rojas Murcia *et al.*, 2015). Asimismo, en un estudio realizado con adolescentes uruguayos, el 95% de estos se percibía con menor riesgo de contraer el VIH/SIDA que otros grupos (alcohólicos, con múltiples parejas, drogadictos, marineros), siendo los adolescentes un grupo vulnerable (García Guanche *et al.*, 2017). Del mismo modo, Santisteban Cedeño (2016), dentro de sus resultados, encontró que el 51% de los adolescentes estudiantes presentaba conocimientos medios sobre el VIH/SIDA, pero percibían el VIH como una cuestión muy lejana para contraerlo, además de que el 85% de los adolescentes encuestados no percibieron la vulnerabilidad real ante el VIH/SIDA para su salud (García Guanche *et al.*, 2017). Mientras que Llanes García *et al.* (2020) reportaron dentro de sus resultados que el 83.4% de los estudiantes presentó bajo nivel de información respecto al VIH/SIDA, destacando una percepción de riesgo baja sobre VIH (86.7%), seguido de una percepción de riesgo media (13.3%).

Con base en lo anterior, se logra apreciar que la invulnerabilidad percibida ante el VIH en los adolescentes está relacionada por los conocimientos respecto a las ITS y el VIH/SIDA, sin embargo, no basta que el adolescente perciba la enfermedad como grave o amenazante si no se siente vulnerable de contraerla, pues, de ser así, entonces no va a emitir conductas protectoras, por tal razón es de interés conocer la invulnerabilidad percibida en adolescentes de Ciudad del Carmen, Campeche, aunado a que el contexto sociocultural y la formas de relacionarse entre los adolescentes puede ser diferente los de otros grupos ya estudiados, debido a que Ciudad del Carmen se encuentra en una zona petrolera, con gran movilidad poblacional nacional e internacional, así como intenso comercio sexual (Bravo García *et al.*, 2019). Por lo que es necesario ampliar el conocimiento, a fin de que en un futuro enfermería realice intervenciones preventivas y de promoción a la salud para mantener alertas a los adolescentes frente a la infección del VIH/SIDA y que, por consiguiente, se desarrollen dentro de un contexto sexual seguro. Por tal motivo se planteó como propósito conocer la percepción de invulnerabilidad al VIH/SIDA en adolescentes de preparatoria de Ciudad del Carmen, Campeche, México.

Métodos y técnicas de investigación

Diseño

El diseño del estudio fue con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal (Grove y Gray, 2019). La población del estudio estuvo conformada por adolescentes entre 15 y 18 años de una escuela pública de educación media superior, ubicada en una zona urbana de Ciudad del Carmen, Campeche. El tipo de muestreo fue no probabilístico a conveniencia en adolescentes estudiantes de educación media de 15 a 18 años, obteniendo una muestra final de 119 adolescentes.

1

Instrumentos de medición

Para la medición de las variables de estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales (CDP) y la escala de susceptibilidad Percibida de una infección por VIH. La CDP constó de dos secciones. La primera sección recabó información personal de los adolescentes respecto al sexo, edad, semestre escolar. Mientras que la segunda sección consta de Ítems sobre información relacionada a sexualidad, ITS y VIH/SIDA en los últimos tres meses.

Para medir la variable de invulnerabilidad percibida al VIH, se aplicó el instrumento de Escala de Susceptibilidad Percibida de una Infección por VIH (Luz y Petosa, 1994). La escala está conformada por seis ítems, con opción de respuestas que van desde 4 = *De acuerdo*, 3 = *Levemente de acuerdo*, 2 = *Levemente en desacuerdo* y 1 = *En desacuerdo*, con una puntuación total en un rango de 6 a 24, donde puntajes altos indican mayor percepción de susceptibilidad al riesgo de contagio por VIH. La escala ha sido aplicada en población adolescente mexicana, reportando un alfa de Cronbach de 0.72 (Castillo, 2012); para este estudio reportó una consistencia interna de 0.80.

Procedimientos de recolección de información

En primer término, se contó con la aprobación de las comisiones de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Unacar. Para dar formalidad al compromiso de la institución, se solicitó autorización por escrito al director del plantel donde se realizó el estudio. Además, se solicitó el consentimiento por escrito del padre y el asentimiento del adolescente que aceptaron participar voluntariamente. Se les explicó el objetivo del estudio. Se acudió los días señalados, para la aplicación del instrumento, a las aulas en el horario señalado por el director. Se informó cómo manejar el cuestionario y se motivó a contestar con sinceridad enfatizando en que no había respuestas buenas o malas. El instrumento fue aplicado por la autora del estudio que permaneció en el sitio designado para aclarar cualquier duda mientras los alumnos contestaban. Cada alumno contestó el cuestionario, y se resguardaron a fin de que no permanecieran a la vista de ninguna persona extraña al estudio.

Consideraciones éticas

En todo momento se garantizó la confidencialidad de los datos, puntualizando en que la participación era voluntaria. Asimismo, se les informó que podían abandonar en cualquier momento su participación sin ninguna repercusión en su desempeño y ambiente escolar, así como lo estipula el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987).

Análisis de datos

Los datos fueron procesados a través del programa estadístico Statical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 para Windows. Se utilizó

estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para responder al objetivo de estudio.

Resultados

Los datos corresponden a 119 adolescentes de nivel preparatoria, de acuerdo con el perfil sociodemográfico de la población (tabla 1), se encontró que el 59.7% de los adolescentes corresponden al sexo femenino y el 40.3% al sexo masculino, con un rango de edad de 15 a 18 años, asimismo, la mayoría de los adolescentes están cursando el segundo semestre y refirió no estar en alguna relación de noviazgo.

TABLA 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variable	f	%
Sexo		
Femenino	71	59.7
Masculino	48	40.3
Estado civil		
Sin relación de noviazgo	79	66.4
Relación de noviazgo	40	33.6
Edad		
15	28	23.5
16	33	27.7
17	43	36.1
18	15	12.6
Semestre		
2do	54	45.4
4to	23	19.3
6to	42	35.3

NOTAS: f = Frecuencia, % = Porcentaje, n = 119.

TABLA 2. Frecuencias y porcentajes sobre información recibida sobre sexualidad, ITS y VIH/SIDA

<i>Ítems</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Información sobre sexualidad		
No	15	12.6
Sí	104	87.4
Información sobre ITS		
No	13	10.9
Sí	106	89.1
Información sobre VIH/SIDA		
No	15	12.6
Sí	104	87.4

NOTA: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje, *n* = 119

8 Con relación a la información que los adolescentes han recibido sobre sexualidad, ITS y VIH/SIDA, en los últimos tres meses se muestra en la tabla 2 que el 87.4% tiene orientación en tópicos de sexualidad, 89.1% en ITS y 87.4%, sobre VIH/SIDA.

Respecto a la susceptibilidad percibida de una infección por VIH, en la tabla 3 se destaca que el 71.4% de los adolescentes no les preocupa que puedan infectarse con el VIH, mientras que el 62.2% de los adolescentes consideran que las personas de su edad no se infectan con el VIH; 52.2% de los adolescentes están totalmente de acuerdo que personas como ellas no se infectan con el VIH; 43.7% está de acuerdo con que son saludables y que su cuerpo puede luchar contra una infección de VIH; 40.3% se consideran demasiados jóvenes para infectarse con el VIH, y el 38.7% están totalmente de acuerdo con que las personas de su edad están muy jóvenes para tener una infección por el VIH. Lo anterior indica que la gran mayoría de los adolescentes presentan susceptibilidad de una infección por VIH.

Discusión

El presente estudio permitió conocer la percepción de invulnerabilidad al VIH/SIDA, en 119 adolescentes estudiantes de una preparatoria ubicada en

10

TABLA 3. Frecuencias y porcentajes sobre susceptibilidad percibida de una infección por VIH

VIH/SIDA	DA		LDA		LED		ED	
	f	%	f	%	f	%	f	%
2 Personas como yo no se infectan con el VIH.	62	52.1	14	11.8	10	8.4	33	27.7
Soy saludable, así que mi cuerpo puede luchar contra una infección por VIH.	52	43.7	14	11.8	25	21.0	28	23.5
Soy demasiado joven para infectarme con el VIH.	48	40.3	12	10.1	15	12.6	44	37.0
No me preocupa que pueda infectarme con el VIH.	85	71.4	13	10.9	8	6.7	13	10.9
Las personas de mi edad estamos muy jóvenes para tener una infección por VIH.	46	38.7	15	12.6	14	11.8	44	37.0
Las personas de mi edad no se infectan con el VIH.	74	62.2	20	16.8	12	10.1	13	10.9

10

NOTAS: f = frecuencia, % = porcentaje, DA = De acuerdo, LDA = Levemente de acuerdo, LED = levemente en desacuerdo, ED = En desacuerdo.

Ciudad del Carmen, Campeche. Esto aporta a lo establecido en otras investigaciones, donde identifican que el VIH/SIDA constituye un enorme problema de salud pública a nivel mundial, que afecta un número importante de adolescentes, asimismo, que las personas de 13 a 24 años representan el 21% de la incidencia de nuevos casos (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, [CDC], 2021) y, como indica el Censida (2021), que el VIH/SIDA en México afecta a la población adolescente y joven sexualmente activa.

El perfil sociodemográfico de los adolescentes mostró que el sexo que más prevaleció fue el femenino, con un rango de edad de 15 a 18 años. Este perfil coincide con lo estimado por la literatura nacional (Castillo Arcos *et al.*, 2020) e internacional (Santisben Cedeño *et al.*, 2016), donde se refiere que hay más mujeres que hombres. Asimismo, de los adolescentes participantes, se encontró que el 66.4% de éstos no presentan una relación de noviazgo. Además se logra apreciar que una proporción considerable de mujeres adolescentes se encuentran en el nivel medio superior, lo cual probablemente es resultado de los cambios culturales y transicionales que

ocurren en México, así como también de las políticas públicas implementadas para el continuo desarrollo educativo de las adolescentes (Instituto Nacional de Geografía e Informática [INEGI], 2018).

Se encontró que la gran mayoría de los adolescentes están informados para realizar conductas sexuales adecuadas, para evitar enfermedades de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA, datos que difieren de Santisben Cedeño *et al.* (2016), quienes realizaron un estudio en 115 adolescentes cubanos, obteniendo un nivel bajo y medio en conocimiento sobre el VIH/SIDA, sin embargo, los resultados del presente estudio coinciden con la investigación efectuada por Castillo Arcos *et al.* (2020) en 190 adolescentes entre 15 y 18 años, donde se encontró que la mayor parte de los estudiantes han recibido información sobre sexualidad; poco más de la mitad de los estudiantes ha recibido información sobre infecciones de transmisión sexual y sobre el VIH/SIDA. Estas variaciones pudieran estar vinculadas a factores ambientales, sociales y familiares, entre las que destacan leyes y normas sociales permisivas, disponibilidad, publicidad, así como actitudes familiares respecto a los tópicos de sexualidad e ITS (Rodríguez Méndez *et al.*, 2019).

Asimismo, los hallazgos encontrados en esta investigación ponen en evidencia que la gran mayoría de los adolescentes presentan invulnerabilidad percibida por una infección de VIH/SIDA, información que concuerda con lo establecido por García-Guanche *et al.* (2017) y con lo encontrado por Santisben Cedeño *et al.* (2016), donde la mayoría de los adolescentes presentan una baja percepción de riesgo de adquirir VIH/SIDA. Lo anterior podría estar fuertemente vinculado a la adolescencia, etapa del ciclo vital humano, en la que existe una marcada inmadurez cognitivo-perceptiva y donde se producen múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales, lo que dificulta la identificación de las situaciones que los ponen en mayor riesgo, en este caso, la infección por VIH/SIDA (Rojas Murcia *et al.*, 2015).

A lo expuesto, se suma el hecho de que en la etapa de la adolescencia establecer una relación de pareja conlleva a las relaciones sexuales y un sinnúmero de infecciones de transmisión sexual y en el peor de los casos, VIH/SIDA (Rojas Murcia *et al.*, 2015). Cabe mencionar que la literatura internacional señala que la vulnerabilidad se ve agravada por la falta de educación, acceso a servicios de salud y la falta de información que se tiene so-

bre el VIH (Moreno *et al.*, 2017), además por factores sociales como la situación socioeconómica, la inestabilidad política y la ubicación geográfica (Bravo García *et al.*, 2019).

De tal manera que los hallazgos antes mencionados son preocupantes, ya que ponen en evidencia que los adolescentes tienen ideas erróneas, y aunque tengan buena información sobre ITS y VIH/SIDA se mantienen vulnerables a contraer cualquiera de estas infecciones. Por lo que es importante reforzar las estrategias de prevención contra las ITS en los adolescentes, y por consiguiente, enfocar la educación sexual en las necesidades y demandas actuales de la sociedad. Por otro lado, es de gran relevancia que escuela y familia trabajen de manera coordinada en la formación sexual de los adolescentes a través de información clara, veraz y adecuada sobre el comportamiento responsable, de tal forma que los adolescentes puedan desarrollarse dentro de un contexto sexual seguro y responsable que permita minimizar los riesgos y disminuir las tasas de incidencia de ITS, principalmente la del VIH/SIDA (Contreras Britto y Trout Guardiola, 2018; Saura *et al.*, 2019).

Conclusión

8 Los resultados permiten concluir que, a pesar de tener información sobre ITS y VIH/SIDA, los adolescentes presentan susceptibilidad de riesgo por una infección de VIH/SIDA. Por lo que la disciplina de enfermería desde su campo de acción, en el primer nivel de atención, puede desarrollar actividades para prevenir conductas sexuales riesgosas en los adolescentes, al intervenir principalmente en los factores de riesgo y promover o fortalecer los conocimientos sobre sexualidad, y con ello fomentar los factores protectores en los adolescentes.

Agradecimientos

A las autoridades de la escuela preparatoria donde se efectuó el estudio por las facilidades otorgadas, así también, un agradecimiento especial a los participantes en el proyecto.

Capítulo 2. Estudio descriptivo del uso de material sexual en adolescentes de bachillerato

[*Descriptive Study of the Use of Sexual Material in High School Adolescents*]

MAYRA MENDOZA-ARMENTA¹

CAROLINA VALDEZ-MONTERO²

JÉSICA GUADALUPE AHUMADA-CORTEZ³

MARIO ENRIQUE GÁMEZ-MEDINA⁴

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) considera la adolescencia como un proceso de crecimiento y desarrollo, el cual se presenta entre los 10 y 19 años de edad, implicando cambios físicos, biológicos y psicológicos acelerados, existiendo una creciente inquietud por los posibles riesgos sexuales a los que este grupo de población está expuesto, debido a que el uso de material sexual en línea pudiera influir de manera importante en la realización de prácticas sexuales de riesgo, las cuales comprometen la salud sexual del adolescente. **Objetivo:** Identificar el uso de material sexual en línea de acuerdo con el sexo de los adolescentes de bachillerato. **Metodología:** Diseño descriptivo, participaron 347 adolescentes de bachillerato. Se utilizó un muestreo aleatorio simple, seleccionando a los grupos de adolescentes al azar. **Resultados:** Los adolescentes mostraron que les daría vergüenza si sus seres queridos los descubren visualizando material sexual en línea ($M = 3.98$, $DE = 1.33$). Los hombres consultan con mayor frecuencia diferentes tipos de material sexual en línea ($M = 19.03$, $U = 11\ 371.50$, $p < .00$), hacen uso coactivo ($M = 5.88$, $U = 9\ 270.00$,

¹ Profesora. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5225-7495>

² Profesora -investigadora. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087>

³ Profesora-investigadora. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0092-0221>

⁴ Profesor-investigador. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-4782>

$p < .00$) y tienen uso problemático de material sexual en línea ($M = 32.72$, $U = 12396.00$, $p < .01$), comparado con las mujeres. *Conclusiones:* Los adolescentes mayormente hacen uso problemático de material sexual en línea, realizan uso dependiente de contenido sexual, hacen personajes ficticios, así como de tipo fetiches. Los hombres utilizan más material sexual en línea en comparación con las mujeres.

Palabras claves: uso de material sexual en línea, conducta sexual, adolescentes.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) considera la adolescencia como un proceso de crecimiento y desarrollo, el cual se presenta entre los 10 y 19 años de edad, implicando cambios físicos, biológicos y psicológicos acelerados (OMS, 2018). Por lo que se considera una población vulnerable debido a la etapa de la vida que cursan, es probable que inicien a tomar decisiones y búsqueda de su identidad, surgiendo cambios que conllevan a que realicen prácticas sexuales riesgosas o que tomen decisiones impulsivas en cuanto a su sexualidad (OMS, 2018; Valdez-Montero, Benavides-Torres, González-González, Onofre-Rodríguez y Castillo-Arcos 2015). Por ello, las actividades sexuales de riesgo y sus consecuencias son preocupaciones centrales para la salud sexual de los adolescentes (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Ensanut], 2012), existiendo una creciente inquietud por los posibles riesgos sexuales a los que este grupo está expuesto, debido a que el uso de material sexual en línea pudiera influir de manera importante en la realización de prácticas sexuales de riesgo, las cuales comprometen la salud sexual del adolescente (Doornwaard, Bickham, Rich, ter Bogt y Van den Eijnden, 2015).

Cabe señalar que, en el año 2012, se presentaron más de 2000 millones de usuarios de Internet, representando el 34.3% de la población general a nivel mundial (Gonsalves, Hodges y Scalora, 2015). Los últimos años han sido testigos de un rápido aumento en el acceso y uso de Internet de los adolescentes y la mayor parte de ellos en el mundo poseen dispositivos

1 múltiples (computadoras, teléfonos inteligentes, tabletas) que les permiten estar en línea durante todo el día (Madden, Lenhart, Duggan, Cortesi y Gasser 2013). Con el aumento de la actividad en línea, se ha comenzado a indagar más sobre el impacto problemático del uso de material sexual en línea en los adolescentes (Gonsalves *et al.*, 2015).

De particular preocupación es el impacto del comportamiento sexual en los adolescentes, cuyo desarrollo neurológico, social, sexual y emocional está drásticamente determinado por la exposición al contenido de material sexual en línea (Riemersma y Sytsma, 2013). Por su parte, Nebot-García, Miravet, García-Barba, Antelo-García y Ballester-Arnal (2020) refieren en su estudio que la vivencia de la sexualidad en general difiere entre mujeres y hombres, donde de una manera sexista se espera que los hombres presenten mayor interés por el sexo y, por ende, mayor actividad en el uso de material sexual. Algunos estudios refieren que, por una parte que las mujeres también refieren visualizar material sexual en línea, los hombres recurren a ella con mayor frecuencia que las mujeres (Ballester-Arnal, Castro Calvo, Gil-Llario y Gil-Juliá, 2017; Castro-Calvo, García-Barba, Gil-Juliá, Morell-Mengual y Ballester-Arnal, 2018; Poulsen, Busby y Galovan, 2013). Por lo anterior, el estudio tiene como objetivo identificar el uso de material sexual en línea de acuerdo con el sexo de los adolescentes de bachillerato.

Material y métodos

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue descriptivo (Grove y Gray, 2019).

Población, muestreo y muestra

La población estaba conformada por 3 400 adolescentes de una preparatoria pública de la ciudad de Guasave, Sinaloa. El tamaño de la muestra fue de 347 estudiantes de 15 a 19 años de edad. Se contempló un 95% de nivel de confianza y un 5% de error. Fue calculada mediante el programa estadístico

Creative Research Systems. Se utilizó un muestreo aleatorio simple, seleccionando a los grupos de adolescentes al azar. Se excluyeron a los adolescentes que estuvieran casados o en unión libre y se eliminaron a los que se encontraran recibiendo tratamiento neurológico o psiquiátrico.

Instrumentos de medición

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos para describir a los participantes del estudio en la que se incluyó: edad, sexo, tipo de relación y si recibe algún tipo de tratamiento neurológico o psiquiátrico.

1 **Uso de material sexual en línea**

Se utilizó el instrumento uso de material sexual en línea (Gonsalves, 2010) adaptado al español por Valdez-Montero (2019). El instrumento está compuesto por tres escalas: (1) tipos de material sexual en línea, (2) uso coercitivo de material sexual en línea y (3) uso problemático del material sexual en línea.

La escala de tipo *material sexual en línea* mide la frecuencia con la que se utilizan y son visualizadas las imágenes, películas y animaciones con contenido sexual. La escala está integrada por tres subescalas: fantasías, fetichismo y sexo violento, con un total de 20 ítems. La subescala *fantasías* hace referencia a la participación de grupos de personas teniendo sexo (porristas, maestras, entre otros personajes), así como a eyacular en la cara o en el cuerpo de la pareja; se compone de siete ítems. En lo correspondiente a la subescala *fetichismo*, ésta se refiere a objetos (prendas, instrumentos, entre otros) que se utilizan para provocar excitación y deseo sexual y se compone de siete ítems.

Por último, la subescala *sexo violento* mide las actividades sexuales que constituyen la esclavitud, mujeres teniendo sexo en un papel de sumisión, humillación, violación o golpes; se compone de seis ítems. Las respuestas de la escala son de tipo Likert de cuatro puntos que van desde 1 (nunca) a 4 (frecuentemente). Las puntuaciones más altas representan una mayor visualización de diferentes tipos de material sexual en línea. La escala general de tipo *material sexual en línea* presentó un alfa de Cronbach de

0.94. Y para las subescalas presentó: fantasía, un alfa de Cronbach de 0.93; fetiches, un alfa de Cronbach de 0.90, y sexo violento, un alfa de Cronbach de 0.87.

La escala de uso coercitivo de material sexual en línea mide la frecuencia en que los jóvenes toman ideas basadas en el uso de material erótico y sexual en línea para ejercer presión o fuerza sobre sus compañeros, para participar en una conducta sexual, y está compuesta por dos subescalas: dominante y exploratorio, con un total de ocho ítems. La subescala *dominante* mide la presión o la fuerza utilizada para convencer a una pareja sexual a realizar un comportamiento sexual que fue consultado o interactuado en línea y se compone de tres ítems. La subescala *exploratorio* mide las ideas que los adolescentes tienen en el desempeño de un comportamiento sexual, en función del material sexual consultado o interactuado en línea, y se compone de cinco ítems. La clase de respuesta para la escala es de tipo Likert de cuatro puntos que van desde 1 (nunca) a 4 (frecuentemente). Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el uso coercitivo de material sexual en línea. La escala del uso coercitivo de material sexual en línea presenta un alfa de Cronbach de 0.68. Y en las subescalas dominante y exploratorio presentan un alfa de Cronbach de 0.65 y 0.60, respectivamente (Valdez-Montero, 2019).

El uso problemático de material sexual en línea se refiere a cuando la consulta o la interacción del contenido sexual en línea produce consecuencias adversas en la persona (como la creación de personajes falsos o la dependencia). Esta escala contiene dos subescalas: personajes ficticios y dependencia, con un total de ocho ítems. La subescala *personajes ficticios* incluye las identidades creadas por jóvenes para ocultar o cambiar su apariencia. Se compone de cinco ítems. La subescala *dependencia* hace referencia al tiempo invertido en consultar o interactuar con material sexual en línea; se compone de tres ítems. La opción de respuestas para la escala son de tipo Likert de cinco puntos, que va desde 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo), cuanto mayor sea la puntuación, más favorece la creación de personajes ficticios o la dependencia. La escala general de uso problemático de material sexual en línea presentó un alfa de Cronbach de 0.78, y las subescalas personajes de ficticios y dependencia mostraron un alfa de Cronbach de 0.83 y 0.86, respectivamente (Valdez-Montero, 2019).

Procedimiento para la recolección de la información

1 Para el presente estudio se contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación y Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Se solicitó la autorización a los directivos de la preparatoria donde se llevó a cabo el estudio. Una vez que se obtuvo la aprobación de las autoridades correspondientes, se procedió a solicitar al personal encargado de servicios escolares información sobre la cantidad de alumnos, número total de grupos y las listas de asistencia de los mismos; esto con la finalidad de seleccionar aleatoriamente los grupos a participar. La aleatorización de los grupos se llevó a cabo mediante el sorteo en una tómbola, donde se colocó en un papel cada uno de los grupos de los turnos matutino y vespertino. Posteriormente, se acudió a los grupos seleccionados aleatoriamente con la finalidad de explicarles el objetivo del estudio e invitarlos a ser parte del mismo. A los adolescentes menores de 18 años, se les explicó acerca de las cartas de consentimiento y asentimiento informado; la primera con el objetivo de que el padre, madre o tutor brindara la aprobación de que su hijo(a) fuera parte del estudio, y la segunda con la finalidad de que el adolescente aceptara participar en la investigación. En lo que respecta a los mayores de 18 años se les entregó la carta de consentimiento informado. Posteriormente, se estableció una fecha para la aplicación del instrumento. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en la sala de cómputo de la institución educativa participante, se accedió al cuestionario mediante una liga (<https://ppst-59100.firebaseio.com/#/test>) que se ancló en el escritorio de las computadoras para facilitar el acceso a la liga. Para el llenado del instrumento, se le otorgó un código a cada adolescente; se les solicitó que sus respuestas fueran las más honestas posibles; se les aseguró que la información proporcionada se mantendría en absoluta confidencialidad, y también se les aclaró que si dejaban alguna pregunta sin responder no se les permitiría avanzar en el llenado del instrumento. El llenado del cuestionario se inició con la cédula de datos personales y, posteriormente, con el del uso de material sexual en línea. Al finalizar la aplicación se les comunicó sobre la rifa de regalos en agradecimiento a su participación.

1 Estrategia de análisis de datos

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 para Windows*. Se analizó el alfa de Cronbach para **1** el instrumento de uso de material sexual en línea. Para analizar los datos, se utilizó estadística descriptiva (medidas de tendencia central y medidas de dispersión, frecuencias y porcentajes), así como la prueba *U* de Mann-Whitney para evaluar las diferencias por sexo.

Resultados

1 Descripción de los participantes

La muestra se integró por 347 adolescentes de preparatoria con una edad de 15.76 años ($DE = 0.828$). El 52.4% eran mujeres y el 47.6% hombres; el 76.7% de los adolescentes se encontraban solteros; el 19.6% estaba en una relación de noviazgo; el 3.2%, empezando una relación de noviazgo, y 0.3% estaba en una relación de compromiso para matrimonio.

Características psicométricas de los instrumentos

En la tabla 1 se muestran las alfas de Cronbach del instrumento de uso de material sexual en línea, mostrando como resultado una consistencia interna aceptable.

Datos descriptivos de las variables de estudio

De acuerdo con la variable de uso de material **1** sexual en línea, se reporta lo siguiente:

En la tabla 2 se presenta la estadística descriptiva del uso de material sexual en línea, **1** específicamente, de la subescala fantasía, mostrando que los adolescentes mayormente visualizan películas que representan alguna fantasía, como ver a porristas, maestras, entre otras ($M = 1.73$, $DE = 0.855$), así como películas donde participan dos mujeres y un hombre en

TABLA 1. Consistencia interna del instrumento de uso de material sexual en línea

<i>Escala/Subescalas</i>	<i>Núm. Reactivos</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
TMSL	20	0.93
Fantasías	7	0.88
Sexo violento	7	0.83
Fetichismo	6	0.87
UCMSL	8	0.77
Dominante	3	0.74
Exploratorio	5	0.74
UPMSL	8	0.79
Personajes ficticios	6	0.88
Dependencia	2	0.50

NOTAS: TMSL = tipo de material sexual en línea; UCMSL = uso coactivo de material sexual en línea; UPMSL = uso problemático de material sexual en línea.

TABLA 2. Estadística descriptiva de subescala fantasía

<i>Reactivos</i>	<i>F</i>		<i>AV</i>		<i>RV</i>		<i>N</i>		<i>M</i>	<i>DE</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
7. Películas que muestran la penetración pene-ano	7	2.0	15	4.3	69	19.9	256	73.8	1.35	.660
8. Películas que participan dos hombres y una mujer en actos sexuales	7	2.0	31	8.9	92	26.5	217	62.5	1.50	.742
9. Películas que participan dos mujeres y un hombre en actos sexuales	10	2.9	33	9.5	92	26.5	212	61.1	1.54	.783
10. Películas que participan un grupo de personas en actos sexuales (orgía)	6	1.7	18	5.2	65	18.7	258	74.4	1.34	.659
11. Películas que participa un grupo de hombres y una mujer (<i>gangbang</i>)	7	2.0	11	3.2	53	15.3	276	79.5	1.28	.621
12. Películas que representan una fantasía	11	3.2	60	17.3	103	29.7	173	49.9	1.73	.855
14. Películas que muestran a un hombre eyacular en la cara o cuerpo de su pareja	10	2.9	20	5.8	74	21.3	243	70.0	1.41	.730

NOTAS: F = Frecuentemente; AV = Algunas veces; RV = Rara vez; N = Nunca.

1 actos sexuales ($M = 1.54$, $DE = 0.783$) y películas donde participan dos hombres y una mujer en actos sexuales ($M = 1.50$, $DE = 0.742$).

En la tabla 3 se presentan los resultados en cuanto a fetiches, mostrando que los adolescentes visualizan o consultan mayormente películas que exponen personas besándose mientras están vestidos o en desnudos mínimos ($M = 2.13$, $DE = 0.973$), así como imágenes que muestran desnudos ($M = 1.86$, $DE = 0.860$) e imágenes de actos sexuales ($M = 1.73$, $DE = 0.835$). Y refieren en menor medida el visualizar películas donde se muestran escenas dedo-vagina ($M = 1.40$, $DE = 0.712$), así como películas que muestran sexo oral ($M = 1.49$, $DE = 0.746$), así como penetración pene-vagina ($M = 1.62$, $DE = 0.837$) e historias con encuentros sexuales a detalle ($M = 1.64$, $DE = 0.837$).

En la tabla 4 se muestra que los participantes visualizan o consultan

TABLA 3. Estadística descriptiva de subescala fetiches

Reactivos	F		AV		RV		N		M	DE
	f	%	f	%	f	%	f	%		
1. Imágenes con desnudos	16	4.6	59	17.0	132	38	140	40.3	1.86	.860
2. Imágenes de actos sexuales	12	3.5	50	14.4	116	33.4	169	48.7	1.73	.835
3. Historias que describen encuentros sexuales a detalle	10	2.9	51	14.7	89	25.6	197	56.8	1.64	.837
4. Películas que muestran la penetración pene-vagina	14	4.0	41	11.8	90	25.9	202	58.2	1.62	.847
5. Películas que muestran sexo oral	8	2.3	29	8.4	89	25.6	221	63.7	1.49	.746
6. Películas que muestran dedo-vagina	7	2.0	25	7.2	68	19.6	247	71.2	1.40	.712
17. Películas que muestran imágenes softcore	35	10.1	85	24.5	118	34.0	109	31.4	2.13	.973

NOTAS: F = Frecuentemente; AV = Algunas veces; RV = Rara vez; N = Nunca. Softcore = Imágenes donde se besan mientras están vestidos, desnudo mínimo.

TABLA 4. Estadística de subescala sexo violento

Reactivos	F		AV		RV		N		M	DE
	f	%	f	%	f	%	f	%		
13. Películas que representan la esclavitud	7	2.0	56	16.1	98	28.2	186	53.6	1.67	.817
15. Películas que representan a una mujer actuando en el papel de dominatriz	6	1.7	33	9.5	91	26.2	217	62.5	1.50	.739
16. Películas que representan fetiches sexuales	4	1.2	23	6.6	66	19.0	254	73.2	1.36	.658
18. Películas en que participa una mujer en el papel de sumisión	12	2.9	48	13.8	100	28.8	187	53.9	1.67	.841
19. Películas en que participa una mujer en un papel degradante	10	2.9	46	13.3	97	28.0	194	55.9	1.63	.820
20. Películas que incluyen sexo violento	8	2.3	45	13.0	82	23.6	212	61.1	1.56	.803

NOTAS: F = Frecuentemente; AV = Algunas veces; RV = Rara vez; N = Nunca.

1 mayormente películas que representan esclavitud ($M = 1.67$, $DE = .817$) y películas que presentan fetiches sexuales ($M = 1.67$, $DE = .841$), así como películas en las que participa una mujer en un papel degradante ($M = 1.63$, $DE = .820$).

En cuanto a la subescala exploratorio, en la tabla 5, se presenta que los participantes mayormente toman ideas para realizar actividades sexuales en función de lo que consultan o de su interacción en línea ($M = 1.52$, $DE = 0.884$), así como del haber visitado sitios que le permitan consultar o interactuar, en tiempo real, a otros realizando actividades diarias ($M = 1.24$, $DE = 0.637$).

En la tabla 6 se muestra que con mayor frecuencia los participantes han querido presionar a una mujer o a un hombre para participar en alguna actividad sexual, de acuerdo con lo que han consultado o interactuado en línea ($M = 1.12$, $DE = .481$).

TABLA 5. Estadística descriptiva de subescala exploratorio

Reactivos	F		AV		RV		N		M		DE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Tomas ideas para tus actividades sexuales en función de lo que has consultado o interactuado en línea	17	4.9	41	11.8	42	13.8	241	69.5	1.52	.884		
4. Tu pareja ha tenido miedo durante el contacto sexual, porque has hecho algo que aprendiste en línea	1	.3	8	2.3	14	4.0	324	93.4	1.10	.387		
6. Has visitado sitios que te permiten interactuar virtualmente con una pareja sexual por medio de una cámara web	4	1.2	11	3.2	20	1.4	312	89.9	1.16	.515		
7. Has visitado sitios que te permiten consultar o interactuar, en tiempo real, a otros realizando sus actividades diarias	9	2.6	11	3.2	36	4.0	291	83.9	1.24	.637		
8. Te gusta ver en tiempo real (en vivo) a personas que practican conductas sexuales en línea	7	2.0	8	2.3	23	3.5	309	89.0	1.17	.558		

NOTAS: F = Frecuentemente; AV = Algunas veces; RV = Rara vez; N = Nunca.

En la tabla 7 se muestran los resultados obtenidos de acuerdo con la subescala de personajes ficticios, presentando que los adolescentes pasan cada vez mayor tiempo usando material sexual en línea, y que el tiempo ha aumentado desde que los usó por primera vez ($M = 2.00$, $DE = 1.30$). También se muestra el que prefieran usar material sexual en línea porque es anónimo y su identidad está protegida ($M = 1.97$, $DE = 1.28$). Se han vuelto más desinhibidos desde que empezaron a usar material sexual en línea ($M = 1.78$, $DE = 1.15$).

En la tabla 8 se muestran los resultados de acuerdo con la dependencia de uso de material sexual en línea, obteniendo que los adolescentes refieren que les daría vergüenza si sus seres queridos los descubren visualizan-

TABLA 6. Estadística descriptiva de subescala dominante

Reactivos	F		AV		RV		N		M	DE
	f	%	f	%	f	%	f	%		
2. Has querido presionar a una mujer u hombre para participar en alguna actividad sexual	5	1.4	7	2.0	12	3.5	323	93.1	1.12	.481
3. Has forzado a alguien a tener relaciones sexuales contigo	1	.3	2	.6	5	1.4	339	97.7	1.03	.250
5. Te han forzado a participar en actos sexuales	0	0	6	1.7	12	3.5	329	94.8	1.07	.315

NOTA: F = Frecuentemente; AV = Algunas veces; RV = Rara vez; N = Nunca.

TABLA 7. Estadística descriptiva de subescala personajes ficticios

Reactivos	CA		DA		NA-ND		ED		CDS		M	DE
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
2. Tiempo que pasas UMSL ha aumentado desde que los usaste por primera vez	30	8.6	19	5.5	56	14.1	59	17.0	183	52.7	2.00	1.30
3. Te has vuelto más desinhibido desde que empezaste a UMSL	19	5.5	12	3.5	50	14.4	59	17.0	207	59.7	1.78	1.15
4. Prefieres UMSL porque la gente no parece tan real para ti	15	4.3	7	2.0	49	14.1	52	15.0	224	64.6	1.67	1.07
5. Prefieres UMSL porque te sientes distante de la gente	11	3.2	8	2.3	43	12.4	61	17.6	224	69.6	1.62	1.00
6. Prefieres UMSL porque es anónimo y tu identidad está protegida	13	6.6	28	8.1	57	16.4	48	13.8	191	55.5	1.97	1.28

NOTAS: UMSL = uso de material sexual en línea; CA = Completamente de acuerdo; DA = De acuerdo. NA-ND = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; ED = En desacuerdo; CDS = Completamente en desacuerdo.

TABLA 8. Estadística descriptiva de subescala dependencia

Reactivos	CA		DA		NA-ND		ED		CDS		M	DE
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
1. Te daría vergüenza si tus seres queridos te descubren UMSL	184	53.0	55	15.9	61	17.6	11	3.2	36	10.4	3.98	1.33
7. Crees que UMSL está mal	58	16.7	33	9.5	138	39.8	42	12.2	76	21.9	2.87	1.32
8. Crees que UMSL no es tan malo, como hacerlo en vivo	30	8.6	29	8.4	150	43.2	41	11.8	97	28.0	2.58	1.22

NOTA: CA = Completamente de acuerdo; DA = De acuerdo; NA-ND = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; ED = En desacuerdo; CDS = Completamente en desacuerdo; UMSL = uso de material sexual en línea.

do o consultando material sexual en línea ($M = 3.98$, $DE = 1.33$), así como también se registra el pensar que está mal visualizar o consultar material sexual en línea ($M = 2.87$, $DE = 1.32$).

Respecto a las diferencias del uso de material sexual en línea de acuerdo con el sexo, en la tabla 9 se presentan los resultados con respecto a las diferencias en el uso de material sexual en línea entre hombres y mujeres, mostrando diferencias significativas en todas las subescalas a excepción de la subescala de sexo violento. El estudio demuestra que los hombres consultan con mayor frecuencia los diferentes tipos de material sexual en línea, hacen uso coactivo y tienen uso problemático de material sexual en línea comparado con las mujeres.

Tabla 9. Diferencia del uso de material sexual en línea de acuerdo con el sexo

Variables	Sexo	n	Rango promedio	M	U	p
TMSL	Hombre	165	196.08	19.03	11 371.50	.00
	Mujer	182	153.98			
Fantasías	Hombre	165	198.54	15.06	10 966.00	.00
	Mujer	182	151.75			
Fetichismo	Hombre	165	201.34	23.16	10 504.50	.00
	Mujer	182	149.22			
Sexo violento	Hombre	165	176.66	18.84	14 575.50	.63
	Mujer	182	171.59			
UCMSL	Hombre	165	208.82	5.88	9 270.00	.00
	Mujer	182	142.43			
Dominante	Hombre	165	185.49	2.46	13 119.00	.00
	Mujer	182	163.58			
Exploratorio	Hombre	165	206.64	7.93	9 630.00	.00
	Mujer	182	144.41			
UPMSL	Hombre	165	189.87	32.72	12 396.00	.01
	Mujer	182	159.61			
Personajes ficticios	Hombre	165	202.88	20.21	10 249.00	.00
	Mujer	182	147.81			
Dependencia	Hombre	165	161.52	53.57	12 955.50	.026
	Mujer	182	185.32			

NOTAS: TMSL = tipo de material sexual en línea, UCMSL = Uso coactivo de material sexual en línea, UPMSL = uso problemático de material sexual en línea.

Discusión

El presente estudio permitió identificar el uso de material sexual en línea de acuerdo con el sexo de los adolescentes de bachillerato. de acuerdo con los resultados encontrados se puede señalar que los adolescentes utilizaron mayormente uso problemático de material sexual en línea, hicieron uso dependiente de contenido sexual, personajes ficticios y visualización de contenido sexual que involucra fetiches. Este hallazgo concuerda con lo referido por Jiménez (2011), quien refiere que más de la mitad de los adolescentes que participaron en su estudio afirman haber tenido contacto con contenido sexual en línea. Asimismo, de acuerdo con el estudio de Smith (2013), se identificó que los adolescentes que visualizaron o interactuaron con material sexualmente explícito variaron desde un número mínimo de veces hasta una visualización frecuente y consistente, donde los adolescentes consideraron un medio seguro para aprender sobre su sexualidad, pero al mismo tiempo señalaron haber encontrado contenido perturbador y sentir que los comportamientos e interacciones sexuales eran poco realistas, así como la incorporación de ideas extraídas de material sexualmente explícito en sus experiencias sexuales. A su vez, Valdez-Montero *et al.* (2019) indican que los jóvenes visualizan contenido sexual en línea, para excitarse, tomar ideas de lo que se explora en línea y para realizar comportamientos sexuales reales.

En lo que respecta a la diferencia de acuerdo con el sexo y al uso de material sexual en línea, el estudio demostró que los hombres usan más material sexual en línea comparado con las mujeres. Lo anterior concuerda con lo referido por Ballester-Arnal *et al.* (2016), quienes identificaron que los adolescentes hombres reportan más uso de contenido sexual en línea que las mujeres. El resultado coincide con el estudio de Blais-Lecours *et al.* (2016), mostrando que los adolescentes varones consultan con mayor frecuencia algún tipo de material sexualmente explícito en línea. Asimismo, el estudio de Peter y Valkenburg (2006) señala que los adolescentes varones se encuentran más expuestos a algún tipo de material sexualmente explícito en línea. Esto pudiera explicarse, debido a que culturalmente

los hombres son más permisivos en cuanto a su experiencia sexual, involucramiento a buscar contenido sexual en línea. A su vez, se encontró que los adolescentes varones son más compulsivos sexualmente, lo cual es apoyado por los estudios de (Blais-Lecours *et al.*, 2016; Muise *et al.*, 2013; Dodge, Reece, Cole y Sandfort, 2004). Según Emmerink, van den Eijnden y ter Bogt (2016), los hombres manejan una sexualidad general de manera sexista, por lo que son más activos y muestran mayor interés en el sexo. Por lo contrario, la mujer se ve sometida a una represión sexual, ya que existe la creencia tradicional de que las mujeres deben tener menor interés sexual que los hombres (Nebot-García, Elipe-Miravet, García-Barba, Antelo-García y Ballester-Arnal 2020).

Conclusiones

Se puede concluir que los adolescentes presentaron, en su mayoría, un uso problemático de material sexual en línea, uso dependiente de contenido sexual, personajes ficticios y visualización de contenido sexual que involucra fetiches. Los hombres consultan con mayor frecuencia los diferentes tipos de material sexual en línea, hacen uso coactivo y tienen uso problemático de material sexual en línea comparado con las mujeres.

Con base en los hallazgos de este estudio, se sugiere realizar acciones encaminadas a medidas preventivas para los adolescentes con respecto a las consecuencias del uso de material sexual en línea. Asimismo, se sugiere seguir desarrollando investigaciones enfocadas al uso de material sexual en línea que permitan diseñar intervenciones enfocadas a ese fenómeno y así lograr disminuir las consecuencias del mismo.

83

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca para estudios de posgrado de Mayra Mendoza Armenta.

Capítulo 3. Nivel de autoeficacia en salud sexual en un grupo de adolescentes de la zona media

[Level of Self-Efficacy in Sexual Health in a Group of Adolescents from the Zona Media]

MA. DEL ROCÍO ROCHA RODRÍGUEZ¹

BRENDA ROSALÍA GARCÍA TOBIAS²

DIANA LAURA RAMOS PATIÑO³

NEREYDA HERNÁNDEZ NAVA⁴

Resumen

Introducción: La adolescencia es reconocida como la etapa más crucial del desarrollo. Es donde se adquieren las herramientas necesarias para la incorporación a la edad adulta y el acoplamiento efectivo a la sociedad. Evaluar el nivel de autoeficacia, durante este periodo, recobra importancia, ya que el conocer el nivel de percepción que posee el adolescente, sobre la elección de actividades de protección en salud sexual y reproductiva, permitiría la elaboración de intervenciones que fomenten la autonomía y libertad de elección, favoreciendo con ello el uso adecuado de anticonceptivos en el primer encuentro sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos adolescentes. De manera que la presente investigación se sustenta bajo un paradigma cuantitativo, de corte transversal. *Objetivo:* Medir el nivel de autoeficacia en salud sexual y reproductiva en un grupo de adolescentes de la zona media de San Luis Potosí. *Metodología:* Estudio cuantitativo descriptivo con un total de 102 participantes. *Resultados:* Se identificó que el 74.3% de los adolescentes presenta un nivel alto de autoeficacia, lo cual implica creer en la propia capacidad para llevar a cabo la acción o conducta para lograr el resultado deseado, sin importar la capaci-

¹ Profesor-investigador de tiempo completo. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3714-3967>

² Integrante de ATIINA. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

³ Estudiante de la maestría en Salud Pública. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8799-5407>

⁴ Profesor-investigador de tiempo completo. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4965-1045>

dad real de la persona, teniendo un rol importante en todos los aspectos del propósito de una persona cuando se trata de modificar su conducta. *Conclusiones:* Los adolescentes siguen teniendo comportamientos de riesgo en su salud sexual, aunque su nivel de autoeficacia sea adecuado. Por lo tanto, deben de implementarse nuevas estrategias de promoción de la salud, para prevenir diversas enfermedades y conductas de riesgo.

Palabras clave: adolescentes, autoeficacia, salud sexual y reproductiva.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud definió a la adolescencia como el periodo de transición más importante del desarrollo humano, caracterizado por cambios físicos, psicológicos y sociales, abarcando desde los 10 a los 19 años (Secretaría de Salud, 2015). De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), México cuenta con un total de 30.6 millones de jóvenes, abarcando este grupo etario desde los 15 a 29 años, representando el 31.5% los adolescentes de entre 15 a 19 años.

Según la Secretaría de Salud (2015), al ser la adolescencia el período de preparación para la etapa adulta, es necesario considerar que esta transición va más allá de la maduración física y sexual, pues más bien determina el camino hacia la independencia social y económica, hacia el establecimiento de la identidad y la adquisición de actitudes y aptitudes fundamentales para establecer relaciones y asumir funciones en la sociedad.

Al considerar que la sexualidad se da a partir de la interacción y construcción de biopsicosociales, culturales, religiosos y espirituales, el promover en la adolescencia los derechos sexuales incita y promueve en la juventud la libertad de decidir y ejercer plenamente su sexualidad (Maldonado Muñiz *et al.*, 2014). Sin embargo, la adolescencia está marcada por cambios en las expectativas, no sólo las relacionadas con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el status social, en el que la gran cantidad de ritos y creencias han creado un estereotipo de cómo ve la sociedad a este grupo, catalogándolos como personas irresponsables, rebeldes, aventurados en sus decisiones etc., convirtiéndose en obstáculos que difi-

cultan que el adolescente busque y adquiera en su entorno las herramientas necesarias para una toma de decisiones asertiva.

Es necesario mencionar que, en esta etapa, la noción del riesgo no es inherente, pues también se suma el concepto de vulnerabilidad en que el joven se desenvuelve, y el poco entendimiento del potencial que se tiene se traduce en verlo como una problemática social, que rebasa las prácticas individuales y al sistema de salud, ya que en los últimos años se han enfocado las estrategias a tratar al adolescente como un problema, sin considerar el contexto y, menos aún, el tratar de entender el porqué de sus decisiones (López-Rosales y Moral de la Rubia, 2001).

Los retos que la sociedad le atribuye a este grupo son enormes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el 11% de los embarazos se dan en esta etapa. Además, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son otras de las grandes problemáticas que aquejan a este grupo. Convirtiéndose en un momento crucial en el que se podrían desarrollar diversas estrategias que favorezcan el ejercicio de una sexualidad segura, donde la educación adecuada sobre aspectos de salud y justicia sexual y reproductiva en los adolescentes podría contribuir a promover actividades de protección (Cardona Duque *et al.*, 2015). Abordar la salud sexual del adolescente asegura al sector salud dar seguimiento y prevenir enfermedades propias de la edad, pero al mismo tiempo prevenir enfermedades en la vida adulta. Por lo que el objetivo principal del estudio es medir el nivel de autoeficacia en salud sexual en un grupo de adolescentes.

Métodos y técnicas de investigación

Investigación que se desenvuelve bajo un paradigma cuantitativo, descriptivo y de corte trasversal. Los datos fueron recabados en un tiempo determinado y de tipo no experimental, realizado en el período de junio-julio del 2019. La población estuvo conformada por estudiantes de primer grado de secundaria del municipio de Ríoverde S. L. P, incluyendo un total de 102 jóvenes.

Mediante un muestreo no probabilístico se seleccionó a los jóvenes, considerando como criterios de inclusión a los alumnos, cursando el pri-

mer grado, que aceptaran participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron no firmar el consentimiento informado y los alumnos que no asistieron el día de aplicación del instrumento. Los criterios de eliminación fueron aquellos instrumentos incompletos.

Instrumentos para la recolecta de datos

Se realizó la aplicación de la escala de autoeficacia para prevención del ITS/SIDA (SEA 27), conformada por 27 ítems, la cual se califica con una puntuación de tipo Likert con variación en 5 puntos: Nada seguro = 1, Algo seguro = 2, Medio seguro = 3, Muy seguro = 4 y Total seguro = 5. Se construye de cuatro dimensiones, la primera engloba los elementos de A1 a A11, evaluando la capacidad para decir “no” a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias. La segunda dimensión se conforma de los elementos de B1 a B4, incluye la capacidad percibida para preguntar al compañero sobre sus antecedentes sexuales y otras conductas de riesgo como el consumo de drogas. Dentro de la tercera dimensión de C1 a C8, se cuestiona sobre la capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón. Y la última dimensión de D1 a D4 aborda la capacidad para mantener la virginidad hasta el matrimonio, el ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres (López-Rosales y Moral de la Rubia, 2001).

La clasificación e interpretación de la puntuación total de la escala es de la siguiente forma: 1-48: Nivel muy bajo de autoeficacia; 49-71: Nivel bajo de autoeficacia; 72-94: Nivel promedio bajo de autoeficacia; 95-117: Nivel promedio alto de autoeficacia; 118-135: Nivel alto de autoeficacia. Asimismo, se entregó el formato de consentimiento informado y la cédula de características sociodemográficas donde se abarcaba la edad y sexo.

Análisis de datos

Una vez obtenida la información de los cuestionarios aplicados a la población, se elaboró una base de datos en el Programa SPSS (Statistical Package of Social Science) versión 23, para la captura y análisis estadístico descrip-

tivo. El análisis estadístico consistió en: estadística descriptiva a través de tablas de frecuencia y porcentaje. Para el estudio de la fiabilidad del instrumento, se obtuvo el alfa de Cronbach obteniendo 0.85 para establecer la confiabilidad del instrumento en un grupo de estudio.

Consideraciones éticas

Normativa internacional: En función de lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, (Asociación Médica, 2008; UNESCO, 2005), se considera la preocupación por el bienestar, la promoción del respeto a todos los seres humanos, el respeto a la diversidad cultural, la protección a la vida, salud, intimidad y dignidad, otorgando la autonomía en la elección voluntaria de su participación en el estudio, garantizando que la persona está informada sobre los riesgos y beneficios, así como el envío del protocolo a un comité de ética, con el fin de evaluar si se consideran aspectos éticos en la ejecución de la investigación y la entrega del consentimiento informado a la madre adolescente.

Normativa nacional: De acuerdo con los requerimientos ⁷¹ para la investigación en adolescentes, se considerará lo estipulado en el **Reglamento de la Ley General de la Salud y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**, que establecen que se debe reconocer el derecho a la protección de la salud, el derecho a la libertad de convicción ética, pensamiento, conciencia, religión y cultura considerando las condiciones económicas o sociales, así como el acceso a la información y el derecho a la participación e intimidad, desde una perspectiva de derechos humanos y el interés superior del bienestar de niños, niñas y adolescentes (Diputados, 2014; Ejecutivo, 2014).

Resultados y discusión

Se obtuvo que, del total de la población, el 48% pertenece al género masculino, 46% al género femenino, destacando que 6% de los participantes

no especificó su género. En relación a la edad de los adolescentes se observó que se encontraban dentro del rango de 11 a 15 años, con mayor predominio, con 52%, los jóvenes de 13 años.

De acuerdo con la tabla 1 se identifica que, de los 102 adolescentes, el 74.3% presenta un nivel de autoeficacia, lo cual se traduce como creer en la propia capacidad para llevar a cabo la acción o conducta para lograr el resultado deseado, sin importar la capacidad real de la persona. En segundo lugar, estuvo el nivel promedio alto de autoeficacia, con un 11.6%, en donde se identifica que el mayor valor en este rango es el sexo femenino. Por último, con un 7.8% estuvo el nivel promedio de autoeficacia, en donde ambos géneros resultaron con un mismo porcentaje.

TABLA 1. Nivel de autoeficacia en salud sexual en un grupo de adolescentes de la Zona Media de S. L. P.

	<i>Muy bajo</i>		<i>Bajo</i>		<i>Promedio</i>		<i>Promedio o alto</i>		<i>Alto</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Femenino</i>	0	0.0	4	3.9	4	3.9	3	2.9	38	37.2	49	48.0
<i>Masculino</i>	1	0.9	1	0.9	4	3.9	8	7.8	32	31.3	46	45.0
<i>No contestó</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9	6	5.8	7	6.8
<i>Total</i>	1	0.9	5	4.8	8	7.8	12	11.6	76	74.3	102	100

FUENTE: Directa, N: 102.

De acuerdo con (Bandura *et al.*, 1996), el presentar un alto nivel de autoeficacia incrementa la motivación y las capacidades para producir determinados niveles de rendimiento. En concordancia con el autor, se ha identificado que más de la mitad de los encuestados presentó un alto nivel de autoeficacia, lo que se traduce en que el adolescente tiene la capacidad y el conocimiento de desarrollar comportamientos de protección para su salud. Asimismo, se menciona que a pesar de que los adolescentes se formen académicamente no implica, en la mayoría de los casos, que tengan comprensión sobre el tema, lo cual puede ser consecuencia de los distractores que pueden presentar. Además de ser una etapa de rebeldía hacia los padres, la falta de apoyo paternal podría impedir un desarrollo completo de la autonomía, por lo que su autoeficacia podría basarse en creencias y acciones de ensayo error, propiciando conductas de riesgo.

Según Kordoutis (2012), existen los aspectos sociocognitivos asociados al uso del preservativo, como el compañerismo con la pareja cuando se comparte la protección. En contraste, la mayoría de las adolescentes no están nada seguras de preguntar a su pareja sobre relaciones sexuales pasadas o si han tenido alguna experiencia homosexual, al igual que discutir sobre la prevención de SIDA. Por otro lado, Uribe-Alvarado y colaboradores en 2017 establecieron que, en relación a la etapa evolutiva de los jóvenes, estos en su mayoría no cuentan con las habilidades de comunicación interpersonal para poder llevar procesos de negociación, vinculados a las relaciones sexuales o al uso de métodos anticonceptivos (Uribe-Alvarado *et al.*, 2017). Al considerar lo anterior y de acuerdo con los resultados obtenidos, sólo el 5.4% de los encuestados se perciben incapaces de dialogar y gestionar sobre el uso de preservativos durante el acto sexual, en contraste con el 93.7% que se perciben capaces de establecer, de manera efectiva, la comunicación interpersonal con la pareja con el objetivo de garantizar el uso del preservativo durante el acto sexual.

Los cambios que se suscitan en la adolescencia pueden tener efectos notables en la creencia de los jóvenes sobre sus capacidades para afrontar, de forma favorable, las diferentes circunstancias que se presenten durante su desarrollo. Es por ello que es de suma importancia que los sistemas educativos fomenten la autonomía y la libertad de decisión con base en conocimientos adquiridos (Galicia-Moyeda *et al.*, 2013).

Por otro lado, Caprara y Saunders (2014) presentan resultados con los que coincide nuestro estudio, en tanto que encuentran una mayor prevalencia en el sexo femenino en un nivel alto de autoeficacia 37.2%, mientras que en los hombres, sólo el 31.3% presenta un alto nivel de autoeficacia. Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres con respecto a su percepción de autoeficacia sugieren que, al diseñar cualquier tipo de intervención que tenga como objetivo la mejora de la autoeficacia percibida, habrá que tomar en cuenta la variable género.

Sin embargo, Guerra Rodríguez y colaboradores (2019) mencionan que en la actualidad existe un incremento en la realización de conductas de riesgo, como el no uso de preservativo durante las relaciones sexuales, donde la autoeficacia es una cualidad que le permite al adolescente mantener un control sobre su comportamiento sexual, lo cual se opone a las ha-

llazgos de nuestra investigación, ya que de acuerdo con los resultados encontrados el 93.7% de los adolescentes encuestados presentan un nivel de autoeficacia promedio-alto, traduciendo esto como que se perciben capaces de realizar actividades de protección. Al considerar la adolescencia como el período de preparación para la adultez, se puede observar la importancia de la autoeficacia, ya que esta no solo es uno de los factores predictores de la intención del uso del preservativo o de la utilización del mismo en las relaciones sexuales, sino también es una de las variables explicativas del mantenimiento del cambio tras la aplicación de una intervención preventiva.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación y tomando en cuenta las bases teóricas que han servido de marco de referencia para explicar el comportamiento vocacional de mujeres y hombres, destaca la teoría de autoeficacia (Ramírez Dorantes y Canto y Rodríguez, 2007), según la cual, las expectativas de autoeficacia (Bandura *et al.*, 1996) son uno de los principales condicionantes de las diferencias de género en la toma de decisiones académicas y profesionales, mismas que son resultado del proceso de socialización que da lugar a que hombres y mujeres tengan una percepción diferente acerca de las tareas, actividades, estudios y ocupaciones que son más apropiados para cada género.

Conclusiones

Según la Organización Mundial de Salud, los adolescentes necesitan: información (incluida una educación sexual integral), acceso a una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva (incluido el acceso a los preservativos y a otros métodos anticonceptivos, según proceda), el acceso a otras intervenciones de prevención, tratamiento y atención relacionadas con las infecciones de transmisión sexual (entre ellas el VIH), y un entorno libre de explotación y de abusos que les ofrezca seguridad y apoyo (OMS, 2019).

A pesar de que la educación sobre sexualidad ha llegado a esta población vulnerable y se han implementado estrategias y programas, los adolescentes siguen teniendo comportamientos de riesgo hacia su salud sexual, aun-

que su nivel de autoeficacia sea bueno. No basta con que el adolescente tenga el conocimiento, tanto los maestros como el personal de salud deben motivar y poner en práctica lo aprendido involucrando a los padres en las mismas actividades, para que el adolescente sienta ese apoyo paternal y desarrolle con éxito su autonomía, la cual le brindará seguridad al momento de realizar o rechazar alguna acción, y si ésta tiene un resultado positivo el joven comenzará a engrandecer la creencia en el mismo, teniendo así la capacidad de evaluar todo tipo de situaciones evitando las conductas de riesgo. Para poder lograrlo se debe contar con el apoyo total de los padres. Es necesario que el personal de salud y el educador formen equipo, involucrándose en el desarrollo de los adolescentes, trabajando principalmente en la comunicación padre e hijo y así apoyar a crear vínculos de confianza. Una vez que se cree ese vínculo, es preciso educar a los tutores sobre salud sexual, así como proporcionarles técnicas o estrategias para orientar y resolver las dudas de sus hijos sobre su salud sexual. Todo personal involucrado en la educación de los adolescentes deberá ser capacitado y deberá demostrar saber que sabe manejar una educación más integrativa, según el contexto donde se desarrolle, pero sin olvidar la esencia de los temas a desarrollar.

Este estudio permitió conocer los factores de riesgo y las situaciones en las que los adolescentes están involucrados y expuestos. Se logró concluir que este grupo presenta un alto nivel de autoeficacia, no obstante, se identificaron algunos jóvenes con un déficit de autoeficacia, en quienes se deben de implementar nuevas estrategias de promoción de la salud, para prevenir diversas enfermedades. La educación para la salud en la etapa de la adolescencia es de vital importancia, les ayudará a identificar y prevenir los problemas de salud que pudieran afectarlos.

Agradecimientos

Este artículo científico forma parte de los resultados provenientes del proyecto ATINNA: Autocuidado integral para niños, niñas y adolescentes, realizado en la zona media de San Luis Potosí. Por lo que agradecemos a las autoridades académicas de la zona por su colaboración y participación en

la planeación y ejecución de las diferentes actividades, así como a los padres de familia y alumnos por su participación activa en cada una de las etapas del proyecto.

Bibliografía

- Asociación Médica, M. (2008). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., y Pastorelli, C. (1996). Multifaceted Impact of Self-Efficacy Beliefs on Academic Functioning. *Child Development*, 67(3), 1206–1222. <https://doi.org/10.1111/J.1467-8624.1996.TB01791.X>
- Cardona Duque, D.V., Ariza-Gerena, A., Gaona-Restrepo, C., y Medina-Pérez, Ó. A. (2015). Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600003
- Diputados, C. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Ejecutivo, P. (2014). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normanac.html>
- Galicia-Moyeda, I. X., Sánchez-Velasco, A., y Robles-Ojeda, F. J. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: Su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología*, 29(2), 491-500. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.124691>
- Guerra Rodriguez, G. M., Gil Vazquez, H. M., Olivares Ornelas, O. A., Cepeda Rangel, A. A., Hernández Duque, J., y Martínez Guerrero, A. S. (2019). Tipo de vida sexual, autoeficacia y actitud sobre las conductas sexuales de riesgo. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 104-117. <https://doi.org/10.30681/252610103843>
- Gobierno de México (2015). ¿Qué es la adolescencia? Secretaría de Salud, Blog. <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (29 de abril de 2019). *Estadísticas a propósito del Día del Niño* (Comunicado de Prensa 201/19, pp. 1-10). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/nino2019_Nal.pdf
- Kordoutis, P. S. (2012). Relationship Ambiance and Condom Use in Greek Young Adults' Dating Relationships. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 6(1), 108-135. <https://doi.org/10.5964/IJPR.V6I1.93>
- López-Rosales, F., y Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(5), 1-12. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500006
- Maldonado Muñoz, G., Camacho López, S. M., y Trejo García, C. A. (2014). La sexualidad, derecho y responsabilidad. *XIKUA*, 2(3). <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n3/e3.html>
- Organización Mundial de Salud (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. En *Organización Mundial de la Salud; 2019. WHOLIS*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/who-312341>
- Ramírez Dorantes, M. D. C., y Canto y Rodríguez, J. E. (2007). Desarrollo y evaluación de una escala de auto-eficacia en la elección de carrera en estudiantes mexicanos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 5(11), 37-38. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v5i11.1230>
- UNESCO (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>
- Uribe-Alvarado, J. I., Bahamón, M. J., Reyes Ruiz, L., Trejos-Herrera, A. M., Alarcón-Vásquez, Y., Uribe-Alvarado, J. I., Bahamón, M. J., Reyes Ruiz, L., Trejos-Herrera, A. M., y Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 212-220. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.10>

Capítulo 4. Hábitos sexuales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes embarazadas en un hospital público de Zacatecas

[Sexual Habits Related to Alcohol Consumption in Pregnant Adolescents in a Public Hospital in Zacatecas]

MA. GUADALUPE GALLEGOS-ACEVEDO¹

MARÍA LUZ DE ÁVILA-ARROYO²

INÉS TENAHUA-QUITL³

ANA BEATRIZ ÁVILA-DELGADO⁴

SONIA PÉREZ-HERNÁNDEZ⁵

Resumen

Introducción: Actualmente, el inicio de la actividad sexual es a edades tempranas. En esta experiencia realizan conductas de riesgo como la escasa protección, las múltiples parejas, violencia y consumo de alcohol, lo que condiciona el estado de salud de las adolescentes. *Objetivo:* Relacionar los hábitos sexuales y el consumo de alcohol en adolescentes embarazadas atendidas en un hospital público de Zacatecas. *Metodología:* Mediante un estudio descriptivo correlacional, por medio de un muestreo por conveniencia se obtuvo una muestra de 55 adolescentes embarazadas, a quienes se les aplicó la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHs) y el Cuestionario Consumo de alcohol (CCA), considerando los aspectos éticos que marca la Ley General de Salud. *Resultados:* Se encontró que la vida sexual se inició a los 15 años, que 32.7% consumió alcohol en el último mes e ingieren hasta cinco bebidas por ocasión de consumo. Existe relación positiva entre el

¹ Profesora-investigadora. Benemérita Universidad Autónoma de Zacatecas, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3140-6308>

² Profesora-investigadora. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4924-1959>

³ Profesora-investigadora. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3987-8254>

⁴ Profesora-investigadora. Benemérita Universidad Autónoma de Zacatecas, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0239-7825>

⁵ Profesora-investigadora. Benemérita Universidad Autónoma de Zacatecas, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9688-2869>

consumo de alcohol con los hábitos sexuales ($r^2p = .698, p = .011$) y el número de parejas en los últimos seis meses ($r^2p = .486, p = .001$). *Conclusiones:* El consumo de alcohol en adolescentes embarazadas incrementa la presencia de hábitos sexuales de riesgo y el tener mayor número de parejas sexuales.

Palabras clave: hábitos sexuales, consumo de alcohol, adolescentes embarazadas.

Introducción

Las adolescentes están iniciando su actividad sexual a edades cada día más tempranas, en la mayoría de las ocasiones sin protección, con múltiples parejas y con compañeros sexuales de edades mayores, quienes les otorgan una supuesta experimentación y guía en prácticas múltiples y peligrosas, cada vez más difundidas en círculos y redes sociales, que les da cierta popularidad y facilidades para este tipo de experimentación. Además, la violencia permea su convivencia sexual, siendo más afectadas las adolescentes de nivel socioeconómico bajo o que viven fuera de familia, quienes tienden a iniciarse sexualmente como parte de su sobrevivencia y sometimiento a un círculo marginado y hostil (Z. Cifuentes, V. Gaete, S. Sepúlveda, O. Morales y J. Parada, 2021).

Estas prácticas sexuales están generando en los adolescentes hábitos que distan de la sexualidad segura, la cual se fomenta en una base de conocimientos y valores que conducen a la protección individual y en pareja, así como a la maternidad y paternidad responsables, con oportunidad reproductiva que puede prever sus necesidades en pareja y proyectar la búsqueda de los efectos lógicos de la práctica sexual, como lo es la formación de nuevas familias, donde se planean y buscan las circunstancias más apropiadas para esperar la llegada de los hijos, para así lograr la perpetuación de la especie humana. La realidad dista de estos estilos de práctica sexual saludables, ya que la modernidad y las diferentes ideologías impactan de una manera divergente en los patrones actuales de convivencia sexual (N. Enríquez, M. Sánchez, G. Arias y M. Robles, 2019). Es así que la

población adolescente es el blanco de diversas formas de experimentación en la actividad sexual, la cual les expone a múltiples riesgos para la salud física y mental, lo que se ha transformado en un fenómeno multifactorial y multicultural, donde la familia y su dinámica juegan un importante rol, así como las políticas públicas que deben proteger a esta población. Además, la crianza de ambos padres y la religiosidad se asocian de diversa manera en la postergación o en la iniciación de vida sexual tanto en hombres como en mujeres (A. Aldaba, G. Marín y A. Gallegos, 2018; P. Quintero, N. Castillo, B. Roba, O. Padrón y M. Hernández, 2016). Asimismo, adolescentes que viven en una familia numerosa o con un solo progenitor tienden a iniciar la actividad sexual a más temprana edad, por disponer de menor tiempo en su monitorización y vigilancia, por lo que el ejercicio sexual de riesgo incluye una serie de conductas que afectan directamente la salud, las cuales van ocurriendo de forma inesperada, en la vida del adolescente, como parte de su necesidad de experimentar nuevas cosas y sensaciones, lo que le genera hábitos peligrosos para su vida, como es el caso de la promiscuidad y el comercio sexual, las enfermedades y sobre todo el consumo de drogas, ya que quien consume drogas logra identificar diferencias en la práctica sexual cuando está bajo su efecto o cuando no las consume (A. Aldaba *et al.*, 2018; P. Quintero *et al.*, 2016). Esto puede generar consecuencias a corto y mediano plazo, pues la práctica sexual bajo el influjo de alguna sustancia psicoactiva lleva al adolescente a vivir violencia y a tener experiencias de prácticas promiscuas en grupo, que derivan en enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, o a ser víctimas de trata de personas y tráfico sexual, lo cual ocurre de manera silente y natural para muchos adolescentes que han encontrado en esto su modo de vida como un negocio (A. Aldaba *et al.*, 2018; P. Quintero *et al.*, 2016).

El franco, descuidado y común consumo de drogas de la adolescente, durante el embarazo y puerperio, se encuentra relacionado con una gran cantidad de alteraciones para la salud del binomio madre-hijo, entre ellos, el retraso en el crecimiento fetal, partos prematuros, desprendimientos de placenta, amenazas de aborto y desarrollo de patologías neonatales tempranas como el consumo feto-alcohol y retraso mental. La madre puede padecer desnutrición, infecciones graves asociadas a las prácticas sexuales o por falta de cuidado del embarazo o puerperio, anemia, alteraciones del

propio embarazo o, en el trabajo de parto, que requieran medidas terapéuticas diversas que complican el expulsivo y el puerperio, además de psicopatologías, como depresión, ansiedad, entre otras, derivadas del síndrome de abstinencia a las sustancias que no consume durante el período de hospitalización y al mayor consumo subsecuente (R. Magri, H. Míguez, V. Parodi, J. Hutson, H. Suárez, A. Menéndez *et al.*, 2007).

En las adolescentes, las conductas sexuales pueden verse afectadas de forma significativa por el efecto de las drogas y se convierten en riesgo. El alcohol es una de las sustancias más utilizadas para alterar el comportamiento sexual, suele aumentar la vulnerabilidad de los acontecimientos sexuales, provocando que al estar intoxicadas se muestren incapaces de gestionar un sexo seguro y se multipliquen las probabilidades de tener relaciones sexuales sin preservativo, además de que corren el riesgo de que aumente la incapacidad para decidir y responder negativamente ante alguna agresión o respuesta adversa o violenta, como consecuencia del efecto desinhibidor del alcohol, el cual favorece el contacto social y posibilita la expresión de las emociones, y es utilizado como un elemento facilitador de las relaciones sexuales entre jóvenes. Asimismo, esta sustancia impide la habilidad en el uso de preservativos y tiene propiedades amnésicas que hacen que los individuos olviden sus acciones o las consecuencias de éstas antes, durante y después de las relaciones sexuales, lo que limita la posibilidad de la responsabilidad en pareja (C. García, F. Calvo, X. Carbonell y C. Giralt, 2017).

Como resultado del inicio temprano de la vida sexual, las prácticas sexuales de riesgo y los factores asociados al importante fenómeno del embarazo en adolescentes en los últimos años, México ocupa el primer lugar en el tema entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años de edad. Asimismo, 28% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años en nuestro país, donde aproximadamente ocurren al año 340 000 nacimientos en mujeres menores de 19 años, con una gran diversidad de problemas asociados (Instituto Nacional de las Mujeres, Gobierno de México, 2020).

Por lo anteriormente planteado, el presente estudio tiene como objetivo relacionar y describir los hábitos sexuales y el consumo de alcohol en

adolescentes embarazadas atendidas en un hospital público de Zacatecas, con la perspectiva de proporcionar datos que permitan el análisis de la relación entre estas variables, que pudieran identificar mejor características de los hábitos sexuales y del consumo de alcohol entre adolescentes que viven un embarazo, ya que este fenómeno no ha sido revisado en esta población. Además, otro objetivo sería desarrollar acciones para contrarrestar el problema a partir de los hallazgos

Métodos y técnicas de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, considerando una muestra de 55 adolescentes entre 13 y 19 años, con diagnóstico de embarazo en cualquier semana de gestación, que acudieron al control prenatal en una institución pública de Zacatecas. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para recabar los datos, se utilizó la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS), realizada, aplicada y validada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2013), reporta un alfa de Cronbach de 0.86, integrada por nueve secciones que describen los hábitos sexuales; éstas incluyen: (a) características sociodemográficas; (b) estilos de vida; (c) experiencia sexual; (d) primera relación sexual; (e) relaciones sexuales a lo largo de la vida; (f) relaciones sexuales en los últimos 12 meses; (g) relaciones sexuales en los últimos 30 días; (h) relaciones sexuales con nuevas parejas; (i) salud sexual. En el presente estudio, la consistencia interna del instrumento fue de 0.77.

Para el consumo de alcohol se utilizó el Cuestionario Consumo de alcohol (CCA), que incluyó prevalencias global, lápsica, actual e instantánea, así como sus características (Secretaría de Salud y la Comisión Nacional Contra las Adicciones Conadic, 1999). Para llevar a cabo el procedimiento de recolección de datos se solicitó la autorización de la institución de salud, una vez obtenida, se llevó a cabo la selección de las participantes considerando la programación de citas de aquellas adolescentes de 13 a 19 años que acudieron al servicio de control prenatal; una vez ubicadas se abordaron de manera individual para dar a conocer el propósito y alcance de la investigación, el manejo de los datos y los riesgos al participar. Asi-

mismo, se le hicieron saber sus derechos considerando que podía decidir abandonar en cualquier momento esta investigación; una vez que resolvieron voluntariamente participar se otorgó el consentimiento informado para que autorizaran su participación, posteriormente, se les proporcionaron los instrumentos, para recabar la información, cuidando en todo momento respetar su voluntad, integridad, y anonimato, además se realizó el acompañamiento para responder dudas.

Por lo que el presente estudio se realizó con base en lo estipulado por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (2014), en lo acordado por la Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares (2010) y Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (2011), así como en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (2012), con la finalidad de proteger y respetar los derechos de las participantes en el manejo de los datos, de su identidad e información plasmada en los instrumentos durante la captura y en el manejo de los resultados.

El análisis de los datos se llevó a cabo en el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 20, en español, para Windows. Se aplicó estadística descriptiva como frecuencias y proporciones con intervalos de confianza del 95% las variables categóricas y a las prevalencias de consumo, mientras que para las variables continuas se obtuvieron las medidas de tendencia central. Además, se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov Smirnov, la cual permitió identificar el uso de estadística paramétrica mediante la prueba de correlación de Pearson. Cabe señalar que, para procesar los datos, la variable hábitos sexuales se transformó en un índice de 0 a 100.

Resultados

El presente estudio permitió relacionar los hábitos sexuales y consumo de alcohol en 55 adolescentes embarazadas. Donde la mayoría tienen en promedio 17 años; cuentan con la educación secundaria terminada (49.9%); son solteras o sin pareja (45.5%); refieren que no tienen responsabilidades

en el hogar ni en el trabajo (66.4%) y que viven con ambos padres (73.2%). El inicio de la vida sexual de las participantes en promedio fue a los 15 años, 89.2% viven su primer embarazo y tienen un promedio de 20 semanas de gestación. Se encontró que el 56.3% tomó precauciones para no embarazarse, y que el 36.4% en la primera relación sexual usó preservativo, además, que en el 7.3% esta relación sexual fue violenta; el 10.9% tuvo relaciones con quien les pagó o negoció algo por ello, y en el 12.7% esta relación sexual no fue voluntaria.

En cuanto a los hábitos sexuales en el último mes, las adolescentes embarazadas refieren que el 67.3% han tenido relaciones sexuales; 32.7%, con nuevas parejas (el promedio ha sido con dos parejas); también reportan que sólo el 10.9% usó preservativo (las nuevas parejas), y 5.5% refiere que tienen otras parejas. Asimismo, el 7.3% de las participantes mantienen coito con otras personas además de con quien es su pareja oficial o formal. Cabe señalar que el 12.7% indica que ella o su nueva pareja estaban bajo el efecto de una droga cuando tuvieron relaciones sexuales, de las cuales 9.4% se encontraba bajo el efecto del alcohol, y 2.1% consumió esta sustancia y otra droga.

Respecto a la salud genital, el 10.9% de las adolescentes indicó haber tenido en su vida, o tener actualmente, alguna enfermedad de transmisión sexual, de las cuales 5.5% fue gonorrea; 3.6%, herpes genital, y 1.8%, tricomoniasis; enfermedades diagnosticadas por el médico durante la revisión en consulta médica de rutina. Destaca que ninguna participante se ha practicado alguna prueba para identificar VIH u otra enfermedad de transmisión sexual.

En cuanto a los resultados referentes a la vida social nocturna, se reporta que en los últimos seis meses el 32.7% de las adolescentes embarazadas tienen salidas nocturnas de 3 a 4 veces por semana en el último mes, y 36.4%, de 3 a 4 veces por semana. Además que el 30.9% ya no han salido de noche desde hace más de seis meses. Aunado a esto, 20% de las participantes duerme fuera de casa de 3 a 4 veces por semana, momento que aprovechan para tener relaciones sexuales.

Por otra parte, los datos obtenidos evidencian que 54.5% de las participantes algunas veces usa preservativo en sus relaciones sexuales con su pareja habitual. Y el 38.2% nunca lo usa en sus relaciones sexuales con al-

guna pareja ocasional, a pesar de saberse embarazadas. Finalmente, se reporta que el número de parejas, a lo largo de la vida y en los últimos seis meses de las participantes, son 2, y los días en que han tenido relaciones sexuales en el último mes, en promedio, es de 17 días.

En otra instancia, las adolescentes embarazadas presentan elevadas prevalencias de consumo de alcohol, donde la global fue de 72.2% (IC 95% = 63-78); lápsica, 63.6% (IC 95% = 58-66); actual, 32.7% (IC 95% = 29-34), e instantánea de 16.4% (IC 95% = 14-18). También se reporta que 36.4% presenta una frecuencia de consumo de alcohol de una vez al mes o menos, donde el 66.8% de ellas prefiere la cerveza, aunque 7% bebe de lo que haya o de todo. Respecto a los lugares de consumo se indica que el 27.3% bebe en la casa y el 27% en el antro o en algún lugar para tomar, en promedio hasta cinco bebidas por ocasión.

Al aplicar la prueba de correlación de Pearson entre los hábitos sexuales y el consumo de alcohol de las adolescentes embarazadas, se presentan los resultados de la tabla 1. En la que puede observarse que existe una relación negativa y significativa entre los hábitos sexuales y la edad de inicio de la vida sexual de las participantes ($rp = -.890, p = .048$). También existe una relación positiva y significativa entre el consumo de alcohol con los hábitos sexuales ($rp = .698, p = .011$) y el número de parejas en los últimos seis meses ($rp = .486, p = .001$).

Discusión

Los resultados de esta investigación muestran que las adolescentes participantes en el estudio iniciaron la vida sexual a los quince años y poco más de la mitad de ellas no tomó precauciones para evitar el embarazo; además, revelan que el 30% usó preservativo durante la primera relación sexual. Estos resultados indican la existencia de un problema real entre las adolescentes, pues confirman que el inicio de la vida sexual se presenta a edades tempranas y mayormente sin protección como lo señalan diversas fuentes (Z. Cifuentes *et al.*, 2021). De tal forma que estos hábitos no son seguros, más bien son escasamente saludables y mantienen a las adolescentes en un constante riesgo, tal como lo evidencian los resultados en-

Tabla 1. Prueba de correlación de Pearson para los hábitos sexuales y el consumo de alcohol, de las adolescentes embarazadas participantes

Variable	1	2	3	4	5
1. Hábitos sexuales	1				
2. Consumo de alcohol	40 *.698 .011	1			
3. Edad de inicio de vida sexual	55 *-.890 .048	40 .137 .400	1		
4. Núm. de parejas en la vida	55 *-.303 .024	55 .300 .060	55 -.082 .551	1	
5. Núm. de parejas en último año	55 *-.711 .039	55 **.486 .001	55 .041 .768	55 -.134 .330	1

NOTAS: * = Valor $p < .05$; ** = Valor $p < .01$; rp = Correlación de Pearson, p = Significancia estadística y n = muestra.

contrados que indican relaciones sexuales violentas, no voluntarias y negociadas. Esta situación se puede deber a las características del contexto donde las participantes viven, ya que estar en familias numerosas o de un sólo padre incrementa el riesgo al existir la posibilidad de tener menor tiempo de supervisión en las conductas de las adolescentes, quienes inician la experimentación de nuevas cosas que les generen sensaciones (A. Aldaba *et al.*, 2018; P. Quintero *et al.*, 2016).

Otra de las prácticas sexuales que las participantes señalaron en el último mes es el mantenimiento de las relaciones sexuales con hasta dos nuevas parejas, mismas que a su vez tenían otras, o bien con parejas que no eran la oficial o formal, además, sólo un bajo porcentaje utilizó preservativo. Posiblemente, esta conducta se deba a la experimentación de las adolescentes con múltiples parejas para tener nuevas sensaciones o que buscan compañeros sexuales que les ofrecen experiencia o guía y eso, a su vez, las coloca en un estatus de popularidad, sin embargo, también las somete a mantener convivencias sexuales violentas, las cuales generan hábitos peligrosos como la promiscuidad, el comercio y la presencia de enfermedades de transmisión sexual (Aldaba A. *et al.*, 2018; Quintero P. *et al.*, 2016). Au-

nado a ello, un porcentaje de participantes tuvo relaciones sexuales bajo el influjo del consumo de alcohol, otras drogas o la combinación de éstas, lo que puede responder al mantenimiento de las prácticas ya descritas, pues el alcohol altera el comportamiento sexual y hace que los contextos donde se desarrollan los actos sexuales vuelvan vulnerables o agresivos a la pareja y que, por ende, no sea posible que sean seguros, por lo tanto, se omite el uso de preservativos, no hay respuesta de defensa ante agresiones o se mantienen múltiples parejas, como se reporta, además existe la posibilidad que se produzcan episodios de amnesia y que, entonces, estas prácticas no sean conscientes y que por ello se limiten las responsabilidades de las mismas (C. García *et al.*, 2017). A parte de ello, el consumo de alcohol que presentan las participantes puede propiciar alteraciones del binomio madre-hijo que pueda ameritar hospitalización prolongada y altos costos en la salud y atención a la misma.

Esta situación es alarmante debido a que estos hábitos de las adolescentes se mantienen en el embarazo entre las 20 semanas de gestación, lo que confirma la probabilidad de que se pueda presentar alguna complicación que afecte no sólo el estado de salud de la participante sino del producto de la gestación, pues se muestra que no existe una base sólida de conocimientos y valores que las guíe a mantener prácticas seguras. Lo que se refleja en el hecho que las adolescentes no se han realizado pruebas para detectar la presencia de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, en algunas visitas médicas de rutina les diagnosticaron gonorrea, herpes y tricomoniasis; cabe señalar que la razón de la revisión era externa a la patología detectada.

Por lo tanto, es importante resaltar este problema entre los adolescentes, pues en estudios realizados en población universitaria se han encontrado situaciones similares, como relaciones sexuales no consensuadas y enfermedades de transmisión sexual tras la ingesta de consumo de alcohol (García *et al.*, 2017), de manera que éste es un factor determinante y sugiere que los patrones de los hábitos son similares a pesar de las diferencias de edad. Por otra parte, también se adhieren las salidas nocturnas; en el caso de las participantes de este estudio, en los últimos seis meses salen de 3 a 4 veces por semana y que son aprovechadas para tener relaciones sexuales, lo que incrementa el riesgo de consumo de alcohol y prácticas sexuales

peligrosas, pues en las noches es donde frecuentemente se presenta.

En relación al consumo de alcohol en las adolescentes embarazadas, los datos muestran elevadas prevalencias donde más del 30% lo consumió en el último mes, y el 16% en la última semana, lo que evidencia el mantenimiento de la ingesta de esta sustancia en el embarazo, principalmente de cerveza. Esta situación es realmente seria, pues las adolescentes, pese a los riesgos que puede presentar el feto y ellas, hacen uso de la sustancia y en grandes cantidades, ya que ingieren hasta cinco bebidas por ocasión, lo que puede hacer que se presente retraso del crecimiento fetal o mental, partos prematuros, síndrome de abstinencia y sus complicaciones. Además, este patrón de consumo es similar al que se ha reportado en universitarias y es inferior al de mujeres de 12 a 17 años no embarazadas, por lo que se puede decir que a edades tempranas se presenta un elevado consumo y no es una condicionante limitarlo al igual que el embarazo (García *et al.*, 2017; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2017; R. Magri *et al.*, 2007).

Por lo tanto, se puede decir que el consumo de alcohol es determinante para mantener hábitos sexuales seguros, pues datos obtenidos en este estudio indican que existe una relación positiva entre las variables, es decir, que a mayor consumo de alcohol incrementan los hábitos sexuales, al igual que el número de parejas sexuales en los últimos seis meses. De manera que este resultado confirma que la ingesta de esta sustancia a edades tempranas y en el embarazo mantiene la ejecución de hábitos sexuales inseguros que condicionan el estado físico y mental de las participantes, así como el estado de salud del feto. De tal forma que es necesario continuar realizando investigaciones en esta población para establecer intervenciones de prevención en las adolescentes que eviten futuras complicaciones. Las limitaciones de este estudio son la escasa literatura, encontrada en esta población, que integre las variables abordadas, además se recomienda incrementar el tamaño de la muestra, ya que debido a la pandemia no fue posible hacerlo.

Conclusiones

Se concluye que el consumo de alcohol en adolescentes embarazadas incrementa la presencia de hábitos sexuales de riesgo y del número de parejas sexuales. Además que existen prácticas de riesgo entre las adolescentes mismas que pueden afectar la salud del binomio madre-hijo por lo que se deben establecer estrategias de prevención en las que se contrarreste el problema del consumo de alcohol y los hábitos sexuales de riesgo en esta población.

Bibliografía

- Aldaba, A. R., Marín, G. S., y Gallegos, A. M. G. (2018). *Prácticas sociales de riesgo en sexo servidoras adolescentes* [Tesis no publicada para el programa de Posgrado y especialidades de Enfermería en Salud Pública] Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Cámara de Diputados, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2010). *Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
- Cámara de Diputados, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Cámara de Diputados, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2021). *Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGTAIP_200521.pdf
- Castaño, P., Arango, T. E., Morales, M. S., Rodríguez, B. A., y Montoya, M. C. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia) adicciones. *Revista Adicciones*, 24(4), 347-363. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289124639009>
- Cifuentes, Z. C. F., Gaete, V. G. A., Sepúlveda, S. C. M., Morales O. I. A., y Parada, J. D.A. (2021). Factores de riesgo para infecciones de transmisión sexual en adolescentes de un colegio de educación secundaria. *Horizonte Médico*,

Capítulo 5. Conductas sobre sexting, fuentes de educación sexual y su relación con el inicio temprano de relaciones sexuales en adultos jóvenes

[Sexting Behaviors, Sources of Sex Education, and Their Relationship to Early Sexual debut in Young Adults]

MARTHA OFELIA VALLE-SOLÍS¹

MARCO ESTEBAN MORALES-ROJAS²

DIDIER FRANCISCO AKÉ-CANUL³

SHEILA MARIELA COHUO-COB⁴

VERÓNICA BENÍTEZ-GUERRERO⁵

Resumen

Introducción: Las conductas sobre *sexting* y la edad de inicio de las relaciones sexuales en los jóvenes son un problema de salud pública y de interés para intervenciones por parte de personal de salud, específicamente, de la disciplina de enfermería, al analizar que estos grupos vulnerables se encuentran en desarrollo físico, psicológico y social, así como en una etapa de maduración importante en la toma de decisiones y que el inicio de las relaciones sexuales a más temprana edad puede considerarse como factor de riesgo en las conductas sexuales. **Objetivo:** Las conductas sobre *sexting* y su relación con la edad de inicio de relaciones sexuales en estudiantes de enfermería de una universidad pública de México. **Metodología:** Estudio observacional, transversal y correlacional en estudiantes de licenciatura en Enfermería, a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia. **Resultados:** Se realizó la prueba de correlación de Spearman para la variable

¹ Profesora-investigadora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8772-6549>

² Profesor de tiempo completo. Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3416-0806>

³ Profesor de tiempo completo. Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8089-9156>

⁴ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4936-5142>

⁵ Profesora-investigadora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0002-0036-1784](https://ORCID.ORG/0000-0002-0036-1784)

de edad de inicio de relaciones sexuales con la intensidad de sexting obteniendo un valor de -0.270 , con una significancia de $p < .001$, lo cual indica una correlación baja, inversamente proporcional (mayor intensidad a menor inicio de relaciones sexuales). La prueba Ji cuadrada, en el valor de edades de inicio de relaciones sexuales temprana (menor a 17 años), no fue significativa. En cuanto a las fuentes de educación sexual con la realización de *sexting* se observa que el 96.4% de los que participaron en este fenómeno había recibido educación sexual, y ésta en su mayoría provino de la escuela con un 49.4% (96), seguido de la familia con 43.2% (84). Posteriormente, se realizó el análisis de independencia con la prueba Ji cuadrada, sin tener una relación positiva. *Conclusiones:* Los jóvenes presentan un debut sexual y una alta intensidad de practicar *sexting*.

Palabras clave: conductas sexuales, sexting, educación sexual, inicio de relaciones sexuales.

Introducción

El *sexting* en la actualidad es un problema de salud pública que afecta a jóvenes de todas las edades, sin embargo, se ha observado que estudiantes de nivel superior se involucran en situaciones no aptas por subir en redes sociales, u otros medios, imágenes o videos con contenido sexual. En sí, el *sexting* hace referencia al envío de contenido de tipo sexual (ya sea por fotografía o por video), y el remitente hace lo mismo: lo reenvía a una persona o grupo de personas; generalmente esto se da más cuando éste tiene una pareja, siente atracción por esta situación, sin tomar en cuenta los riesgos o problemas que puede contraer posteriormente, como la difusión del mismo contenido a un amplio grupo de personas, ocasionando en la persona que lo envió originalmente vergüenza, enojo, depresión, entre otras situaciones que pueden poner en riesgo su vida.

La mayoría de los jóvenes que realizan esta acción no piensan en el “qué pasará” y se dejan llevar por el momento, por la atracción o el amor que siente por la otra persona. Por su parte, quien recibe dicha fotografía o video decide qué hacer con ello, incluido convertirlo en objeto de burla sin

importarle los sentimientos del otro. Hay que tomar en cuenta que la edad de la primera relación sexual es, aproximadamente, entre los 15 y 16 años para las jóvenes de muchos países. Mientras en algunos países del Caribe, inician la vida sexual a una edad tan temprana como los 10-12 años (García, Cortés y Hernández, 2006, citado por Mendoza *et al.*, 2012).

El *sexting* es una práctica de intercambios de contenido sexual a través de aparatos electrónicos. Es ya un tema controversial a nivel global cuando se toca, pero poco puesto en seriedad a nivel social; se puede decir que se entrelaza con diferentes hipótesis causantes de la práctica de la misma; mucho se habla de que es una moda que los jóvenes siguen, sin embargo, la tendencia de la puesta en acción va más allá, ya que —como se mencionó— es una práctica internacional en la que para su realización no se especifica una clase social o grupo especial de chicos, podemos relacionarlo con la integridad de cada persona, en esto entran todas las áreas específicas, tanto las psicológicas, sociales y emocionales (Englander, 2019).

3 *Sexting* es una combinación de las palabras sexo y mensajes de texto. El término fue acuñado por los medios de comunicación, en 2005, en la revista *Sunday Telegraph*, donde se registran los primeros datos de esta práctica. Desde ese año, el término ha sido ampliamente utilizado y se hace constar que existe en diversas partes del mundo, con mayor incidencia en los países anglosajones como Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos y Reino Unido. El *sexting* consiste en el envío de contenidos de tipo sexual (principalmente fotografías o videos) compartidos generalmente por el propio remitente a otras personas, por medio de teléfonos móviles. Según el glosario de ciberseguridad del Gobierno de Australia del Sur, es el acto mediante el cual una fotografía digital sexualmente explícita que una persona se toma a sí misma es enviada a otra persona por medio del teléfono móvil (Chalfen, 2009).

El Centro de Investigación sobre Delitos contra los Niños de la Universidad de New Hampshire, en su destacado estudio publicado en diciembre de 2011, define el *sexting* como: “imágenes sexuales producidas por menores, susceptibles de ser consideradas pornografía infantil”. Otra definición es la que da el *Urban Dictionary*: “El acto de enviar mensajes de teléfono móvil a alguien con el objetivo de tener con él o ella un encuentro sexual; inicialmente intrascendente, más tarde se convierte en algo suge-

rente y finalmente explícito.” Desde el origen de los medios de comunicación, las personas los hemos usado para enviar contenidos de tipo sexual (eróticos, pornográficos, etc.), pero surge un peligro: la difusión masiva e incontrolada de dichos contenidos. Para los adolescentes, el *sexting* puede tener consecuencias trágicas; por ejemplo, al enviar o recibir imágenes de desnudos de una persona menor de edad, ya que esto se sanciona por la Ley de Pornografía Infantil. En este caso se tipificaría como un delincuente sexual, y esto puede arruinar su vida (Powell y Gordon, 2016).

La organización ConnectSafely (2010) ha determinado en un estudio que las principales razones para producir o transmitir *sexting* son las siguientes: noviazgo, coqueteo, impulsividad, presión de los amigos, venganza, intimidación y chantaje (Aguirre, 2012). Datos sobre el *sexting* en México indican que el 8% lo practica y son casi siempre mujeres las fotografiadas. Según la ASI (organización civil mexicana dedicada a proporcionar orientación a alumnos y maestros acerca de los peligros a los que se exponen a través de Internet y dispositivos móviles) el *sexting* —fenómeno popular sobre todo entre los adolescentes de 12 a 16 años— es protagonizado más por las mujeres que por hombres: según sus encuestas, el 90% de las personas que se autograban desnudas o en poses eróticas, son mujeres. Para otra organización, la estadounidense ConnectSafely, las principales razones para el *sexting* son: romance juvenil, coqueteo, lucimiento, impulsividad, presión de los amigos, venganza, intimidación y chantaje (Broadus y Dockson, 2016).

La principal preocupación sobre los riesgos sexuales en Internet se reduce a dos ideas: (1) ser víctima de una insinuación sexual indeseada y (2) engancharse activamente en conductas sexuales en línea (Baumgartner, Valkenburg y Peter, 2010 citado por Vizzueth, García y Guzmán, 2015). Por otro lado, las redes sociales se han convertido en las páginas más consumidas por los internautas mexicanos (junto con Google). De hecho, México es el segundo país de Latinoamérica con el mayor número de usuarios registrados en Facebook, sólo después de Brasil. Esta red social ha aumentado en casi 200 millones su número de usuarios en el último año, llegando en octubre de 2013 a 1 189 millones de cuentas en el mundo (si fuera un país, sería el tercero más poblado del planeta). Entre los delitos o conductas cibernéticas inapropiadas, este trabajo se enfoca en dos de ellas

que afectan fundamentalmente a la población juvenil: el *cyberbullying* (acoso cibernético) y el *sexting* (exposición sexual). Si bien es necesario identificar las medidas y programas existentes para enfrentar el problema, desde el punto de vista de la prevención social, el propósito fundamental de este artículo es dar a conocer los resultados de una investigación preliminar sobre el tema de la prevención social del *cyberbullying* y el *sexting*, cuyo objetivo central es conocer la percepción que tienen jóvenes universitarios a propósito del tema, así como propuestas que, desde su punto de vista, podrían coadyuvar en la generación e instrumentación de acciones de prevención (Albury y Crawford, 2012).

Estas prácticas de *sexting* y las fuentes de educación sexual se consideran peligrosas, mientras que el inicio de una vida sexual activa representa un episodio crucial en la vida de las personas, porque tiene implicaciones para su futuro, como el asumir nuevos roles y patrones de comportamiento que tendrán efectos en su salud sexual y reproductiva, y modificarán su desarrollo durante la edad adulta. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 de los adolescentes de 12 a 19 años de edad indica que el 21.2% inició vida sexual, incluyendo a aquellos que no recordaron la edad de inicio; 24.4% hombres y 18.0% mujeres. Comparando con la Ensanut 2012, el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad, que declaró haber iniciado vida sexual, fue similar (23.0%) (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019).

Por otra parte, estudios han demostrado que los adolescentes no admiten su participación en actos de *sexting*, aunque conocen el significado del término y la existencia de casos cercanos. Las razones para la participación en actos de *sexting* serían: llamar la atención del destinatario o ser considerado popular. Es decir, el alumnado aceptaría las peticiones para practicar *sexting* de una persona que le interesa, con el objetivo de que ésta se fije más en él y vea lo que es capaz de hacer. Los adolescentes son conscientes de la decepción que provocaría en sus familiares y amigos el envío de este tipo de material sobre sí mismos, así como las consecuencias emocionales y repercusiones futuras que conlleva la distribución de esta información. La mayoría de los adolescentes apuntan que los insultos y depresión serían las principales consecuencias (Fajardo, Gordillo y Regalado, 2013).

El objetivo del estudio es analizar las conductas sobre *sexting* y su relación con la edad de inicio de relaciones sexuales en estudiantes de enfermería de una universidad pública de México.

Metodología

Estudio observacional, transversal y de alcance correlacional que tomó como universo a los estudiantes de la licenciatura en Enfermería de una universidad pública de México, a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia, en los cuales participaron voluntarios de este campus que se encuentren inscritos regularmente, que tuvieran al menos 18 años y tuvieran posesión de un dispositivo móvil con acceso a Internet.

Para la recolección de datos se solicitó el permiso a las autoridades educativas para poder acceder a los salones de los estudiantes, durante las horas académicas y se establecieron las fechas y horarios para presentarles el proyecto de los estudiantes. Posteriormente se recolectaron los datos de contacto de los estudiantes que se ofrecieron para participar. Finalmente, se establecieron las fechas para aplicar los instrumentos a los estudiantes para su recolección, posterior tabulación y análisis de datos.

Para la evaluación del fenómeno de *sexting* se utilizó el instrumento Conductas Sobre Sexting (css), '*Sexting Behaviors Scale*', que está compuesto por 28 preguntas con valores que van del 0 al 4, y de acuerdo con la naturaleza de la pregunta permite caracterizar tres ámbitos: (1) disposición hacia la participación en el sexting, (2) participación real y (3) expresión emocional (alfa de Cronbach = .922). La sumatoria del instrumento se clasifica en cinco niveles de intensidad de participación: Muy bajo (0 a 27 pts), Bajo (28 a 55 pts); Medio (56 a 83 pts); Alto (84 a 111 pts), y Muy alto (112-135 pts). Posteriormente, se incluyeron cuatro preguntas, dos relativas a la educación sexual, si el estudiante había recibido información previa a los 18 años y la fuente de la que había proveniendo, y dos relacionadas (17).

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS V.21, los instrumentos se descargaron en la máscara de datos realizada; se obtuvieron frecuencias y porcentajes a través de la tabulación, y se utilizaron las pruebas

de independencia Ji cuadrada para la declaración sobre *sexting* y la prueba de correlación de Spearman para el puntaje total del instrumento CSS, ambas con un nivel de significancia del 95%. Por último, se utilizó el programa Microsoft Excel para la creación de las gráficas presentadas.

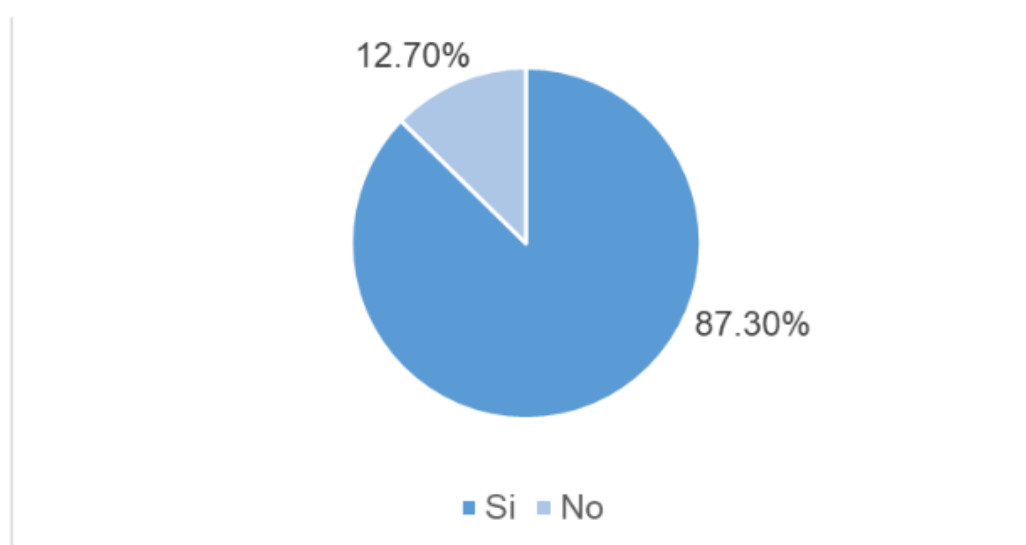
Este proyecto se alineó al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de Salud para Seres Humanos en México, considerándolo como un riesgo menor al mínimo, ya que sólo deben contestar un instrumento de recolección de datos. Asimismo, se respetaron los lineamientos propuestos en la Declaración de Helsinki al valorar los beneficios y los riesgos; se protegió la identidad de los participantes al asignarles un folio en el instrumento de CSS y se aseguró que los datos fueron tratados en su conjunto y no de forma individual. En cuanto a los beneficios, se otorgó un reporte técnico a las autoridades de la dependencia para llevar a cabo intervenciones educativas y de conductas saludables en *sexting* seguro. Este estudio fue presentado al Comité de Ética de la Unidad Académica correspondiente y fue aprobado con el folio UAM-CEI-01-19.

Resultados y discusión

4 Se realizaron 300 encuestas, de acuerdo con la disponibilidad de los tiempos de prácticas y horarios escolares de los estudiantes de enfermería. El 25.7% (77) son hombres y el 74.3% (223) son mujeres. En cuanto al uso de Internet, se establece que el 87.3% (262) contaban con conexión a Internet (además de la que ofrece el móvil), de los cuales se determina que el 85.71% de los hombres y el 87.89% de las mujeres contaban con esta conexión. Datos similares a los hallazgos se muestran en el estudio de Villanueva y Serrano (2019), donde la mayor frecuencia de conexión a Internet son las mujeres. El control parental de redes sociales se relaciona con una menor frecuencia de conexión a Internet tanto en hombres como en mujeres.

4 En cuanto a la edad, se obtiene que la edad promedio de la muestra fue de 20.79 con una DE 1.9. Para los hombres, la edad promedio fue de 20.58 años, y para las mujeres de 20.86. Luego, se determinó que el 53.7% (161) eran estudiantes de cuarto año, siendo el grupo más numeroso (ver tabla 1).

FIGURA 1. Conexión a Internet desde el hogar (distinta a los datos del móvil)



4
 TABLA 1. Número de participantes por año cursado

Año de carrera que cursa actualmente	Frecuencia	Porcentaje
1	90	30.0
2	47	15.7
3	2	0.7
4	161	53.7
Total	300	100.0

4
 Para la educación sexual, se les preguntó si habían recibido educación sexual antes de los 18 años, a lo que los estudiantes respondieron: un 97.3% (292) , sí haberla recibido. Al analizar esta variable por sexo, se obtiene que en los hombres el 96.1% (74) declara haberla recibido y de las mujeres el 100% (223). Al describir la principal fuente de la que recibieron dicha educación, se obtiene que “la escuela” fue la respuesta más común con 46.9% (137). (Para el extenso de las posibles respuestas ver la tabla 2.)

De los 300 estudiantes, sobre la edad de inicio para las relaciones sexuales, se obtiene que el 78% (234) declara haber iniciado vida activa en una edad promedio de 17.56 años (2.02 DE), esto con una mínima de 12 años y la máxima de 23 años. De ellos, los hombres habían iniciado su vida sexual, en un 81.8% (63), con un promedio de 16.5 años (2.08 DE), y

4

TABLA 2. Fuente declarada de la que provino la educación sexual

<i>Fuente de la que provino la educación sexual</i>		
<i>Respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Familia	134	45.8
Escuela	137	46.9
Amigos	5	1.7
Medios de comunicación masiva	3	1.0
Libros y revistas	2	0.6
Otro	11	3.7
Total	292	100

36

las mujeres en un 76.6% (171), con un promedio de 17.83 años (2.28 DE). Antes de iniciar con el instrumento css, se les cuestionó acerca de si habían realizado *sexting*, para lo cual los participantes declararon: 64.7% (194) haberlo realizado, de los cuales el 70.1% de los hombres lo realizaron, y el 60.9%, las mujeres.

Datos similares a los reportados por Fajardo, Gordillo y Regalado (2013), muestran que el grupo de edad en el que se da con más frecuencia el *sexting* es entre los 14 y los 16 años, seguido del grupo de edad de 16-20 años. Asimismo, en una revisión sistemática sobre la práctica del *sexting* en adolescentes, se encontró que la prevalencia de éste se estima entre el 7% y el 27% en adolescentes entre los 12 y los 18 años (Cooper, Quayle, Jonsson y Svedi, 2016, citado por Alonso y Romero, 2019). En un metanálisis reciente (Madigan, Ly, Rash, Ouysel y Temple, 2018 citado por Alonso y Romero, 2019), se ha concluido que la media de prevalencias en *sexting* activo, encontradas en 39 estudios, es de un 14.8% en adolescentes con media de edad de 15.16 años. Las variaciones en la prevalencia estimada en la conducta de *sexting* en jóvenes podrían deberse a la heterogeneidad de definiciones que se manejan, así como a los diferentes instrumentos utilizados para evaluar la conducta de *sexting*. No obstante, existe consenso en la literatura previa, en relación a que la conducta de *sexting* aumenta con la edad (Cooper *et al.*, 2016). Así, en una muestra de adolescentes españoles se encuentra que un 36.1% realizan *sexting* a los 17 años (Gámez, de Santisteban y Restt, 2017, citado por Alonso y Romero, 2019). En mues-

tras universitarias, los porcentajes parecen aumentar: se han encontrado porcentajes de 75.7% para envío de mensajes de texto sexualmente provocativos (Delevi y Weisskirch, 2013, citado por Alonso y Romero, 2019).

En cuanto al instrumento de conductas sobre *sexting*, al evaluar la iniciativa, se obtiene que el 73.19% (146) de los participantes envió contenido de tipo mensaje de texto, y el mismo porcentaje lo hizo a través de imágenes. En cuanto a las redes sociales, el 75.77% (147) recibió imágenes o mensajes provocativos e insinuantes en plataformas como Facebook, Instagram o Snapchat, y el 55.67% (108) lo ha enviado. Finalmente, el 26.28% (51) declara haber publicado imágenes insinuantes y provocativas en plataformas públicas como Facebook, Instagram, Tumblr o Snapchat. En segundo lugar, en el apartado de participación real en el *sexting*, se encontró que el 55.6% reporta realizarlo cuando está solo, y el 59.27% (115) establece realizarlo cuando está en casa. Después, 32.98% (64) reportó hacer *sexting* cuando se encuentra aburrido y el 62.37% (121) lo realiza cuando se encuentra excitado. En el último apartado de este instrumento, la expresión emocional durante el *sexting*, en la primera pregunta (el *sexting* hace que tenga más probabilidad de tener sexo o salir con alguien), los participantes respondieron afirmativamente en un 49.48% (96). Luego, el 14.43% (28) declaró hacer *sexting* cuando quiere hablar con alguien; el 21.13% (41) porque quiere bromear con la gente; el 15.97% (31) reportó hacerlo cuando quiere empezar a salir con alguien, y el 47.93% (93) reportó iniciar el *sexting* cuando tiene la intención de tener relaciones sexuales. Finalmente, el 43.81% (85) reportó que es falso que el *sexting* lo hace sentir inmoral; el 57.74% (112) declara sentirse avergonzado y el 48.96% (95) reporta sentirse feliz mientras lo hace. A través de la escala, podemos identificar que los sujetos realizan el *sexting* en una intensidad baja 68.86% (122), mientras que en una intensidad media y alta, se reporta un total de 35.05% (68) y 1.03% (2).

Al analizar las correlaciones, en primer lugar se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para comprobar la normalidad de la distribución de los datos; después de la aceptación de los supuestos, se realizó la prueba de correlación de Spearman para la variable de edad de inicio de relaciones sexuales, con la intensidad de *sexting* obteniendo un valor de -0.270 , con una significancia de $p < .001$, lo cual indica una correlación débil, inversa-

TABLA 3. Fuente de educación sexual de los que participaron en el sexting

Fuente de la que provino la educación sexual	Reporte	Ji ²	Valor P	Índice de confianza
Familia	84 (43.2%)	1.5	0.21	0.45–1.19
Escuela	96 (49.4%)	3.0	0.08	0.94–2.53
Amigos	3 (1.5%)	0.08	0.77	0.24–6.66
Medios de comunicación masiva	2 (1%)	0.001	0.99	0.09–11.28
Libros y revistas	2 (1%)	NA	NA	NA
Otro	11 (5.6%)	NA	NA	NA
Total	194			

mente proporcional (mayor intensidad a menor inicio de relaciones sexuales). Por otro lado, al relacionarlo con la prueba Ji cuadrada, en cuanto al valor de edades de inicio de relaciones sexuales temprana (menor a 17 años), se obtiene un valor de 1.68 con una $p = 0.18$ e índices de confianza del 0.18 al 2.09, lo cual lo determina como no significativo.

En cuanto a las fuentes de educación sexual con la realización de *sexting*, se observa que el 96.4% de los que participaron en este fenómeno había recibido educación sexual, y en su mayoría provino de la escuela con un 49.4% (96), seguido de la familia con 43.2% (84). Posteriormente se realizó el análisis de independencia con la prueba Ji cuadrada, obteniendo los valores descritos en la tabla 3, sin tener una relación positiva.

Conclusiones

En este estudio se analizaron las conductas sobre *sexting* y su relación con la edad de inicio de relaciones sexuales en estudiantes de enfermería de una universidad pública de México. Los resultados obtenidos muestran una relación no positiva entre las conductas sobre *sexting* y la edad de inicio de relaciones sexuales. Sin embargo, aun cuando no existe una relación, es importante continuar abordando el fenómeno del *sexting* con otras variables de estudio como examinar potenciales consecuencias de la práctica de *sexting* sobre las conductas de agresión-victimización presencial y cibernética y el bienestar emocional.

Capítulo 6. Autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias. Consumo de sustancias durante la relación sexual y uso del condón en adultos de mediana y tercera edad

[Self-Efficacy for Condom Use under the Influence of Substances, Substance Use during Sexual Intercourse, and Condom Use in Middle-Aged and Older]

DAFNE ASTRID GÓMEZ-MELASIO¹
PEDRO ENRIQUE TRUJILLO-HERNÁNDEZ²
LINDA AZUCENA RODRÍGUEZ-PUENTE³
EVA KERENA HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ⁴
BRAULIO JOSUÉ LARA-REYES⁵

Resumen

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual representan un problema para la salud pública mundial. Pueden presentarse en cualquier persona sexualmente activa, sin distinción de edad. Algunos países han experimentado un aumento en la incidencia de ITS en adultos de mediana y tercera edad, lo cual, evidencia su participación en conductas sexuales de riesgo como el no uso del condón y relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras drogas ilícitas. *Objetivos:* Identificar si sexo, edad, estado civil, autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y consumo de sustancias durante la relación sexual influyen en el uso del condón en adultos de mediana y tercera edad. *Metodología:* Se empleó un diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por 726 adultos de mediana

¹ Profesora y coordinadora del departamento de Servicio Social. Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2608-1350>

² Profesor y líder del Cuerpo Académico Salud Integral. Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8503-387X>

³ Profesora y líder del Cuerpo Académico Prevención de Adicciones. Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4040-6171>

⁴ Profesora y directora. Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8180-8818>

⁵ Profesor y secretario académico. Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9712-7774>

y tercera edad. Se empleó un muestreo virtual online utilizando la red social Facebook. Se incluyeron hombres y mujeres de 40 a 74 años de edad, heterosexuales, con actividad sexual vaginal, anal u oral en los últimos 12 meses con dos o más parejas sexuales. Para la medición de las variables se utilizaron los factores “evitar situaciones que pudieran conducir al sexo sin condón de la escala de autoeficacia del uso del condón”, el factor “evitar conductas de riesgo y factor uso del condón del cuestionario de conducta sexual más segura”. *Resultados:* Mostraron que el estado civil soltero y autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias influyeron en el uso del condón en las relaciones sexuales de los adultos de mediana y tercera edad. *Conclusiones:* Los hallazgos de este estudio son de gran importancia, ya que proporcionan un acercamiento al fenómeno de consumo de sustancias y uso del condón en adultos de mediana y tercera edad, aportando evidencia científica para el desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas en promover conductas sexuales más seguras, y con esto apoyar la prevención de ITS en esta población.

Palabras clave: uso de condón, consumo de alcohol, consumo de drogas, autoeficacia, adultos de mediana y tercera edad.

2 Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un grave problema para la salud pública mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019) por sus implicaciones individuales y sociales, poniendo en riesgo la salud física y mental de quienes las padecen (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014). Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluyendo sexo vaginal, anal y oral.

Las ITS son una problemática que puede presentarse en cualquier persona sexualmente activa, sin distinción de edad (United States Department of Veterans Affairs [VA], 2021). En diversos países se ha hecho visible un aumento de la incidencia de ITS en adultos de mediana tercera edad (Andrade, Ayres, Aguiar, Cassamassimo, y García, 2017; Simson y Kulasegaram, 2012; Poynten, Grulich, y Templeton, 2013; Zamudio, Aguilar, y Avila, 2017).

De acuerdo con datos del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en Estados Unidos (CDC, 2019), de 2014 a 2018, el número de casos nuevos de clamidia, gonorrea, y sífilis aumentó en los adultos de mediana y tercera edad; clamidia de 60 175 a 91 756; gonorrea de 33 469 a 72 646; y sífilis, de 5 797 a 9 454, respectivamente. Y en lo que respecta al virus de inmunodeficiencia humana, en el 2018, se reportaron 12 041 nuevos diagnósticos (CDC, 2020).

Lo anterior evidencia su participación en conductas sexuales de riesgo, tales como tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o alguna otra droga y tener relaciones sexuales sin condón (Andrade *et al.*, 2017; CDC, 2016a; Odimegwu y Mutanda, 2017; Roberson, 2018; Smith y Larson, 2015). Además, los adultos de mediana y tercera edad enfrentan problemas únicos que los hacen vulnerables a adquirir ITS como, el número de años vividos, ya que puede involucrar mayor número de parejas sexuales (Poynten *et al.*, 2013), y la pérdida de la pareja por divorcio o fallecimiento, que los lleva a reiniciar su vida sexual con otra pareja (Fileborn *et al.*, 2017), y en la mayoría de los casos tienden a tener relaciones sexuales sin condón (Andrade *et al.*, 2017; Bahamón, Vianchá, y Tobos, 2014; CDC, 2016b; Odimegwu y Mutanda, 2017; Roberson, 2018; Smith y Larson, 2015; Syme *et al.*, 2016).

A lo anterior se añaden, los factores de riesgo de tipo fisiológico, como los cambios biológicos asociados al envejecimiento, tales como el debilitamiento del sistema inmunológico (Johnson, 2013; MedlinePlus, 2021). Las mujeres pueden presentar sequedad y atrofia vaginal (estrechamiento, acortamiento y adelgazamiento del epitelio) debido a la disminución de estrógenos (AIDS Community Research Initiative of America [ACRIA], 2008; DeLamater, 2012; Fileborn *et al.*, 2017; infoSIDA, 2020; Minichiello *et al.*, 2012; Rivers, 2014), aumentando la probabilidad de presentar abrasiones y desgarros durante las relaciones sexuales (Johnson, 2013).

En la etapa de posmenopausia, el volumen de flujo vaginal es inferior comparado con el de mujeres en edad fértil, y el pH se eleva debido a la disminución en la colonización de lactobacilos en la vagina. Factores como la sequedad vaginal afectan de forma indirecta, ya que el uso del condón puede hacer más incómoda o dolorosa la relación (Fileborn *et al.*, 2017). En los hombres, los cambios sexuales normales asociados con el envejeci-

miento incluyen la disminución de los niveles de testosterona, que conlleva a problemas de erección. Estos cambios aumentan indirectamente el riesgo de contraer ITS, al involucrarse en conductas sexuales de riesgo como no usar condón (Johnson, 2013), ya que el colocarse el condón les haría perder la erección o se les dificultaría usarlo con el pene semierecto (Filborn *et al.*, 2017).

Es importante tener en cuenta que los adultos de mediana y tercera edad representan una población que va en aumento. La mayoría de los países están experimentando un incremento en el número y la proporción de personas de dichos grupos poblacionales (Naciones Unidas [N.U.], 2021; Consejo Nacional de Población [Conapo] e INEGI, 2017). Entre 2015 y 2050, el porcentaje de personas mayores de 60 años se duplicará pasando del 12% al 22%, es decir, de 900 millones a 2 000 millones (OMS, 2018).

Sin duda alguna, el uso del condón ha demostrado ser de las conductas sexuales más seguras; la herramienta más efectiva para prevenir ITS (Asare, 2015; CDC, 2018). Otros tipos de prácticas sexuales más seguras son evitar el alcohol y las drogas antes o durante las relaciones sexuales (Dilorio, Parsons, Lehr, Adame, y Carlone, 1992). Los estudios muestran cifras bajas respecto al uso del condón en los adultos de mediana y tercera edad. Estudios como el de Cooperman, Arnsten y Klein (2007), Foster (2010), y Altschuler y Rhee (2015), reportaron que aproximadamente entre el 60% y el 75% de los adultos de mediana edad y tercera edad participantes en sus estudios usaban inconsistentemente el condón. Amin (2014), Sormanti y Shibusawa (2007), y Odimegwu y Mutanda (2017), encontraron un porcentaje mayor de uso inconsistente del condón en sus participantes (85% y 90%).

En México no se han identificado investigaciones que permitan conocer el porcentaje de adultos de mediana y tercera edad que utilizan condón en sus relaciones sexuales. Nicole Finkelstein (2019), directora de la asociación AIDS Healthcare Foundation México, manifestó que en la población mexicana en general, seis de cada diez personas no utilizan condón en sus relaciones sexuales. Debido al bajo porcentaje de uso del condón en los adultos de mediana y tercera edad, resulta indispensable explorar los factores que influyen en esta y otras conductas sexuales de riesgo como el uso de sustancias durante las relaciones sexuales. Prácticas que los colocan en

riesgo de adquirir ITS. Además, se ha identificado que, el consumo de alcohol y otras drogas ilícitas se relaciona con encuentros sexuales sin uso de condón (Cooperman *et al.*, 2007). A su vez, la capacidad que percibe el individuo para desarrollar una conducta (autoeficacia) se considera un determinante importante en la participación y desarrollo de la conducta (Ajzen, 2019; Montaña y Kasprzyk, 2015). También se ha identificado que, factores como el sexo, edad y estado civil influyen en el uso del condón en los adultos de mediana y tercera edad (Amin, 2014; Foster *et al.*, 2012; Schick *et al.*, 2010).

Se considera importante investigar y comprender cómo los patrones en las variables de interés pueden diferir entre varios grupos, en función del sexo, edad y estado civil, ya que puede ser útil segmentar a las poblaciones en tales variables y diseñar diferentes intervenciones para diferentes segmentos de audiencia si hay diferencias claras en los patrones de creencias (Montaña y Kasprzyk, 2015).

Por todo lo expuesto anteriormente, el objetivo de la presente investigación fue identificar si sexo, edad, estado civil, autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y consumo de sustancias durante la relación sexual influyen en el uso del condón en adultos de mediana y tercera edad.

Métodos

Para el presente estudio se utilizó un diseño correlacional, debido a que el propósito del estudio fue analizar la influencia de autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y consumo de sustancias durante la relación sexual, sobre el uso del condón en adultos de mediana y tercera edad. Asimismo, se propuso un diseño de tipo transversal, ya que la obtención de datos se realizó en un momento específico (Gray, Grove, y Sutherland, 2017).

La población estuvo conformada por adultos de mediana y tercera edad residentes de la república mexicana. El tamaño de la muestra fue de 726 adultos de mediana y tercera edad. Se empleó un muestreo virtual online utilizando la red social Facebook, ideal para el reclutamiento de parti-

participantes y recolección de datos sobre temas sensibles como conductas sexuales (Baltar y Gorjup, 2012). Se incluyeron hombres y mujeres de 40 a 74 años de edad, heterosexuales, con actividad sexual vaginal, anal u oral en los últimos 12 meses con dos o más parejas sexuales.

Para la medición de la variable “autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias”, se emplearon los ítems del factor evitar situaciones que pudieran conducir al sexo sin condón de la escala de autoeficacia del uso del condón de Dilorio, Maibach, O’Leary, Sanderson y Celentano (1997), dichos ítems hacen referencia a la autoeficacia percibida para el uso del condón bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Para medir la variable consumo de sustancias durante la relación sexual, se utilizaron algunos ítems del factor “evitar conductas de riesgo” del cuestionario de conducta sexual más segura de Dilorio, Parsons, Lehr, Adame y Carlone (1992). Para evaluar el uso del condón, se utilizó el factor “uso del condón” del cuestionario de conducta sexual más segura de Dilorio, Parsons, Lehr, Adame y Carlone (1992).

El presente proyecto de investigación se fundamentó en lo reglamentado por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014). En donde se establecen los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica destinada a la salud, ya que la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Los datos obtenidos se descargaron de la plataforma QuestionPro en el Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 21 para Windows. Para el análisis de los datos se utilizó el mismo programa estadístico. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características generales y de las variables de interés, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y se usaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, con corrección de Lilliefors para conocer si los datos presentaban normalidad, y determinar y justificar el uso de estadística paramétrica o no paramétrica. Debido a que los datos no presentaron distribución normal se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de Spearman. Posteriormente, para dar respuesta

al objetivo general se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, y por último, se llevó a cabo un análisis de mediación bajo el enfoque propuesto por Andrew F. Hayes (2018) con la ayuda de su macro Process.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 726 adultos de mediana y tercera edad. El 57.7% (419) eran mujeres, y 42.3% (307) hombres. La edad media de los participantes fue de 45.69 años (DE = 5.39). El 35.0% (254) eran casados, 24.1% (175) vivían en unión libre, 12.8% (93) solteros, 12.8% (93) divorciados, 11.8% (86) separados y 3.4% (25) viudos (tabla 1).

TABLA 1. Características generales de los participantes

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	419	57.7
Masculino	307	42.3
Estado Civil		
Soltero(a)	93	12.8
Casado(a)	254	35.0
Divorciado(a)	93	12.8
Viudo(a)	25	3.4
Unión libre	175	24.1
Separado(a)	86	11.8

NOTA: n = 726.

Autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias

En general, los participantes mostraron percibirse capaces de utilizar el condón bajo los efectos de sustancias. Cerca de la mitad de los participantes expresaron sentirse seguros de poder evitar tomar alcohol, consumir drogas cuando van a tener relaciones sexuales (42.3%), poder hacer que su

pareja y ellos usen condón, aunque no lo hayan usado antes, y ellos hayan tomado alcohol o consumido drogas (48.3%), y poder usar condón con una nueva pareja, aunque hayan tomado alcohol o consumido drogas (49.9%) (tabla 2).

TABLA 2. Autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias

Variables	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Puedo evitar tomar alcohol o consumir drogas cuando voy a tener relaciones sexuales	Muy inseguro	29	4.0
	Inseguro	28	3.9
	Seguro	307	42.3
	Muy seguro	362	49.9
2 Puedo hacer que mi pareja y yo usemos condón, aunque no lo hayamos usado antes, y yo haya tomado alcohol o consumido drogas	Muy inseguro	60	8.3
	Inseguro	143	19.7
	Seguro	351	48.3
	Muy seguro	172	23.7
2 Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque yo haya tomado alcohol o consumido drogas	Muy inseguro	59	8.1
	Inseguro	122	16.8
	Seguro	362	49.9
	Muy seguro	183	25.2

NOTA: n = 726.

Consumo de sustancias durante la relación sexual

En general, se observó que la mayoría de los participantes no consumía drogas antes o durante sus relaciones sexuales (95.6%). Sin embargo, el 47.5% de los participantes a veces tomaba bebidas alcohólicas antes o durante sus relaciones sexuales (tabla 3).

Uso del condón

En cuanto al uso del condón, se encontró que 24.9% de los participantes expresaron nunca insistir en usar condón cuando tienen relaciones sexuales; 41.9% nunca detienen el juego sexual inicial para ponerse o que su pareja se ponga un condón; 43.5% nunca usan condón cuando tienen relaciones sexuales; 40.4% nunca se rehúsan a tener relaciones sexuales aún y

TABLA 3. Consumo de sustancias durante la relación sexual

<i>Variables</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Consumo alguna droga (marihuana, cocaína, metanfetaminas, etc.) antes o durante mis relaciones sexuales	Nunca	694	95.6
	A veces	29	4.0
	La mayoría del tiempo	3	0.4
	Siempre	0	0.0
2 Tomo bebidas alcohólicas antes o durante mis relaciones sexuales	Nunca	362	49.9
	A veces	345	47.5
	La mayoría del tiempo	17	2.3
	Siempre	2	0.3

NOTA: $n = 726$.

cuando su pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, y 50.6% nunca evitan el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de su pareja sexual (tabla 4).

Relación entre autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias, consumo de sustancias durante la relación sexual y uso del condón

2 Se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que los datos no presentaron una distribución normal (tabla 5). Se encontró correlación entre autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias ($r_s = .442, p < .01$, consumo de sustancias durante la relación sexual ($r_s = .204, p < .01$) y uso del condón.

Influencia de autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y consumo de sustancias durante la relación sexual sobre el uso del condón

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple, con la finalidad de identificar la influencia del sexo, edad, estado civil, autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y consumo

TABLA 4. *Uso de condón*

<i>Variables</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales	Nunca	181	24.9
	A veces	287	39.5
	La mayoría del tiempo	111	15.3
	Siempre	147	20.2
2 Detengo el jugueteo sexual inicial para ponerme un condón o que mi pareja se lo ponga	Nunca	304	41.9
	A veces	233	32.1
	La mayoría del tiempo	86	11.8
	Siempre	103	14.2
Uso condón (o mi pareja lo usa) cada vez que tenemos relaciones sexuales	Nunca	316	43.5
	A veces	264	36.4
	La mayoría del tiempo	53	7.3
	Siempre	93	12.8
2 Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual	Nunca	280	38.6
	A veces	129	17.8
	La mayoría del tiempo	73	10.1
	Siempre	244	33.6
Practico sexo oral sin usar condón	Nunca	179	24.7
	A veces	224	30.9
	La mayoría del tiempo	115	15.8
	Siempre	208	28.7
2 Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón	Nunca	209	28.8
	A veces	301	41.5
	La mayoría del tiempo	88	12.1
	Siempre	128	17.6
73 Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo	Nunca	293	40.4
	A veces	282	38.8
	La mayoría del tiempo	57	7.9
	Siempre	94	12.9
2 Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual	Nunca	367	50.6
	A veces	219	30.2
	La mayoría del tiempo	76	10.5
	Siempre	64	8.8

NOTA: n = 726.

TABLA 5. *Relación entre autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias, consumo de sustancias durante la relación sexual y uso del condón*

<i>Variables</i>	<i>Autoeficacia</i>	<i>Consumo de sustancias</i>	<i>Uso de condón</i>
Autoeficacia		.101*	.442**
Consumo de sustancias			.204**

NOTAS: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; $n = 726$.

de sustancias durante la relación sexual sobre el uso del condón. Se identificó que el estado civil soltero ($\beta = 3.158$, $p < .05$) y autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias ($\beta = .839$, $p < .01$) influyen en el uso del condón (tabla 6). El modelo obtuvo el 9% de la varianza explicada.

Consumo de sustancias durante la relación sexual como mediador entre autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y uso del condón

Por último, se realizó un análisis de mediación bajo en enfoque propuesto por Andrew F. Hayes (2018) con la ayuda de su macro Process. Se observó que consumo de sustancias durante la relación sexual no medió el efecto entre autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y uso del condón ($\beta = .003$, $IC\ 95\% = -.0144, .0228$). Sin embargo, se confirmó la influencia directa de autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias sobre el uso del condón ($\beta = .810$, $IC\ 95\% = .5830, 1.0388$).

Discusión

El objetivo del estudio fue identificar si sexo, edad, estado civil, autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y consumo de sustancias durante la relación sexual influyen en el uso del condón en adultos de mediana y tercera edad. Se encontró que el estado civil soltero y autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias influyen en el uso del condón. Es decir que, los participantes solteros y que tuvieron mayores niveles de autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias presentaron mayor uso del condón en sus relaciones sexuales.

Tabla 6. Modelo de regresión uso del condón

Variables	β	SE	Beta	p
Constante	1.237	3.509	—	.725
Autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias	.839	.116	.260	.000
Consumo de sustancias durante la relación sexual	.652	.343	.069	.052
Sexo	.642	.478	.052	.180
Edad	.051	.043	.045	.237
Estado civil				
Casado	1.1116	1.243	.087	.370
Soltero	3.158	1.328	.173	.018
Divorciado	1.275	1.327	.070	.337
Unión libre	.182	1.266	.013	.886
Separado	1.920	1.347	.102	.154

NOTA: Variable dependiente = Uso del condón; β = valor de beta, coeficiente no estandarizado; SE = Error estándar; Beta = valor de beta, coeficiente estandarizado; p = valor de probabilidad; n = 726.

Hallazgo similar respecto al estado civil fue encontrado en el estudio realizado por Amin (2014), quien reportó que ser casado se asoció con mayor participación en conductas sexuales de riesgo como el no uso del condón. Mientras que en esta investigación se identificó que ser soltero se asoció con mayor uso del condón. En esta investigación no se encontró relación entre sexo, edad y uso del condón. Hallazgos contradictorios a los estudios de Amin (2014) reportaron que ser hombre se asociaba con mayores probabilidades de tener relaciones sexuales con condón, mientras Foster *et al.* (2012) encontraron que ser mujer se asoció con más conductas sexuales más seguras, observándose contradicción en dichos resultados. Mayor número de años de edad se asoció con mayor uso del condón (Schick *et al.*, 2010).

No se encontraron estudios que permitieran discutir en específico la influencia de autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias sobre el uso del condón en los adultos de mediana y tercera edad. Sin embargo, sí se ha hecho visible la influencia de la eficacia percibida para desarrollar conductas sexuales más seguras sobre el uso del condón y otras conductas sexuales más seguras en los adultos de mediana y tercera

edad. Foster *et al.* (2012) reportó que mayor eficacia percibida para desarrollar conductas sexuales más seguras se asoció con mayor participación en conductas sexuales más seguras.

En este mismo sentido, la teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 2019) y el modelo de Conducta Integrado (Montaño y Kasprzyk, 2015) postulan que el desarrollo de una conducta depende de la probabilidad de ocurrencia de varias condiciones que facilitan o restringen la conducta, ponderadas por el efecto percibido de que estas condiciones hacen que el desempeño conductual sea fácil o difícil. Cuanto más fuertes sean las creencias de que uno puede realizar la conducta a pesar de varias barreras específicas, mayor será la autoeficacia para llevar a cabo la conducta (Ajzen, 2019; Montaño y Kasprzyk, 2015). Por tal motivo, es más probable que las personas participen en actividades que consideran pueden realizar, en comparación de actividades para las que se consideran torpes.

No se encontró que el consumo de sustancias durante la relación sexual influyera en el uso del condón en adultos de mediana y tercera edad. Lo anterior es contradictorio a los hallazgos reportados por Cooperman *et al.* (2007), quienes encontraron que el consumo de alcohol y el uso de alguna droga en los últimos seis meses se asoció con participar en conductas sexuales de riesgo, es decir, que los participantes que consumieron alcohol o alguna otra droga ilícita tuvieron mayor participación en conductas sexuales de riesgo, como el no uso del condón en sus relaciones sexuales. La diferencia entre los hallazgos puede ser atribuible a la diferencia de sexo de los participantes, en la presente investigación predominó el sexo femenino, mientras que en el estudio realizado por Cooperman *et al.* (2007) la muestra estuvo conformada por hombres de mediana y tercera edad. Tampoco se identificó que la variable “consumo de sustancias durante la relación sexual” mediara el efecto entre autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y uso del condón. No se encontró literatura que permitiera discutir dicho hallazgo. Por tal motivo, se sugiere explorar en otros estudios el efecto mediador del consumo de sustancias durante la relación sexual entre autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias y uso del condón, específicamente, en adultos hombre de mediana y tercera edad en donde, el consumo de sustancias se ha asociado con participar en conductas sexuales de riesgo (Cooperman *et al.*, 2007).

Conclusión

La presente investigación explicó algunas relaciones de las variables involucradas en el uso del condón en los adultos de mediana y tercera edad. Se encontró que, el estado civil soltero y autoeficacia para el uso del condón bajo los efectos de sustancias influyeron en el uso del condón en las relaciones sexuales de los adultos de mediana y tercera edad. Los hallazgos de este estudio son de gran importancia, ya que proporcionan un acercamiento al fenómeno de consumo de sustancias y uso del condón en adultos de mediana y tercera edad, aportando evidencia científica para el desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas en promover conductas sexuales más seguras, y con esto apoyar la prevención de ITS en esta población. Se recomienda realizar más estudios que aborden el uso del condón y otras conductas sexuales seguras en los adultos de mediana y tercera edad, y se sugiere realizar investigaciones que permitan incorporar variables mediadoras para explicar dichas conductas.

Los datos fueron recolectados a través de un muestreo virtual online utilizando redes sociales como Facebook, lo cual limita a participar a las personas que no tienen acceso a un dispositivo con Internet o que no utilizan redes sociales, ocasionando para el presente estudio que aunque se incluyeron adultos de mediana y tercera edad, la muestra estuvo conformada en su mayoría por adultos de mediana edad. La generalización de los datos debe realizarse en poblaciones con características similares. Sin embargo, cabe señalar que el muestreo virtual online proporciona otras ventajas, como evitar vergüenza al responder cara a cara preguntas de temas sensibles como conductas sexuales.

No existen instrumentos diseñados específicamente para medir las variables de interés en los adultos de mediana y tercera edad. Los instrumentos que se utilizaron fueron desarrollados para medir las variables en otras poblaciones, como, adolescentes o jóvenes estudiantes, lo cual, impide una evaluación de manera precisa de las variables en la población de interés. Para tratar de realizar una medición más precisa algunos de los instrumentos se adaptaron. Otro aspecto, fue la escasa evidencia científica en los adultos de mediana y tercera edad con respecto a las conductas sexuales, lo que limitó comparar los resultados de la presente investigación.

Capítulo 7. Violencia del cliente en trabajadoras del sexo comercial

[*Client Violence in Commercial Sex Workers*]

GUSTAVO ALFREDO GÓMEZ-RODRÍGUEZ¹

ROSARIO EDUARDO APODACA-ARMENTA²

RAQUEL ALICIA BENAVIDES-TORRES³

Resumen

Introducción: La violencia que ejerce el cliente contra la trabajadora del sexo comercial la sitúa en panorama de riesgo de adquisición y transmisión para el VIH, debido a las conductas sexuales de riesgo. *Objetivo:* Identificar la violencia del cliente física, emocional y sexual en trabajadoras del sexo comercial. *Metodología:* Diseño descriptivo de corte transversal, en 409 trabajadoras del sexo comercial; se utilizó la técnica de muestreo denominada Respondent Driven Sampling (RDS) para poblaciones ocultas; el cuestionario fue aplicado de manera digital a través de la plataforma QuestionPro. *Resultados:* La edad media fue de 26.85 años; el ingreso mensual promedio fue de 9343.51; el estado civil que mayor ponderó es “soltera” con un 62.8%. En relación con la violencia, el 71.90% de las trabajadoras del sexo comercial presentaron violencia física; 73.10%, violencia emocional, y 75.60%, violencia sexual. *Conclusiones:* La mayoría de las trabajadoras del sexo comercial del estudio son víctimas de algún tipo de violencia ya sea física, emocional o sexual por parte del cliente en el último año.

Palabras clave: violencia contra la mujer, trabajo sexual, conducta sexual.

¹ Profesor-investigador. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3034-5443>

² Profesor-investigador. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8144-3457>

³ Profesora-investigadora. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5113-4250>

Introducción

La violencia del cliente son las acciones (abofetear, golpear con los puños o con cualquier parte del cuerpo, golpes con objetos, empujones y estrangulamiento) que ocasionan daño físico, sexual (relaciones sexuales forzadas y no uso del condón) o emocional (intimidación, denigración, humillación, insultos, gritos e indiferencia) ⁶⁸ sufre la trabajadora del sexo comercial (TSC) (Valdez *et al.*, 2006). Las TSC son un grupo de riesgo de adquisición y transmisión del VIH a consecuencia de conductas sexuales de riesgo como la inconsistencia en el uso del condón (Reed *et al.*, 2017; Woft *et al.*, 2018). En una revisión sistemática realizada por Shannon (2015), en TSC en 50 países de bajos y de medianos ingresos, informó que existe una prevalencia general de VIH del 11.8% para trabajadoras del sexo comercial. Por su parte, ONUSIDA, en 2019, refiere que ellas tienen 21 veces mayor riesgo al VIH que la población general. Además, las parejas sexuales de los grupos de población clave (incluidas las TSC) son seriamente afectadas, ya que en el 2019 éstas representaron el 54% de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial.

En las TSC, la violencia del cliente incide para que se presenten relaciones sexuales sin condón, siendo un factor determinante para la transmisión del VIH. Estudios realizados en China, Perú y México, reportan que aproximadamente el 13.15% de las trabajadoras del sexo comercial nunca o rara vez utilizaron el condón con los clientes (Kinsler *et al.*, 2014; Ma *et al.*, 2017; Tracas *et al.*, 2016). A su vez, se encontró un menor uso de condón en aquellas TSC que reciben violencia (física, emocional o sexual), por parte del cliente (George *et al.*, 2016; Goldenberg *et al.*, 2020; Prado, 2014.). Por ello, no es de extrañar que a nivel mundial más del 50% de las trabajadoras sexuales callejeras reportaron haber experimentado violencia física, sexual y emocional en el ejercicio de su actividad (Sanders, 2004). Aunque la mayoría de los países cuentan con leyes que consideran ilegal algún aspecto del trabajo sexual, estas disposiciones jurídicas se utilizan frecuentemente para justificar el acoso, la extorsión y la violencia contra las trabajadoras sexuales por parte de los clientes (ONUSIDA, 2009). Por tal motivo, este trabajo pretende describir los tipos de violencia (física, sexual o emocional) que ejerce el cliente contra las trabajadoras del sexo comercial.

Métodos y técnicas de investigación

La población estuvo conformada por mujeres TSC mayores de 18 años, residentes de la República Mexicana. El tamaño de la muestra fue de 409 participantes, la cual se calculó a través del paquete estadístico nQueryAdvisor (Elasshoff, Dixon, y Crede, 2000). Se utilizó la técnica de muestreo denominada Respondent Driven Sampling (RDS) (Heckathorn, 1997), la cual ha mostrado ser un método eficaz para este tipo de población, porque ayuda a reducir notablemente los sesgos producidos por problemas que suelen presentarse en poblaciones ocultas; debido a la dificultad de localizar sus miembros se tiende a tomar en la muestra los sujetos más visibles.

Los datos se analizaron por medio del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22. Se utilizó la estadística descriptiva para conocer las características de las participantes y para describir las variables de interés, a través de frecuencias y proporciones. La consistencia interna del instrumento se identificó por medio del coeficiente alfa de Cronbach.

Para medir la variable “violencia del cliente”, se utilizó la escala de violencia, elaborada y validada por Valdez, Híjar, Salgado, Rivera, Ávila y Rojas (2006); consta de 19 reactivos, divididos en tres subescalas: abuso físico (2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 16, 19) (11 ítems), abuso emocional (8, 9, 12, 15, 17) (5 ítems) y abuso sexual (1, 14, 18) (3 ítems). Opciones de respuesta tipo Likert que miden la frecuencia de las acciones violentas en los últimos 12 meses donde 1 es nunca; 2, alguna vez; 3, varias veces, y 4 es muchas veces. Se pueden obtener de 19 a 76 puntos por subescalas: abuso físico (de 11 a 44 puntos), abuso emocional (de 5 a 20 puntos) y abuso sexual (de 3 a 12 puntos). Un mayor puntaje indica mayor abuso del cliente. El instrumento ha sido aplicado a mujeres mexicanas y presentó un alfa de Cronbach 0.99; en la subescala de abuso físico presentó alfa de 0.78; la subescala de abuso emocional, un alfa de 0.72, y la subescala de abuso sexual presentó un alfa de 0.58.

El presente trabajo se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (ss, 2014). Además, se contó con la aprobación del Comité de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Resultados

Las trabajadoras del sexo comercial presentaron una media de edad de 26.85 años (18-50). La media de educación es de 11.66 años cursados (5-17). El ingreso mensual promedio fue de 9 343.51 MNX (5 000-30 000). El estado civil de la mayoría fue soltera con un 62.8%, seguido por el estado separada con un 15.6%; unión libre, 11.2%; casada, 4.9%; divorciada, 2.97%, y viuda con un 2.7%. En relación con el número de hijos, se presentó una media de 1.17 (0-4). En referencia a si alguna vez en la vida han tenido una ITS, el 94.1% no ha presentado alguna y el 9.8% sí la ha presentado, de las cuales 54.2% fue VPH; 12.5%, vaginitis; 8.3%, gonorrea; 8.3%, ladillas; 8.3%, sífilis; 4.2%, herpes, y 4.2% presentó candidiasis.

TABLA 1. Confiabilidad del instrumento

Variables	Reactivos	Número de reactivos	A
Violencia del cliente (EV) Total	19	1-19	.89
Violencia física	11	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 16, 19,	.78
Violencia emocional	5	8, 9, 12, 15, 17	.72
Violencia sexual	3	1, 14, 18	.58

NOTA: $n = 409$.

En la tabla 1 se muestran los resultados de la consistencia interna del instrumento en su versión completa y por subescalas, utilizado para cumplir con el objetivo del estudio.

TABLA 2. Descripción de variable

Variables	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Violencia física	304	71.90	105	28.10
Violencia emocional	299	73.10	110	26.90
Violencia sexual	309	75.60	100	24.40

NOTA: $n = 409$.

TABLA 3. Descripción por ítems de violencia física

Violencia física	Nunca		Alguna vez		Varias veces		Muchas veces	
	f	%	f	%	f	%	f	%
2. ¿El cliente la ha quemado con cigarro u otra sustancia?	330	80.70	56	13.70	18	4.40	5	1.20
3. ¿El cliente la ha pateado?	345	84.40	52	12.70	11	2.70	1	0.20
4. ¿El cliente la ha amenazado con pistola o rifle?	286	69.90	104	25.40	19	4.60	–	–
5. ¿El cliente la ha empujado intencionalmente?	288	70.40	102	24.90	15	3.70	4	1.00
6. ¿El cliente la ha golpeado con el puño o la mano?	340	83.10	59	14.40	9	2.20	1	0.20
7. ¿El cliente la ha disparado con una pistola o rifle?	395	96.60	12	2.90	2	0.50	—	—
10. ¿El cliente la ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?	340	83.10	57	13.90	10	2.40	2	0.50
11. ¿El cliente la ha intentado ahorcar o asfixiar?	343	83.90	48	11.70	17	4.20	1	0.20
13. ¿El cliente le ha torcido el brazo?	293	71.60	92	22.50	21	5.10	3	0.70
16. ¿El cliente la ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	382	93.40	22	5.40	3	0.70	2	0.50
19. ¿El cliente la ha sacudido, zarandeado, jaloneado?	319	78.00	62	15.20	18	4.40	10	2.40

NOTA: n = 409.

En la tabla 2 se identificó que, de los tipos de violencia del cliente hacia la TSC, la que mayormente se presenta en el último año es la violencia sexual, seguida de violencia emocional y la violencia física, respectivamente.

En la tabla 3 se identificó que dentro de la violencia física ser amenazada con pistola o rifle es la característica que mayormente sufren las TSC con un 30.1% de alguna vez a varias veces al año. La característica que menos se presentó es; el cliente le ha disparado con una pistola o rifle con un 3.4% de alguna vez a varias veces.

TABLA 4. Descripción por ítems de violencia emocional

<i>Violencia emocional</i>	<i>Nunca</i>		<i>Alguna vez</i>		<i>Varias veces</i>		<i>Muchas veces</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
2 8. ¿El cliente le ha dicho que es poco atractiva o fea?	327	80.00	63	15.40	16	3.90	3	0.70
9. ¿El cliente se ha puesto celoso o a sospechado de sus amistades?	157	38.40	124	30.30	99	24.20	29	7.10
12. ¿El cliente le ha rebajado o menospreciado?	317	77.50	66	16.10	18	4.40	8	2.00
15. ¿El cliente le ha insultado?	277	67.70	90	22.00	26	6.40	16	3.90
17. ¿El cliente le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	333	81.40	49	12.00	20	4.90	7	1.70

NOTA: $n = 409$.

En la tabla 4 observamos que la característica que más incidencia de violencia emocional presentó es: el cliente se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades, con un 61.6% de “alguna vez” a “muchas veces”. La que menor ponderación presentó es: el cliente le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas, con un 18.6% de “alguna vez” a “muchas veces”.

TABLA 5. Descripción por ítems de violencia sexual

<i>Violencia sexual</i>	<i>Nunca</i>		<i>Alguna vez</i>		<i>Varias veces</i>		<i>Muchas veces</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. ¿El cliente le ha exigido tener relaciones sexuales?	167	40.8	123	30.1	79	19.3	40	9.8
14. ¿El cliente ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	296	72.4	77	18.8	22	5.4	14	3.4
2 18. ¿El cliente la ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales como él quiere?	252	61.6	94	23.0	48	11.7	15	3.7

NOTA: $n = 409$.

En la tabla 5, en relación con la violencia sexual, la característica que más frecuentemente viven las TSC es: el cliente le ha exigido tener relaciones sexuales, con un 59.2% de “alguna vez” a “muchas veces”. Y la menos frecuente es: el cliente ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales, con 27.6% de “alguna vez” a “muchas veces”.

76

Discusión

En función de los hallazgos encontrados para el cumplimiento del objetivo del presente estudio, se identificó que la mayoría de las TSC han sufrido algún tipo de violencia física, sexual o emocional por parte del cliente. Esto puede deberse a que las TSC son vistas por muchos hombres como objetos sexuales que no tienen voz ni voto a la hora de satisfacer su deseo sexual (Daich y Sirimarco, 2017; Torres, 2011).

Se identificó que existe violencia física del cliente contra las TSC. Estos resultados concuerdan con Duff *et al.* (2018) y Grosso *et al.* (2015), que describieron que las TSC sufrían principalmente golpes y empujones por parte de los clientes. Esto puede explicarse porque el cliente al ser hombre tiene superioridad de fuerza, por lo cual se le hace más fácil poder someter a las TSC y poderlas obligar a practicar actos sexuales como él desee. También se identificó que las TSC son violentadas emocionalmente, principalmente, cuando el cliente la ceba o sospecha de sus amistadas y la insulta. Esto es similar a lo encontrado por Montiel (2018) y Rodríguez (*et al.* 2014), quien menciona que dentro de la violencia emocional que sufren las TSC se encuentran los insultos, amenazas y humillaciones por parte de los clientes. Esto se puede explicar porque los clientes sólo ven a la TSC como un objeto que no tiene sentimientos, al cual pueden agredir sin repercusión alguna.

La violencia sexual es otro tipo de violencia que estuvo presente en la TSC del presente estudio, a las cuales los clientes regularmente les exigen tener relaciones sexuales con ellos utilizando la fuerza y, en ocasiones, las obligan a practicar sexo sin protección. En ese sentido, Gallegos (2020) y Goldenberg *et al.* (2020) describieron que las TSC que sufren una mayor violencia sexual presentaban menores probabilidades de uso del condón

con sus clientes. Esto puede explicarse porque muchos hombres ven a la TSC como su propiedad, sobre la cual ellos pueden tener disposición total de su cuerpo. Además, muchos de ellos no usan el condón porque mencionan que tienen una baja sensación de placer.

Conclusiones

Se puede concluir que las trabajadoras del sexo comercial son víctimas de violencia física, emocional y sexual por parte de sus clientes. Asimismo, estos tipos de violencia pueden favorecer las conductas de riesgo para la adquisición o transmisión del VIH/SIDA, en este grupo de población. En función del instrumento utilizado en este estudio, se identificó que presenta una consistencia interna aceptable en la escala general, y en la consistencia por subescala se obtuvieron valores aceptables, con excepción de la violencia sexual. Sin embargo, esto puede deberse a la poca cantidad de ítems de la subescala. Por último, los hallazgos del presente trabajo pueden ayudar a seguir aclarando el panorama que viven las mujeres trabajadoras del sexo comercial en torno a los tipos de violencia de las cuales son víctimas.

Bibliografía

- Daich, D., y Sirimarco, M. (2017). *Género y violencia en el mercado del sexo: política, policía y prostitución*. Biblos.
- Duff, P., Birungi, J., Dobrer, S., Akello, M., Muzaaya, G., y Shannon, K. (2018). Social and Structural Factors Increase Inconsistent Condom Use by Sex Workers' One-Time and Regular Clients in Northern Uganda. *AIDS care*, 30(6), 751-759. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1394966>
- Elashoff, D. J., Dixon, J. W. y Crece, M. K. (2000). Paquete Estadístico n'Query Advisor [Software Estadístico para PC, versión 4.0]. Los Angeles C. Statical Solutions.
- Gallego-Montes, G. (2020). Prostitución en contextos de conflicto armado en Colombia. *Revista CS*, (31), 413-437. <https://doi.org/10.18046/recs.i31.3508>
- George, P. E., Bayer, A. M., Garcia, P. J., Perez, L. J. E., Burke, J. G., Coates, T. J., y

Capítulo 8. Factores de riesgo de muerte materna en usuarias de un hospital público

[Risk Factors for Maternal Death in Users of a Public Hospital]

MARTHA RUIZ-GARCÍA¹

MARÍA MAGDALENA SANDOVAL-JIMÉNEZ²

MARÍA HILDA VILLEGAS-CEJA³

LUIS GERARDO VALDIVIA-PÉREZ⁴

ERÉNDIDA LEAL-CORTÉS⁵

Resumen

Introducción: Las muertes maternas constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial, situación que debe preocupar a la mayoría de los gobiernos, pero principalmente a las instituciones de salud y a los profesionales de la salud. El aumento de las muertes maternas o la presencia de éstas constituyen un importante indicador del nivel de desarrollo de un país y de la capacidad resolutive del sistema de salud. *Objetivo:* Determinar los factores que ponen en riesgo de muerte materna a puérperas patológicas de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Tepic, Nayarit. *Metodología:* Estudio descriptivo transversal realizado a 60 puérperas patológicas. Se utilizó un instrumento estructurado elaborado acorde a las necesidades del investigador; conformado por 29 reactivos con preguntas dicotómicas, abiertas y de opción múltiple, consta de tres apartados; en el primer apartado, datos sociodemográficos; en el segundo apartado, antecedentes obstétricos, y en el tercer apartado se evalúan los factores de riesgo. *Resultados:*

¹ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9638-0452>

² Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9835-2906>

³ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5610-3410>

⁴ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9806-1607>

⁵ Profesora por horas. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4184-7593>

Los factores encontrados que ponen en riesgo de muerte a las madres. Se encontraron los factores socioeconómicos. Los resultados fueron D, con un 43%, en donde en el 56% de los hogares el jefe de la familia tiene estudios hasta educación primaria; 4% tiene Internet fijo en vivienda ¹³ destinan para alimentación menos de la mitad de su gasto. E donde **la gran mayoría en este nivel (95%) tiene un jefe de familia con estudios no mayor a la educación primaria**; el 0.1% posee Internet, el 52% lo designan para alimentos y el 5% lo dedican a la educación, en lo que se refiere a complicaciones las principales causas fueron: hemorragia obstétrica con un 30%; preeclamsia 25%, e Hipertensión gestacional 23.30%. En lo que respecta a nivel de conocimientos referente a los factores obstétricos que pueden ocasionar la muerte de las puérperas se obtuvo un conocimiento medio, con un 42% y un 37% bajo. *Conclusiones:* Es necesaria una atención continua a la mujer embarazada durante el embarazo, parto y posparto con la presencia de profesionales capacitados, así como mayor accesibilidad a servicios de salud y una nutrición adecuada que permitan disminuir el riesgo de muerte materna.

Palabras clave: factores de riesgo, muerte materna, puérperas patológicas.

Introducción

La mortalidad materna es un problema de salud pública y de derechos humanos a nivel mundial y en México. Ésta constituye un importante indicador del nivel de desarrollo de un país y de la capacidad resolutoria del sistema de salud. ³⁸ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), **la muerte materna es definida como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales ¹⁹ incidentales (OMS, 2019).**

Es necesario mencionar que **las muertes maternas son evitables. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, a la atención y apoyo en las pri-**

meras **semanas** posterior al **parto**, así como una nutrición adecuada que evite la muerte materna. La situación social de las mujeres limita su acceso a los recursos económicos y a la educación básica y, en consecuencia, todo eso da paso a la incapacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud.

De acuerdo con la oms, en 2019, **la mortalidad materna es muy alta** **19** **cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.** En **el 2015 se estimaron unas 303 000 muertes durante el embarazo, parto o después de él.** **Prácticamente, todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellos pudieron haberse evitado.** El alto número de muertes maternas **en algunas partes del mundo refleja la inequidad en el acceso a los servicios de salud y subraya la diferencia entre ricos y pobres.** **6** **Por término medio, las mujeres de países en desarrollo tienen más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte por el embarazo a lo largo de la vida.**

En México, la tasa de mortalidad materna es de 33 muertes/100 000 niños nacidos vivos. (CIA World Factbook, 2019). El boletín informativo de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (2018) menciona que el Estado de Nayarit se encuentra ubicado dentro de las entidades federativas que presentan una Razón de Mortalidad Materna (RRM) **63** mayor a la media nacional.

Un factor de riesgo es definido como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (oms, 2018). El Glosario de Términos de Salud Ambiental recoge tres definiciones sobre el término factor de riesgo. **3** **El primero se refiere al factor de riesgo como marcador del riesgo, es decir, como una característica o exposición asociada con una probabilidad aumentada del riesgo específico, como pueden ser la aparición de una enfermedad, pero no necesariamente como un causal de ésta.** El segundo enuncia al **factor de riesgo como un determinante al definirlo como una característica o exposición que aumenta la posibilidad de aparición de una enfermedad u otro resultado específico.** **3** **El tercer factor de riesgo como determinante que puede ser modificado por medio de la intervención y que, por lo tanto, permite reducir la probabilidad de que aparezca una enfermedad u otros**

resultados específicos.

Cuando el enfoque no se centra en la salud ambiental general, sino específicamente en grupos humanos las definiciones pueden tener otros matices como: Finholz y Ávila definen como factor de riesgo el atributo de un grupo que presenta mayor incidencia de una determinada patología, en comparación con otros grupos poblacionales definidos por la ausencia o baja aparición de tal característica. Ellos distinguen los factores de riesgo que pueden ser prevenibles de los marcadores de riesgo que serían atributos inevitables, ya producidos cuyo efecto se halla, por tanto, fuera de control.

En las Ciencias de la Salud es entendido como la probabilidad de sufrir una determinada enfermedad o padecimiento que incide directamente en la calidad de vida de las personas. La importancia del cálculo del riesgo y su utilización en la prevención de enfermedades y complicaciones para la salud no es una preocupación reciente en médicos y otros profesionales de la salud pública. El grupo de trabajo de la OMS sobre el concepto de riesgo desarrolló este término en la atención sanitaria (salud materno-infantil y planificación familiar), donde destacó que la medición del riesgo da una indicación de la necesidad de la asistencia preventiva y de promoción para la salud. En este sentido subrayan que el concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria en salud. Este grupo plantea que la hipótesis en que se basa el concepto de riesgo es que mientras más precisas sean las mediciones del riesgo, con mayor claridad se apreciará la necesidad de ayuda y mucho más eficaz será la respuesta. Es decir, el conocimiento de los factores de riesgo es imprescindible para la proyección de estrategias y políticas de promoción de salud y prevención de diversas enfermedades.

Los factores de riesgo se pueden clasificar en:

- **De conducta:** los factores de riesgo de tipo conductual suelen estar relacionados con acciones que el sujeto ha elegido realizar. Por lo tanto, pueden eliminarse o reducirse mediante elecciones de estilo de vida o de conducta.
- **Fisiológicos:** son aquellos relacionados con el organismo o la biología del sujeto. Pueden verse influidos por una combinación de factores genéticos.

- **Demográficos:** son los que están relacionados con la población en general. Son, por ejemplo: la edad, el género y los subgrupos de población (como el trabajo que se desempeña, la religión o el sueldo).
- **Medioambientales:** estos abarcan un amplio abanico de temas como factores sociales, económicos, culturales y políticos, así como factores físicos, químicos y biológicos.
- **Genéticos:** se basan en la carga genética del sujeto.

6 Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen en el embarazo, parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y éstas son prevenibles o tratables. Otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria de la mujer. Las principales complicaciones causantes del 75% de las muertes maternas son:

- Hemorragias graves (en su mayoría posterior al parto).
- Infecciones (generalmente tras el parto).
- Hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia).
- Complicaciones en el parto.

Las demás están asociadas al paludismo o a la infección del VIH en el embarazo o causados por el mismo. Es importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte (OMS, 2019).

21 El Nivel Socioeconómico (NSE) es la regla desarrollada por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI) basada en el desarrollo de un modelo estadístico que permite clasificar a los hogares de una manera objetiva y cuantificable de acuerdo con su nivel socioeconómico. Esta es la segmentación social y mercadológica que ha permitido a la industria, el comercio, instituciones públicas, la academia y las empresas de investigación, analizar de una manera científica, estandarizada y sencilla, los grupos que integran la sociedad mexicana. Esta segmentación clasifica a los hogares y, por lo tanto, a todos sus integrantes,

de acuerdo con su bienestar económico y social, en el sentido de qué tan satisfechas están sus necesidades de espacio, salud e higiene, comodidad y practicidad, conectividad, entretenimiento dentro del hogar y planeación a futuro.

Actualmente, la AMAI clasifica a los hogares utilizando la “Regla NSE2018”. Esta regla es un algoritmo desarrollado por el Comité de Niveles Socioeconómicos que permite estimar el nivel de satisfacción de las necesidades más importantes del hogar. Esta regla produce un índice que clasifica a los hogares considerando las siguientes variables:

1. Escolaridad del jefe de familia.
2. Número de dormitorios.
3. Número de baños completos.
4. Número de personas ocupadas de 14 años y más.
5. Número de autos.
6. Tenencia de Internet.

Las principales características son: **A/B**. El nivel socioeconómico A/B está conformado mayoritariamente (82%) de hogares en los que el jefe de familia tiene estudios profesionales. El 98% de estos hogares cuenta con Internet fijo en la vivienda. Es el que más invierte en educación (13% de su gasto) y también el que en que menor proporción gasta en alimento (25%)

C+

El 89% de los hogares en este nivel cuenta con uno o más vehículos de transporte y un 91% tiene acceso a Internet fijo en la vivienda. Un poco menos de la tercera parte (31%) de su gasto se destina a los alimentos y a calzado y vestido; es muy homogéneo con los otros niveles (5%).

C

Un 81% de los hogares en este nivel tiene un jefe de hogar con estudios mayores a primaria, y el 73% cuenta con conexión fija a Internet en la vivienda. Del total del gasto un 35% son destinados a alimentación y (9%) a educación.

C-

En el 62% de los hogares cuentan con un jefe de hogar que tiene estudios mayores a primaria. Solamente el 19% cuentan con conexión a Inter-

net fijo en la vivienda, un 41% de su gasto lo destina a la alimentación y un 7% a educación.

D+

En el 62% de los hogares, el jefe de hogar tiene estudios mayores a primaria. Solamente el 19% cuenta con conexión a Internet fijo en la vivienda, un 41% de su gasto lo destina a alimentación y un 7% a educación.

D

En este nivel, en el 56% de los hogares, el jefe de familia tiene estudios hasta primaria y únicamente un 4% tiene Internet fijo en la vivienda. Un poco menos de la mitad de su gasto (46%) se destina a alimentación.

E

En la gran mayoría de hogares (95%), el jefe de familia tiene estudios no mayores a educación primaria; la posesión del Internet fijo en la vivienda es mínimo (0.1%). Es el nivel en el que la mayor parte de su gasto se asigna a los alimentos (52%), y el grupo en el que se observa menor proporción dedicada a la educación (5%).

La Real Academia de la Lengua Española define el conocimiento como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relación de las cosas. Se puede decir que el conocer es un proceso a través del cual un individuo se hace consciente de su realidad, y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad.

Para que se dé el proceso del conocer, rigurosamente, debe existir una relación en la cual coexisten cuatro elementos: (1) el sujeto que conoce, (2) el objeto de conocimiento, (3) la operación misma de conocer y (4) el resultado obtenido, que no es más que la información recabada acerca del objeto. Es decir, el sujeto se pone en contacto con el objeto y se obtiene una información acerca del mismo, y al verificar que existe coherencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente es entonces cuando se dice que se está en posesión de un conocimiento.

Metodología

Se platicó con autoridades para obtener su autorización para la realización del estudio y se tuvo una conversación con los sujetos participantes en éste, para que una vez conocida la información referente a su participación pudieran otorgar el consentimiento informado. Se realizó un estudio descriptivo transversal a 60 pacientes puérperas patológicas usuarias de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Tepic, Nayarit. Se aplicó un instrumento que fue construido por conveniencia del investigador y que fue sometido a prueba piloto para valorar las inconsistencias del mismo, el cual está constituido por 29 reactivos con preguntas dicotómicas abiertas y de opción múltiple, los cuales están distribuidos en tres apartados; en el primer apartado se recolectan datos sociodemográficos; en el segundo apartado, los datos de antecedentes obstétricos, y en el tercer apartado se evalúan los factores de riesgo. Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva⁶⁶, y se presentan los resultados en tablas y gráficas.

En lo referente a las consideraciones éticas, el estudio se basó en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título segundo del Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar. Finalmente, esta investigación se considera sin riesgo, ya que no se realiza experimentación con los sujetos, como lo señala el Artículo 100 de la Ley General de Salud en el Título Quinto.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del primer apartado que constituyen datos sociodemográficos. La edad de las embarazadas menores de 19 años 23.30%; de 20 a 29, 51.70%, y de 30 años a más un 25%.

Referente al estado civil se clasificó en unión libre representando el 70%; casadas, el 21.70%, y solteras, 8.30%.

En lo que respecta al grado académico se encontró que un 6.6% cuentan con licenciatura completa; incompleta, un 11.6, y un 22% cuenta con

TABLA 1. Grupo de edad

<i>Edad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
≤ 19	14	23.3
20 a 29	31	51.7
≥ 30	15	25.0

FUENTE: Elaboración propia.

TABLA 2. Estado civil

<i>Estado civil</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Soltera	5	8.3
Casada	13	21.7
Unión libre	42	70.0
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

TABLA 3. Escolaridad

<i>Escolaridad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
77 Primaria incompleta	2	3.3
Primaria completa	7	11.6
Secundaria incompleta	5	8.3
Secundaria completa	18	30.0
Preparatoria incompleta	4	6.6
Preparatoria completa	13	22.0
Licenciatura incompleta	7	11.6
Licenciatura completa	4	6.6
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

preparatoria completa; un 6.6%, con preparatoria incompleta; el 30%, con secundaria completa; el 8.3%, secundaria incompleta, y un 11.6% tiene primaria completa; sólo un 3.3%, con primaria incompleta.

Con base en la regla AMAI para obtener el nivel socioeconómico, se encontró que el 43.30% (26 encuestadas) se encuentran en el nivel D; nivel en el cual, en el 56% de hogares, el jefe del hogar tiene estudios hasta pri-

maria, y únicamente un 4% tiene Internet fijo en la vivienda. Un poco menos de la mitad de su gasto (46%) se destina a la alimentación.

Continuando con 25% se encuentran en nivel E, en el cual la gran mayoría de hogares en este nivel (95%) tienen un jefe de familia con estudios no mayores a educación primaria. La posesión de Internet fijo en la vivienda es mínima (0.1%) Es el nivel en el que la mayor parte de su gasto se asigna a los alimentos (52%), y el grupo en el que se observa menor proporción dedicada a la educación (5%).

TABLA 4. Nivel Socioeconómico

<i>Nivel</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
C+	3	5.0
C	5	8.4
C-	2	3.3
D+	9	15.0
D	26	43.3
E	15	25.0
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

TABLA 5. Pertenencia a alguna Etnia

<i>Pertenece a algún grupo étnico</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	15	25
No	45	75
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

En cuanto a si las púerperas pertenecen a un grupo étnico, se encontró que un 25% sí pertenecen; situación que genera más riesgo de muerte materna por las barreras culturales, la comunicación ineficaz, porque los profesionales de la salud no hablan las lenguas nativas de la región y porque no siempre se encuentra la disponibilidad de un traductor en el ambiente hospitalario, aunado a esto se encuentra la inaccesibilidad de manera oportuna a los servicios de salud por la situación geográfica.

En el segundo apartado, referente a los antecedentes obstétricos, se obtuvieron los siguientes resultados. Respecto al control prenatal, el 90% sí lo llevó, y el 10% no lo tuvo.

TABLA 6. *Control prenatal*

<i>Control prenatal</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	54	90
No	6	10
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

En lo que respecta a las consultas durante el control prenatal, el 66.70% acudió a 5 o 6 consultas.

TABLA 7. *Consultas de control prenatal*

<i>Número de consultas</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
0 a 2	8	13.3
3 a 4	12	20.0
5 a 6	40	66.7
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

TABLA 8. *Último evento obstétrico*

<i>Evento</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Parto	25	41.6
Cesárea	33	55.0
Legrado	1	1.7
Laparatomía	1	1.7
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

Dentro del último evento obstétrico, el 41.6% fueron partos; el 55% fueron cesáreas; se tuvo 1.7 % con un legrado, al igual que una laparotomía exploradora.

TABLA 9. *Antecedentes patológicos*

<i>Antecedente</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ninguno	53	88.3
Diabetes Mellitus 2	2	3.3
Preeclampsia	3	5.0
Trastorno hipertensivo en el embarazo	1	1.6
Anemia	1	1.6
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

El tercer apartado evalúa los factores de riesgo (complicaciones) y conocimiento de estos.

TABLA 10. *Complicaciones del embarazo*

<i>Nombre de la complicación</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Hemorragia	18	30.0
Preeclampsia	15	25.0
Hipertensión gestacional	14	23.3
Eclampsia	1	1.6
Síndrome de HELLP	3	5.0
Diabetes gestacional	2	3.3
Sepsis puerperal	1	1.6
Diabetes gestacional y trastorno hipertensivo	2	3.3
Síndrome de HELLP y eclampsia	1	1.6
Síndrome febril en estudio	1	1.6
Hemorragia y trastorno hipertensivo	1	1.6
Hemorragia y preeclampsia	1	1.6
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

Sobre las complicaciones que predominaron en las puérperas patológicas se encontraron, en primer lugar, la hemorragia posparto con un 30%; en segundo lugar, 25% con preeclampsia; en tercer lugar, hipertensión gestacional 23.3%. Son las tres principales causas.

TABLA 11. Nivel de conocimiento de los factores de riesgo

Nivel de conocimiento	f	%
Bajo	22	36.7
Medio	25	41.7
Alto	13	21.7
Total	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

Discusión

Martha Leticia Mejía, en su investigación “Aspectos sociales de la muerte materna”, identificó 22 muertes maternas de las cuales, la edad media fue de 28 a 27 años. El 68.27% se dedicaba a actividades del hogar; el 45% vivían en unión libre; el 50% poseían estudios de primaria o menos, y sólo el 77.2% presentaba control prenatal.

Cabe señalar que, a diferencia del referente anterior, esta investigación se llevó a cabo en puérperas patológicas y se obtuvo que, con una muestra de 60 encuestadas, más del 50% (31) de las participantes se sitúa en el grupo de edad de 20 a 29 años; el 95% (57) se dedica al hogar, y el 70% (42) vive en unión libre, datos similares a los Mejía y Ordaz. Por otra parte, el 90% llevó control prenatal, datos similares a los de Mejía (aun cuando el tamaño de la muestra es diferente), pero diferentes a los del estudio de Ordaz. Referente al grado académico existe diferencia, ya que en estos resultados el 30% (18) poseen secundaria completa; en concordancia con los de Ordaz y en el de Mejía sólo poseían estudios de primaria o menos.

En comparación con Ordaz, la terminación de los embarazos por cesárea (29.7% de los casos), en estos resultados, el 55% (43) fueron cesáreas. En relación a las causas de muerte materna con Ordaz la primera causa fue el conjunto clínico de edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo parto y puerperio (pre eclampsia) con un 31.5%, seguido por las hemorragias obstétricas con 30.3%. A diferencia de esta investigación, el presente estudio se llevó a cabo en puérperas patológicas, las principales complicaciones fueron, en primer lugar, hemorragia posparto con un 30% (18) y preeclampsia, en segundo lugar, con un 25% (15).

Finalmente se discutieron los resultados de la revisión literaria sobre

factores socioculturales de la muerte materna, llevada a cabo por Romero.³² Cabe mencionar que ella presenta resultados sobre mortalidad materna, donde se han identificado una serie de características relacionadas con el perfil de las mujeres que son vulnerables ante esta problemática. Algunas de éstas son la edad en ambos extremos, la nuliparidad o multiparidad, el estado de nutrición deficiente, la baja escolaridad, la ocupación, el estrato social bajo, el estado civil y la carencia de seguridad social.

En las comunidades indígenas y marginadas, las condiciones económicas no cubren las necesidades básicas, mucho menos aquellas enfocadas en la atención de las mujeres embarazadas. Además, las mujeres en algunas comunidades no pueden poseer bienes, por lo que se encuentran en una posición de desventaja al intentar atender su salud.

En la actual investigación se encontró que el 75% (45 de las encuestadas) no perteneció a ningún grupo étnico. Con base en la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI), se encontró que el 43.30% (26 encuestadas) se encuentran en el Nivel D; nivel en el cual, en el 56% de hogares, el jefe del hogar tiene estudios hasta primaria, y únicamente un 4% tiene Internet fijo en la vivienda. Un poco menos de la mitad de su gasto (46%) se destina a la alimentación. Con base en el uso de métodos de planificación familiar que usaron con anterioridad se encontró que el 65% (39) sí utilizó, en algún momento de su vida, algún método de planificación familiar. El 71.70% de las encuestadas no tenía al momento de la encuesta ningún método de planificación familiar. En el cuestionamiento, referente a si se volverían a embarazarse, el 68.30% (41) respondió que no se embarazaría nuevamente.

Por último, referente al nivel de conocimiento que tenían las púerperas patológicas referente a las principales causas de muerte materna y factores de riesgo, obtuvimos que: el 41.70% (25 de 60 encuestadas) obtuvo un nivel medio de conocimiento; y en segundo lugar, un porcentaje de 36.70% (22) obtuvo el nivel bajo de conocimiento respecto al tema. Estos resultados son referidos en la revisión literaria por Romero.

Conclusiones

La alta prevalencia de muertes maternas a nivel mundial y nacional es una condicionante que debe preocupar y ocupar a los gobiernos e instituciones de salud, porque cada día fallecen mujeres mexicanas que se encuentran cursando un embarazo; situación que en un momento determinado puede poner en riesgo la vida de la madre y del niño.

No se debe olvidar que, dentro de la estructura familiar en México, la figura materna ocupa una posición importante, ya que es el pilar de la familia y su ausencia, ya sea de forma temporal o definitiva, genera problemas sociales, pues puede disminuir o quitar las contribuciones económicas. Además, en el aspecto emocional, la falta de esta figura puede generar conflictos emocionales que de no tratarse a tiempo pueden ocasionar problemas en primera instancia en el seno de la familia y extenderse a la sociedad.

Es importante señalar que en México se cuenta con las bases jurídicas para cuidar la salud de la mujer en estado de embarazo, parto y puerperio, tal como lo señala la Norma Oficial Mexicana NOOM-007-SSA2-20016, además de otras normativas como lo es la Ley General de Salud en su capítulo quinto, cuyo nombre del capítulo es: *Atención materno infantil*, y en su Artículo 61 señala la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Considero importante señalar la necesidad de acercar más los servicios de atención a la población más desprotegida del territorio nacional y poder incidir en una cultura de prevención para evitar los riesgos de muerte materna, y en este sentido, el profesional de enfermería es un elemento esencial en la educación para la salud.

Agradecimientos

Se agradece a todas las personas que aceptaron participar en la realización de este estudio.

Capítulo 9. Consumo de tabaco en adolescentes embarazadas y su percepción sobre los riesgos obstétricos, en un municipio de Nayarit, México

[Tobacco Use in Pregnant Adolescents and Their Perception of Obstetric Risks, in a Municipality of Nayarit, México]

LUIS GERARDO VALDIVIA-PÉREZ¹

MARÍA MAGDALENA SANDOVAL-JIMÉNEZ²

MARÍA HILDA VILLEGAS-CEJA³

MARTHA RUIZ-GARCÍA⁴

IXCHEL FREGOSO-MONCADA⁵

Resumen

Introducción: La adolescencia es referirse a cambios tanto físicos, emocionales y fisiológicos en que se es vulnerable para todo, especialmente, para el consumo de drogas, como lo es el tabaco, alcohol y otras sustancias ilícitas. En esta etapa también tiene lugar la práctica de su sexualidad exponiéndose, en el mínimo de los casos, a embarazos que ponen en riesgo su salud física y mental. Es considerada la parte poblacional vulnerable, donde las industrias del tabaco reclutan a los nuevos fumadores, que aprenden a fumar durante la infancia y la adolescencia. *Material:* Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo transversal en población de Nayarit México. *Muestra:* Se tomó una muestra de 34 mujeres embarazadas que consumen tabaco, mismo que representó el 100% del universo de estudio. *Resultados:* Respecto a edad, el 15% tiene 14 años; un 9% tiene 15 años; un 26% tiene

¹ Profesor de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0002-9806-1607](https://orcid.org/0000-0002-9806-1607)

² Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9835-2906>

³ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0001-5610-3410](https://orcid.org/0000-0001-5610-3410)

⁴ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0002-9638-0452](https://orcid.org/0000-0002-9638-0452)

⁵ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-1522-7075](https://orcid.org/0000-0003-1522-7075)

16 años; el 38% cuenta con sólo 17 años, y el 12% tiene 18 años. En lo que se refiere a identificar la influencia de consumo de tabaco en relación con los padres tenemos un 47%; mientras que en el 9% la madre lo consume. Referente a la influencia de los amigos se pudo identificar que sólo un 24% aceptó ser influenciado por sus amigos, quienes proveen los cigarros a las adolescentes, comentaron que un 21%. En lo referente a la frecuencia de consumo en relación con el último mes, las adolescentes comentaron que el 12% fuma cada tercer día, y el 15% lo hace una vez a la semana. En relación al estado civil de las adolescentes, se observó que el 79% se encuentran en unión libre; el 12% son solteras, y sólo el 9% están casadas. En lo que concierne a la percepción de riesgos obstétricos que pueden presentarse por consumo de tabaco, uno de los riesgos es el parto prematuro, en el que el bebé nace con un bajo peso (6%); el otro es cáncer, con un 18%. *Conclusiones:* Se puede concluir que las adolescentes están en contacto directo con factores de riesgo, que pueden ser considerados como influencias importantes para desarrollar conductas desfavorecedoras en cuanto a la salud. Un programa de control prenatal para adolescentes puede definirse como aquel que suma a las actividades que permitan prevenir o minimizar los factores de riesgo específicos para esta edad, con el propósito de obtener un mejor estado de salud para la madre adolescente y su hijo(a).

Palabras claves: consumo de tabaco, adolescentes, embarazo, percepción obstétrica.

Introducción

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública a nivel mundial. Es considerado como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal del binomio madre e hijo (a), así como para su pareja. El embarazo en la adolescencia en menores de edad es en su mayoría no planeado y probablemente no deseado, que tiene un efecto en su trayectoria de vida y que obstaculiza su desarrollo biopsicosocial, teniendo resultados negativos en sus oportunidades educativas, laborales, desintegración familiar, así como conflictos emocionales que tienen como consecuencia,

en el joven, el abandono dentro del propio núcleo familiar, lo cual contribuye a la pobreza y a la mala salud.

⁶ de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio, y una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos, más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años y cerca del 14%, antes de los 15 años.

Algunas jóvenes no saben cómo evitar el ⁶ embarazo, pues en muchos países, y sobre todo en la vía de desarrollo, no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que ⁶ no sea fácil conseguirlos o, incluso, que sean ilegales en menores de edad. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede ocurrir que las adolescentes no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

⁶ El informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ⁴⁹ el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), describen que la región de América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes más elevadas del mundo, de 66.5 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años en el período de ⁵² 2016, frente a una tasa mundial de 46 nacimientos en ese grupo etario. El 15% de todos los embarazos registrados en América Latina y el Caribe se dan en menores de quince años.

Así también hace mención la OPS sobre ¹² que la tasa de fecundidad en adolescentes sigue siendo alta. Esto afecta principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran desigualdades entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida; no

sólo obstaculiza su desarrollo psicosocial, sino que se asocia con resultados deficientes en la salud y con un mayor riesgo de muerte materna. Además, sus hijos están en mayor riesgo de tener una salud más débil y caer en la pobreza.⁵²

Para la Organización Panamericana de la Salud²⁰ (OPS/OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. A modo de ejemplo, en 2016, fallecieron cerca de 1 900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años, en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más altas entre recién nacidos de madres menores de 20 años, comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años, indica el informe.

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a 8 millones de personas al año, como mínimo, de las cuales más de 7 millones son consumidores directos y alrededor de 1.2 millones son no fumadores expuestos al humo ajeno. De la Iglesia *et al.* (2019) hace mención de que la prevalencia de tabaquismo en las mujeres jóvenes varía entre los distintos países. Los datos provenientes desde países desarrollados, como EE. UU., Suecia, Dinamarca y el Reino Unido, describen una tendencia al descenso en los últimos años, con cifras actuales que oscilan entre el 20-30%. Sin embargo, la edad de inicio del hábito de fumar es cada vez menor. En estos países se ha observado que la prevalencia en las mujeres embarazadas varía según la edad, siendo las mujeres mayores de 30 años las que menos fuman, por el contrario, las más fumadoras se encuentran en el rango de 15 a 24 años.¹²

En México, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE-OECD), el embarazo adolescente es una situación altamente preocupante, con la tasa más alta (74 nacimientos por cada 1 000 mujeres entre 15 y 19 años), en comparación con el promedio de embarazos adolescentes en otros países miembros de la misma organización, en los que ocurren 15 nacimientos por cada 1 000. Esta situación propicia que las mujeres mexicanas sean parte del 35% de personas que no estudian o trabajan. La segunda tasa más alta de la OCDE únicamente es

superada por Turquía.¹² Mas allá del impacto negativo que tienen los embarazos de adolescentes, hay que mencionar que la mortalidad materna es una de las principales causas de fallecimiento prematuro en mujeres latinoamericanas entre los 15 y 24 años de edad. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres con menos de 15 años de edad residentes en países con ingresos bajos y medianos, y la tasa de fallecimientos perinatales es de un 50% más alta, entre recién nacidos de madres menores de 20 años, en comparación con los recién nacidos de madres entre los 20 y 29 años de edad. En Nayarit, el 14.9 % de los nacimientos registrados fueron en mujeres menores de 20 años de edad (Secretaría de Salud 2015). Es difícil determinar con exactitud las razones del embarazo en las adolescentes. Las causas pueden ser múltiples y se pueden relacionar entre sí. El embarazo en adolescentes está implicado cada día más como causa de consulta de los centros hospitalarios.²⁴ Un programa de control prenatal para adolescentes puede definirse como aquel que suma, a las actividades establecidas en los programas habituales para adultas, acciones que permitan prevenir o minimizar los factores de riesgo específicos para esta edad, con el propósito de obtener un mejor estado de salud para la madre adolescente y su hijo.

Los programas de control prenatal dirigidos a los adolescentes se han desarrollado con cierta regularidad en las diferentes unidades médicas del sector salud en Nayarit; sin embargo, dichos programas aún no han reportado resultados favorables, por el poco impacto en la reducción de la frecuencia de embarazos en adolescentes, o por la disminución en el número de muertes maternas.

Lo anterior quizás tengan su mayor problemática no en la capacidad del personal para llevar a cabo las diferentes estrategias, más bien en la poca cobertura de los posibles factores causales del embarazo, ya que sólo se consideran factores educativos y de riesgo reproductivo, sin contemplar los factores sociales, económicos, culturales, sentimentales o emocionales, y mientras no se genere una integralidad en la atención del adolescente, la incidencia de embarazos en este grupo de edad seguirá aumentando y con ello disminuyendo la posibilidad de continuar estudiando para fomentar una mejor calidad de vida futura. El objetivo del presente estudio fue identificar el consumo de tabaco y la percepción de los riesgos obstétricos en adolescentes embarazada en población de Nayarit; México.

Material y método

Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo transversal. Realizado de enero a marzo 2020. Se tomó una muestra total de 34 mujeres embarazadas que consumen tabaco, mismo que representó el 100% del universo de estudio. La muestra fue seleccionada por disponibilidad. La investigación que se realizó no presentó ningún riesgo para la población estudiada, ni para las responsables de la misma. Se respetó la identidad e individualidad de los investigados, así como su procedencia.

Resultados

78 Para dar respuesta al primer objetivo específico, el cual refiere identificar la influencia de consumo de tabaco en relación a los padres, se encontró que el 47% (16) de consumo era por el progenitor, mientras que en el 9% (3) la madre lo consumía, y en el caso de ambos padres se reportó un 12% (4), haciendo una sumatoria de los porcentajes, en donde de “los padres sí consumen” se pudo obtener que el 68% sí fuma, considerándose una gran influencia si se toma en cuenta que en la adolescencia las jóvenes imitan algunas formas de conducta del contexto donde socializan y un ambiente importante es la familia. El 33% (11) no fuma.

TABLA 1. Consumo de tabaco en relación a padres de familia

<i>Consumo de tabaco</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Padre	16	47
Madre	3	9
Ambos	4	12
No fuman	11	32
Total	34	100

FUENTE: Elaboración propia.

En relación a la influencia de los amigos, se pudo identificar que sólo un 24% (8) aceptaron ser influenciados por sus amigos para consumir tabaco;

un 9% (3) contestaron que no, y un 67% (23) no contestaron el reactivo (ver tabla 2).

TABLA 2. *Consumo de tabaco en relación a los amigos*

<i>Consumo de tabaco</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	8	24
No	3	9
No contestaron	23	67
Total	34	100

FUENTE: Elaboración propia.

Un aspecto importante, en donde la influencia de los amigos tiene relación con el consumo de tabaco y si son estos quienes proveen los cigarrillos, es que las adolescentes comentaron que un 21% sí son los amigos y un 6% (2), que no; es necesario comentar que un 73% no contestó el reactivo.

TABLA 3. *Los amigos proveen los cigarrillos*

<i>Amigos proveen cigarrillos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	7	21%
No	2	6%
No contestaron	25	73%
Total	34	100%

FUENTE: Elaboración propia.

En lo referente a la frecuencia de consumo en relación con el último mes, las adolescentes comentaron que el 12% (4) fuma cada tercer día, y una vez a la semana, el 15% (5).

TABLA 4. *Frecuencia de consumo de tabaco en el último mes*

<i>Frecuencia de consumo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Diario	0	0%
Cada tercer día	4	12%
Una vez a la semana	5	15%
Total	9	27%

FUENTE: Elaboración propia (el 73% de las embarazadas ya no fuma).

El tercer objetivo específico permitió conocer los motivos para el consumo de tabaco de las adolescentes embarazadas que aceptaron fumar, arrojando lo siguiente: un 15% (5) comenta que la motivó la curiosidad; un 6% (2) mencionan que el ambiente social las influyó en el consumo; un 3% (1) indican que las motivó el aburrimiento y la imitación; un 11% (4) mencionaron que lo consumían por problemas; un 5% (2) lo consumían por sentir tristeza al igual que por soledad, y sólo un 3% (1) mencionó que por depresión y estrés.

TABLA 5. *Motivo de consumo de tabaco actualmente*

<i>Motivo de consumo actual</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Tristeza	2	6%
Felicidad	0	0%
Angustia	0	0%
Depresión	1	3%
Estrés	1	3%
Problemas	4	12%
Soledad	2	6%
No contestó	24	70%
Total	34	100%

FUENTE: Elaboración propia.

En lo que respecta al objetivo que permite describir las variables socio-demográficas, se inicia con la variable edad, en la que se encontró, al momento de realizar las entrevistas, que un 15% (5) tiene 14 años; un 9% (3) tiene 15 años; un 26% (9) tiene 16 años; un 38% (13) cuenta con sólo 17 años, y que sólo el 12% (4) tiene 18 años.

En lo referente al estado civil de las adolescentes, se observó que el 79% (27) se encuentra en unión libre; el 12% (4) son solteras, y sólo el 9% (3) están casadas.

En lo que concierne a la escolaridad de las adolescentes embarazadas, se encontró que el 32% (11) refieren bachillerato incompleto y sólo un 9% (3) lo cursaron completo; un 9% (3) refieren tener un nivel técnico de estudios. En lo concerniente a secundaria completa, el 26% (9) contestó te-

TABLA 6. *Edad de las adolescentes embarazadas*

<i>Edad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
14 años	5	15%
15 años	3	9%
16 años	9	26%
17 años	13	38%
18 años	4	12%
Total	34	100%

FUENTE: Elaboración propia.

TABLA 7. *Estado civil de adolescentes embarazadas*

<i>Estado civil</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Soltera	4	12%
Unión libre	27	79%
Casada	3	9%
Total	34	100%

FUENTE: Elaboración propia.

TABLA 8. *Escolaridades de adolescentes embarazadas del municipio de San Blas*

<i>Escolaridad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Primaria incompleta	2	6%
Primaria completa	4	12%
Secundaria incompleta	4	12%
Secundaria completa	9	26%
Bachillerato incompleto	11	32%
Bachillerato completo	1	3%
Técnico	3	9%
Total	34	100%

FUENTE: Elaboración propia.

nerla y el 12% (4) no terminó el nivel secundaria. Sobre la primaria completa 12% (4) comenta haberla cursado y un 6% (2) no logró concluirla.

En lo que concierne a la percepción de riesgos obstétricos que pueden presentarse por consumo de tabaco en las adolescentes embarazadas, ellas manifestaron que uno de los riesgos es el parto prematuro con un 6% (2), al igual que el bajo peso al nacer; el cáncer, con un 18% (6), y un 70% (24) no contestaron, permitiendo inferir que posiblemente desconozcan qué es un riesgo obstétrico y la importancia que tiene para ellas este conocimiento, ya que su embarazo por el hecho de ser adolescentes es considerado de riesgo.

TABLA 9. Percepción de riesgos obstétricos por consumo de cigarros.

<i>Riesgo obstétrico</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Parto prematuro	2	6%
Cáncer	6	18%
Bajo peso al nacer	2	6%
No contestó	24	70%
Total	34	100

FUENTE: Elaboración propia.

Discusión

Se puede concluir que las adolescentes embarazadas que participaron en este estudio están en contacto directo con factores de riesgo, que pueden ser considerados como influencias importantes para desarrollar conductas desfavorecedoras en cuanto a la salud, y uno de ellos es que los padres sean consumidores de tabaco, encontrando en las estudiadas que el 67% de sus padres fuman; en algunos, ambos padres, y en otros madre o padre. Nuestros resultados coinciden⁶¹ con los de Villena (2009), en tanto se encontró que la proporción de adolescentes fumadores es significativamente superior ($p < 0.001$) a la de padres fumadores y con menor nivel de estudios, así como la de hermanos, amigos fumadores.

La escolaridad donde se concentra el mayor número de embarazos está ubicada en el nivel académico de secundaria y preparatoria. Etapa de mayor vulnerabilidad para del adolescente, en la que es presa fácil del con-

sumo de sustancias adictivas lícitas, pero además donde inicia a ejercer la sexualidad sin responsabilidad, poniendo en riesgo su salud física y afectando su proyecto de vida. Este resultado se asemeja con González (2016): el 5.2% de las reincidentes tenían 15 años y menos; el 67.7% sólo cursó escolaridad básica. De las adolescentes entrevistadas se pudo constatar que el 73% de ellas dejaron de fumar al saber que estaban embarazadas, evitando con esto riesgos para el producto y para ellas mismas; cosa que no pasó con el 27% restante que siguieron consumiendo el tabaco, en quienes, al momento de saber sus percepciones sobre el riesgo obstétrico al que podrían estar expuestas ellas y su producto, se pudo apreciar la falta de conocimiento; motivo de preocupación, pues al no identificar de forma correcta los riesgos se constata la falta de conocimiento para el cuidado de sí mismas como del de su futuro hijo. Este resultado se asemeja con el estudio que lleva a cabo Ramos, en el 2016, de 100 mujeres que consumieron drogas durante el embarazo, sólo 68 (68.6%) fumaron a pesar del problema que aqueja tanto a la madre como al producto.

Conclusiones

Las adolescentes embarazadas que participaron en este estudio están en contacto directo con factores de riesgo que pueden ser considerados como influencias importantes para desarrollar conductas desfavorecedoras en cuanto a la salud, y uno de ellos es que los padres sean consumidores de tabaco encontrando en las estudiadas que el 67% de sus padres fuman; en algunos, ambos padres, y en otros, madre o padre.

La escolaridad donde se concentra el mayor número de embarazos está ubicada en el nivel académico de secundaria y preparatoria; etapa de mayor vulnerabilidad para el adolescente, en la que es presa fácil del consumo de sustancias adictivas lícitas, pero, además, etapa en la que comienzan a ejercer la sexualidad sin responsabilidad poniendo en riesgo su salud física y afectando su proyecto de vida.

De las adolescentes entrevistadas, se pudo constatar que el 73% de ellas dejaron de fumar al saber que estaban embarazadas evitando, con esto, riesgos para el producto y para ellas mismas; cosa que no pasó con el 27%

restante que siguieron consumiendo el tabaco. Además, al momento de saber sus percepciones sobre el riesgo obstétrico al que podían estar expuestas ellas y su producto, se pudo apreciar la falta de conocimiento de las adolescentes; motivo de preocupación, pues al no identificar de forma correcta los riesgos se constata la falta de conocimiento para el cuidado de sí misma como de su futuro hijo.

Bibliografía

- Alonso de la Iglesia, B. (2019). Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/alonso.pdf>
- Departamento de Salud Reproductiva, Servicios de Salud de Nayarit (México) SSN. (2017).
- González E. (2016). Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(5). Santiago. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000500002>
- Organización Mundial de la Salud (25 de mayo de 2022). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- UNFPA (28 de febrero de 2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. <https://mexico.unfpa.org/es/news/américa-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-más-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-3>
- Villena Ferrer, A. (2009). Factores asociados al consumo de Tabaco en Adolescentes. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2009000200002&script=sci_arttext&tlng=pt

Capítulo 10. Una mirada a la vivencia de la adolescente embarazada

[A Look at the Experience of the Pregnant Adolescent]

MA. EVELIA DUARTE-CEJAS¹

MARÍA DE JESÚS JIMÉNEZ-PIZ²

RAMONA ARMIDA MEDINA-BARRAGÁN³

MARTHA OFELIA VALLE-SOLÍS⁴

LUCÍA MAGAÑA-LEMUS⁵

Resumen

El embarazo adolescente (EA) es considerado como un problema trascendente en la sociedad global, siendo relevante la presentación del fenómeno a edades cada vez más tempranas, considerando las repercusiones a nivel físico, biológico, social, psicológico, espiritual, económico tanto para la familia, sociedad y sector salud. Embarazo adolescente se denomina a la gestación que ocurre durante la adolescencia de la madre, en el lapso de vida entre los 10 y 19 años de edad, también se le suele designar como embarazo precoz en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional, para asumir la compleja tarea de la maternidad. El presente es un estudio de investigación cualitativa fenomenológica, según el pensamiento filosófico de Martín Heidegger. Se entrevistaron a profundidad 14 adolescentes embarazadas entre 16 y 19 años, con diferente edad gestacional. El análisis se efectuó en el programa computacional Atlas ti. La vivencia de estar embarazada en la adolescencia significa truncar los estudios, pero con la esperanza de retomarlos en el

¹ Profesora. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8751-567X>

² Profesora. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8269-7192>

³ Profesora. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6252-7834>

⁴ Profesora. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8772-6549>

⁵ Profesora. Universidad Autónoma de Nayarit, México.

futuro. El apoyo de los padres y familiares políticos es pieza clave para que la adolescente embarazada enfrente su nuevo status, siendo esta una categoría comprensiva esencial del estudio que contiene cuatro unidades de significados: (1) cambios en todas las dimensiones del ser de las mujeres tanto a nivel corporal como a nivel emocional y espiritual; (2) cambios en el ser-sí-misma antes y después de estar embarazada; (3) cambios de ser en el mundo; (4) cambios en la familia. La comprensión en profundidad de lo vivido por las mujeres de este estudio concuerda con lo publicado en la literatura, y se constituye en un saber comprensivo que puede servir de guía para realizar intervenciones de enfermería humanas y personalizadas basados en las necesidades de cada persona.

Palabras clave: adolescente embarazada, mirada, vivencia, experiencia.

Introducción

Actualmente, uno de los problemas de salud pública que afecta a los jóvenes es el embarazo adolescente que en muchas ocasiones provoca riesgos de la salud, y la vida de la adolescente embarazada presenta alteración económica para la familia, sector salud, social y hasta la muerte de la adolescente embarazada.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Se divide en tres fases: (1) pubertad de los 10 a 11 años, (2) adolescencia temprana de 12 a 14 años y (3) adolescencia tardía de 15 a 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y desarrollo; está condicionada por diversos procesos biológicos, cambios estructurales, psicológicos, emocionales y la adaptación a los cambios sociales y culturales.

El embarazo adolescente se caracteriza por la gestación que ocurre durante el lapso entre los 10 y 19 años de edad. También se le suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la ma-

dre haya alcanzado la suficiente madurez física, psicológica y emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. Flores *et al.* (2017) establece que el embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud público, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a las repercusiones biopsicosociales que tiene en la salud de la madre y del hijo(a). Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son las principales causas de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países. La falta de orientación y educación en salud es un factor determinante en el alto número de embarazos prematuros. Las adolescentes no están preparadas para la maternidad, situación que conlleva a que experimenten alteraciones en la salud mental como: depresión, ansiedad, resentimiento y sentimientos de fracaso, vergüenza, culpa, ira y negación.

Actualmente se estima que al año millones de jóvenes menores de edad están embarazadas, exponiéndose a una serie de riesgos biológicos relacionados con la gestación. Diversos estudios han develado que las gestantes adolescentes presentan el doble de riesgos, para desarrollar complicaciones perinatales, las cuales están asociados con parto distócico, bajo peso al nacer y parto pretérmino (Álvarez, 2017). Las complicaciones tanto en el embarazo como en el parto, en la adolescencia, constituyen la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años a nivel mundial, por lo que Gaete (2015) refiere que se trata de una etapa de riesgo, ya que es un estado de cambio en donde la adolescente, aún no ha alcanzado el desarrollo físico y emocional propio de la madurez.

Para Pinzón *et al.* (2018), esta problemática se encuentra vinculada a múltiples factores dentro de los que destacan la falta de empoderamiento de la mujer, el nivel educativo bajo, el desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva, el escaso nivel socioeconómico, el hacinamiento y violencia dentro del hogar, entre otras. Por lo que Martínez *et al.* (2020) refiere que embarazarse a corta edad, además de tener relación con lo antes mencionado, en algunos casos, termina fortaleciéndolos al no permitir una proyección regular del desarrollo del adolescente que impide sus planes o proyecto de vida, con repercusiones en la vida de la madre y de su hijo.

Por su parte, Loredó *et al.* (2017) mencionan que, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda realizado en México en el año 2005, el 17% de los nacimientos corresponden a madres adolescentes. Estos índices es-

tadísticos reflejan que el embarazo adolescente es un problema de salud pública que necesita ser enfrentado con propuestas desde diferentes actores. Según Molina *et al.* (2019), consideran que entre las causas de muerte de las adolescentes se encuentran las complicaciones durante la etapa perinatal; sin contar otras situaciones relacionadas con el aborto, abandono y maltrato de los niños, conflictos familiares, deserción escolar, problemas económicos y múltiples problemas de salud tanto para el niño como para la madre.

Morín *et al.* (2019) indican que, de acuerdo con la OMS, los embarazos en la adolescencia tienen una grave repercusión en el ámbito biopsicosocial tanto de la madre como del hijo, además de que se suelen producir una serie de complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que traduce en altas tasas de mortalidad materna y perinatal. Fawed *et al.* (2016) manifiestan que el problema de los embarazos en los adolescentes se presenta en toda Latinoamérica con altos índices de complicaciones durante la gestación, que conllevan un alto gasto socioeconómico para los países en vías de desarrollo, en donde los sistemas de salud son precarios, y no se atiende de forma adecuada a este grupo prioritario.

En el estudio realizado por Cruz, Lastra y Lastre (2018) se considera que el embarazo en la adolescencia es una situación compleja, en el que se encuentran inmersos una serie de factores de riesgo, relacionados con las pautas culturales y el tipo de relaciones que los adolescentes construyen en su vida cotidiana. Ante esta situación surge la necesidad de implementar estrategias de salud pública dirigidas a este grupo, que garanticen su bienestar y mejoren su calidad de vida, con una participación de la sociedad y la familia. La problemática del embarazo en la adolescencia aparte de ser un problema de salud abarca otras dimensiones como la psicológica, social, cultural y familiar.

El embarazo en la adolescencia en el contexto nacional es considerado un serio problema de salud, multifactorial con graves repercusiones en diversos ámbitos que afectan la salud física, psicológica y emocional de los adolescentes, con repercusiones en las relaciones familiares y sociales. Entre los factores que están estrechamente relacionados o que predisponen esta situación son la falta o el limitado acceso a una educación sexual integral desde los primeros años de la vida (lo cual impide tomar decisiones

asertivas que favorezcan el bienestar), el inicio de una vida sexual a temprana edad sin protección, el nulo, tardío o inadecuado uso de anticonceptivos entre la población adolescente, los roles y estereotipos de género que colocan a la maternidad como forma de realización personal, el contexto cultural que fomenta o promueve las uniones a edades tempranas y la desigualdad económica y social.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres, 2020), el embarazo infantil es una violación a los derechos humanos de las niñas: su derecho a una vida libre de violencia, a la educación, a la salud, al cuidado, al desarrollo físico, mental y emocional, al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad, entre otras. En México, la tasa de fecundidad en adolescentes, en 2020, se estimó en 68.5 nacimientos por cada 1 000 mujeres adolescentes entre 15 a 19 años; para el caso de las niñas de entre 12 a 14 años, en 2018, se registraron 3.77 nacimientos por cada 1 000.

En relación con los datos de la Enadid (2018), a nivel nacional aproximadamente 60.4% de la población adolescente usó métodos anticonceptivos (MA) en su primera relación sexual; el 36.5% de las adolescentes, que no utilizó algún MA en su primera relación sexual, lo hizo porque no pensaba o planeaba tener relaciones sexuales. El embarazo adolescente está condicionado a factores demográficos, socioeconómicos, psicológicos y de educación.

En relación con el ámbito educativo, se considera que la inasistencia escolar facilita que se den embarazos a temprana edad. Por otro lado, el mismo embarazo provoca deserción escolar o bajo rendimiento. De acuerdo con datos de la Enadid (2018), de las adolescentes que no asisten a la escuela 9% abandonó sus estudios, debido a que se embarazó o tuvo un(a) hijo(a).

Con base en estimaciones del Consejo Nacional de Población (Conapo, 2016), se estima que ocurrieron 11 808 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, lo que implica 32 nacimientos diarios, y en 2020 se registraron 373 661 nacimientos de madres menores de 18 años, de los cuales 8 876 son de niñas entre los 12 y 14 años, de acuerdo con las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas durante el periodo de 2016-2050. La tasa de fecundidad en las adolescentes de 15 a 19 años, en

2015, fue de 74.3 nacimientos por cada 1 000 adolescentes, mientras que para 2021 se observa un ligero descenso al encontrarse en 67.7 hijas(os) nacidas(os) vivas(os) por 1 000 adolescentes. En 2021, las entidades federativas con las tasas de fecundidad adolescente más altas a nivel nacional son: Nayarit con 78.6 nacimientos por cada 1 000 adolescentes), Chiapas (83.6) y Coahuila (92.9).

Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid, 2018), de los partos y nacimientos de los 2.0 millones de nacimientos registrados, el 16.6% (348 046) fueron de madres de menores de 20 años: 339 539 en adolescentes y 8 507 nacimientos en niñas menores de 15 años. En el 81.8% de los casos de madres menores de 20 años, se trataba de su primer hijo/a. En relación a la violencia de pareja y maltrato obstétrico, el 36.2% de las adolescentes que tuvieron un parto entre 2011 y 2016 vivieron experiencias de maltrato obstétrico durante el mismo. Respecto a la mortalidad materna se registraron 695 muertes maternas en el país, de las cuales 66 (9.5%) corresponden a menores de 20 años, entre las que se incluyen seis casos de niñas de 10 a 14 años.

De acuerdo con datos de la Secretaría Salud en 2020, Nayarit registra una Razón de Mortalidad Materna (defunciones por cada 100 000 nacimientos estimados) de 73.6 decesos, muy por arriba de la media nacional que es de 43.8 fallecimientos de mujeres durante el embarazo, o en los 42 días posteriores al parto. En 2021, las entidades federativas que presentan una RMM mayor a la nacional son: Guerrero, Baja California, San Luis Potosí, Sinaloa, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Morelos, Durango, Coahuila, Aguascalientes, Tlaxcala, Nuevo León, Nayarit y Baja California Sur.

Los beneficiados del presente estudio son muy importantes desde distintos ámbitos, para que las jóvenes adolescentes conozcan desde otra perspectiva la vivencia del embarazo, y que esto les permita adquirir un mayor conocimiento que les ayude a mejorar su condición de salud durante esta etapa. El propósito del estudio es comprender la vivencia de estar embarazada en la adolescencia a partir del análisis de la experiencia de cada joven en dicha condición.

Métodos y técnicas de investigación

En la presente investigación se utilizó el método cualitativo, con un enfoque filosófico fenomenológico, que busca redefinir el proceso global del conocimiento, describiendo la estructura total de la experiencia vivida, preocupándose por la comprensión no de la explicación, con la opción de develarlo a través de una mirada existencial; se nos presenta con la fenomenología de Martín Heidegger, como lo menciona Rivera (2006), ya que busca sin prejuicios ni teorías, investigar, comprender e interpretar la vivencia de estar embarazada en la adolescencia como experiencia concreta y como sujeto consciente. De esta manera se le atribuye significado, conforme su propia visión de mundo-vida, según sus costumbres, saberes y valores, vividos intersubjetivamente con los otros.

La importancia de este tipo de estudio recae en la posibilidad de obtener descripciones de las experiencias sobre el fenómeno en estudio, tal y como las viven los sujetos. La región ontológica donde el fenómeno fue aplicado fue en la ciudad de Tepic, Nayarit México, ubicada en contextos de colonias populares de clase media baja. Se seleccionaron individuos y contextos desde los cuales se pudiera aprender acerca del fenómeno. El tamaño de la muestra fue de 14 participantes de investigación (P) y la recolección de datos fue hasta la saturación de los datos. Se realizó la recolección de datos a través de la entrevista semiestructurada fenomenológica, con la pregunta norteadora: ¿Cómo es tu vivencia de estar embarazada en la adolescencia?

Aunque las preguntas estuvieron ordenadas, las participantes pudieron responder libremente y sin restricción de tiempo, en el que las preguntas predeterminadas fueron elegidas y fueron de naturaleza de sentimientos, de experiencia o conducta, de opinión, valores y de conocimientos, y fueron guiadas con habilidad orientando hacia el detalle: ¿quién? ¿cómo? ¿dónde?; fueron de elaboración, indicadas por un sutil cabeceo: ¿quieres hablarme de esto?; de clarificación: quisiera estar seguro de que entendí, ¿podrías decirme más por favor? El número de preguntas fueron el mínimo para evitar interrumpir el flujo de la entrevista. Las preguntas fueron claras, neutrales, no capciosas ni inducidas y dirigidas a un solo tema, además de tomar notas de campo con el objetivo de anotar las diferentes ma-

nifestaciones corporales y faciales de la entrevistada en diferentes fragmentos del discurso procurando enriquecer la recolección de datos. Los resultados se procesaron con el Software de Análisis de Datos Cualitativos Atlas.Ti, versión 6.5.

Para la presente investigación se tomó en consideración el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el Artículo (32) y la Declaración de Helsinki. Fue aprobado por los comités de investigación y de bioética de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de la Universidad de Guanajuato, campus Celaya Salvatierra. Se obtuvo el consentimiento informado o el asentimiento de las adolescentes embarazadas, cuando fue necesario.

Resultados y discusión

Las dimensiones que emergieron de la presente investigación son: biológicas, psicológicas, proceso psicológico del embarazo, ocupacionales, educativas y formativas.

Después de procesar las entrevistas, construir códigos, subcódigos, significados, temas, redes semánticas, se procede a la construcción del artículo.

Se muestran los resultados obtenidos de la pregunta norteadora o epojé: ¿Cómo es la vivencia de estar embarazada en la adolescencia?

Dimensión del contexto biológico

P. Carrillo-Mora *et al.* (2021) mencionan que la importancia de que el médico general o de primer contacto conozca los principales cambios que experimenta la fisiología de la mujer durante el embarazo radica en la oportuna y adecuada diferenciación entre estados fisiológicos y patológicos que puedan poner en riesgo la salud materna o el bienestar del producto de la gestación.

A continuación, se muestran las citas de las participantes (P) de la investigación:

- P3: Vine a que me tratara el Dr. López porque no podía salir embarazada y ya pues duré mmmh días que no me bajaba la regla, y ya vine a hacerme

una prueba de embarazo y salió que si estaba embarazada... planeado y deseado.

P6: A los 14 me junté, teníamos tres meses de juntados cuando me embaracé.

P7: Yo primero porque, bueno yo sospeche porque tuve un retraso y ya después le dije a mi novio y ya me dijo que me hiciera una prueba y ya me hice una prueba casera y salió positiva pero ya vez que a veces no son muy eficaces y fui y me saqué sangre y salió positiva y ya pues ahí fue cuando me di cuenta.

P10: De repente pos ya no me llegó mi menstruación y yo pensé que era normal y ya cuando, como la primera vez duré así dos meses que no me bajaba que no pues que reglaba y fui al doctor y me hizo un ultrasonido y me dijo que tenía quistes, pero de todas maneras yo me seguí inyectando y tomando el medicamento.

Se puede decir que los aspectos biológicos en las jóvenes adquieren significado desde la concepción del nuevo ser, el cual se da durante una vida sexual activa, misma que encierra una serie de decisiones para “salir embarazada”, evento que se produce una vez que se abandona el método anticonceptivo (regularmente preservativo en las participantes del estudio) que da paso a la concepción. En este proceso se manifiestan una serie de signos y síntomas que permiten, a partir de estudios, diagnosticar el estado de embarazo, el cual da paso a una serie de cuidados y cambios a los cuales es necesario atender.

Dimensión psicológica

¹⁸ Carrillo-Mora *et al.* (2021) mencionan que el embarazo normal representa una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos para la mujer. Todos estos cambios están enfocados en ajustarse y adaptarse a las exigencias que el desarrollo de un nuevo ser humano en el interior del cuerpo de la madre representa; dichos cambios ocurren de manera gradual, pero continua a lo largo de todo el embarazo, y desde luego están influenciados por múltiples factores como la edad de la mujer, los embarazos previos, su estado físico, nutrición³¹, etcétera. R. H. Rojas-Lindao y C. Vargas-Álvarez (2020) mencionan que la privación económica tiene un impacto considerable en las

personas con depresión y está relacionada en gran medida con problemas familiares, abuso de drogas y alcoholismo. Muchos adolescentes de comunidades pobres y oprimidas tienen pocas oportunidades de autoeducación y mejora económica. Por otra parte, cabe señalar que, aunque el embarazo es una etapa extremadamente satisfactoria para muchas mujeres, para otras esto puede significar un período de dolor, depresión y consecuencias que serán complicadas en su vida diario.

Sentimientos ante el embarazo

Los sentimientos que comúnmente se perciben en el desarrollo del embarazo son principalmente aquellos que aluden a afrontamiento de la condición, el rechazo, la libertad, las emociones que mayormente se viven con el hecho de vivir en cinta, hasta los que llevan a vivir con la vergüenza, la pena, los temores, la negación, la preocupación entre otros:

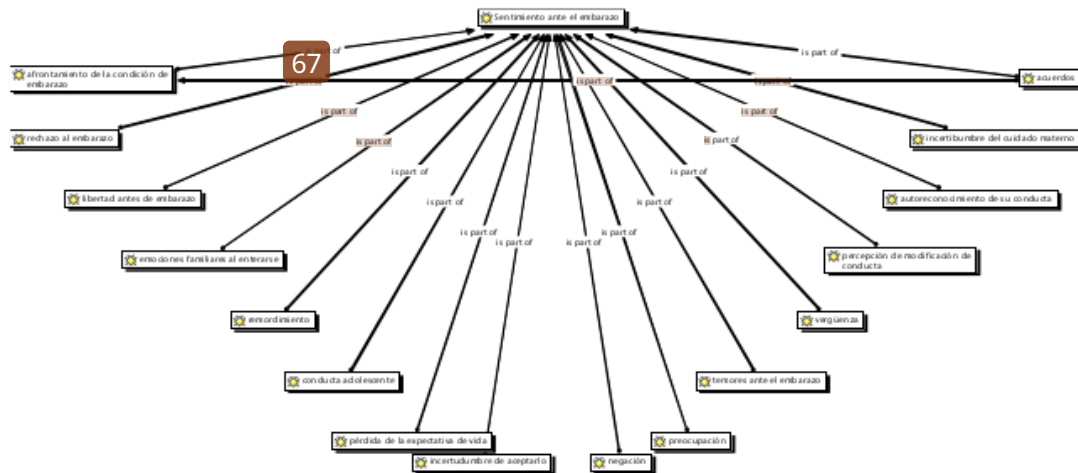
- *P1*: Pues se siente bien bonito.
- *P2*: También, bien emocionada.
- *E4*: Bien feliz todos, muy contenta porque salió positiva la prueba de embarazo, ya tenía tiempo intentando y nada.
- *E8*: He llegado a llorar de la emoción, bien bonito.

Se puede decir, por tanto, que los sentimientos que experimentan las jóvenes embarazadas, comúnmente se ven representados por diversas emociones que se manifiestan al afrontar la condición de embarazada. Dentro de las emociones que menos se experimentan son el remordimiento, la vergüenza y los temores que emergen al estar en tal condición. Por otra parte, en las jóvenes se experimenta felicidad, emoción, expectativa, incertidumbre, comúnmente relacionada con la conducta adolescente.

Dimensión proceso psicológico del embarazo

La condición de embarazada, podría decirse, implica un proceso psicológico que va desde considerarlo como un riesgo cuando las decisiones se toman con respecto de una relación sin protección, el cual se considera un

FIGURA 1. Red semántica de sentimientos en el embarazo



FUENTE: Duarte-Cejas, 2021.

motivo para el matrimonio, en una edad en la que la joven puede verse carente del apoyo paterno, asumiendo los riesgos que verdaderamente implica esta condición a la edad de la embarazada.

Se puede decir que en los sujetos de estudio el *deseo de estar embarazadas* es una situación que aplica a la mayoría de las jóvenes, el deseo de tenerlo es tal que en algunos casos se antepone el enamoramiento, y en otros simplemente está el experimentar tener un bebé:

- P3: Deseado.
- P4: Porque estaba enamorada, estoy.
- P5: No sé, tenía ganas de un bebé.

Por otra parte, el hecho del deseo no significa que este fuese *planeado*. Planear un bebé requiere de ciertas condiciones y estados anímicos que permiten a la pareja emprender tal proyecto, o decisión:

- P4: Pues por él a lo mejor sí, no, o sea, yo no pensaba embarazarme.
- P6: Sí... también planeado.
- P8: Por los dos, pues estábamos en que [si quedo embarazada pos quedé], mi modo.
- P13: Cuando yo me vine con él, todavía no tenía relaciones, ya cuando me

vine con la obviamente verdad, ya al año de que estaba viviendo con él, ya salí embarazada.

Un proceso psicológico importante en la concepción del bebé es la *aceptación del embarazo*. Se dice que los humanos podemos ser deseados o aceptados. La primera aseveración se da cuando ambos están de acuerdo en la concepción de tal forma que no existen ideas que se contrapongan a la vida del nuevo ser. En tanto que la aceptación se da cuando alguno de los miembros no concibe la idea, de tal forma que no queda más que aceptarlo.

Los resultados muestran que las adolescentes embarazadas presentan incertidumbre de estar embarazadas, miedo, otro rechazo al embarazo, pues la mayoría no pensaba en embarazarse. Lo anterior coincide con Alonso-Muñiz (2019), el cual menciona que también existen factores sociales y psicológicos en el EA, otro de los factores incluye la naturaleza de los padres, su nivel educacional y condición económica o pobreza del hogar.

Dimensión económica

Ocupación del padre

Por otra parte, la labor del padre se centra en los hitos sociales de proveer del sustento económico para el hogar y para mantener el buen desarrollo y salud del feto; esto se da en la mayoría de los padres, a excepción de uno que no tiene ocupación. Las ocupaciones de mayor recurrencia son las relacionadas con los oficios (albañil, jornalero, obrero, cargador), y de menor recurrencia aquellos que aún siguen estudiando.

- P3: Es cargador... Él se puso a trabajar para mantenerme a mí y a mi futuro bebé.
- P4: (Obrero) en bloquera... Mi pareja es bloquero, trabaja en una bloquera.
- P5: Mi esposo ahorita está trabajando en la obra.
- P6: Es jornalero.
- P7: Estudiante... Estudia y también trabaja, estudia en tercero y es árbitro.
- P8: Nada... no estudia ni trabaja.
- P9: Trabaja en un taller... Empleos informales.

- *P10*: A veces se dedica a ayudante de albañil, a veces trabaja de seguridad, pero no dura en sus trabajos.

Dimensión educativa y formativa

Condiciones educativas de las adolescentes embarazadas

La escolaridad de las adolescentes embarazadas principalmente es de estudios trancos de secundaria y preparatoria, y en un sólo caso de primaria. La mayor recurrencia se encuentra en los estudios de secundaria y preparatoria. Esto provee de elementos para interpretar que las jóvenes al menos tenían conocimiento básico acerca del embarazo, los compromisos que se adquieren y la forma de prevenirlos:

- *P1*: Secundaria
- *P2*: Estudié pos no más [*sic*] la secundaria
- *P3*: Iba pasar a tercero
- *P4*: Secundaria
- *P5*: La estoy estudiando
- *P6*: Toy [*sic*] estudiando la secundaria...
- *P7*: Segundo de preparatoria
- *P8*: Preparatoria
- *P9*: No terminé la prepa
- *P10*: Cuarto de primaria
- *P11*: Primero de preparatoria
- *P12*: Secundaria

Estos resultados coinciden con Alonzo-Muñiz *et al.* (2019), quienes mencionan que la AE limita su capacidad para estudiar y trabajar, y muchas de ellas se ven obligadas a abandonar sus estudios.

Condiciones educativas del esposo de la adolescente embarazada

Con respecto al esposo, nótese que mantienen el mismo nivel de escolaridad que las jóvenes, al mismo tiempo que se guarda una proporción similar con respecto de aquellos que estudian la preparatoria y la secundaria, así como del que cursó la educación primaria:

- P1: Eh, la primaria se me hace.
- P2: Está estudiando la secundaria...
- P3: Él estudio hasta la prepa.
- P4: Él se salió del Cebeta (preparatoria).
- P5: Tercero de preparatoria.
- P6: Tercero de secundaria.
- P7: Hasta la prepa también.
- P8: Secundaria.
- P9: Secundaria.
- P10: Secundaria.
- P11: Secundaria.
- P12: Segundo de preparatoria.
- P13: Secundaria.
- P14: Tercero de preparatoria.

Aunque estos datos son significativos para la investigación, se puede decir que algunas jóvenes aún consideran el seguir estudiando o mantener su matrícula hasta dar a luz y estar en condiciones de continuar estudiando. Algunas adolescentes embarazadas mencionaron en su discurso que les daba vergüenza que les viera la panza sus compañeros y maestros, y por eso se presentó la deserción escolar; otras mencionaron que iban a posponer sus estudios hasta que tuvieran a su bebé; otras manifiestan que ya no les gustó estudiar y que tenían materias reprobadas. Los resultados coinciden con Alonso-Muñiz *et al.* (2019), quienes mencionan que las madres jóvenes provienen de hogares pobres, padres de bajo nivel económico y educativo.

Dimensión de intensidad de aborto

Aunque la condición de embarazo por la mayoría de las jóvenes ha sido aceptada, también se presenta el fenómeno del aborto, de tal manera que viene a ser parte de la consciencia de la joven embarazada, a tal grado de considerar permitir la vida al aceptar los propios errores. Esto significa que desde la perspectiva de la embarazada el quitar a un ser la vida, del cual ha decidido aceptar las condiciones, no es aceptable; esto es, el permi-

tir el abandono del método anticonceptivo o, en su caso, aceptar la decisión de la pareja de no usarlo a efectos de experimentar placer, abandonando de alguna manera la racionalidad en cuanto a lo que significa concebir a un bebé:

- *P5: (Intención de aborto.)* El té de cominos son unos palitos cuando el agua esté hirviendo; se tienen que echar, pero la verdad que a mí me dio asco, son como dos tazas, pero yo sólo tomé poquito, un cuartito y ya lo tiré, porque me supo agrio, y decidí tirarlo... [decisión sobre el embarazo] [intención de aborto]... Cuando vine de la playa decidí tomar eso. Porque allá el mar me sacaba con las olas y dicen que el mar no quiere a las embarazadas, y ya me convencí que sí estaba embarazada, quería que me bajara, me subí a los caballos, me echaba marometas, tomaba, me gustaba fumar, me metí a la playa, y yo no sentía nada, de hecho, cuando tenía dos meses, en mi cumpleaños, me hicieron una fiesta sorpresa; empecé a tomar, a fumar, pero —vuelvo a repetir— a mí no se me notaba, ni yo sentía molestias de nada.
- *P5: (Alternativas abortivas.)* Quería que me bajara, me subí a los caballos, me echaba marometas, tomaba, me gustaba fumar, me metí a la playa, y yo no sentía nada, de hecho, cuando tenía dos meses, en mi cumpleaños, me hicieron una fiesta sorpresa; empecé a tomar, a fumar.

Afrontamiento del embarazo

Las jóvenes embarazadas como se ha mencionado con respecto a las condiciones psicosociales viven situaciones afectivas que en ocasiones van desde la negación, hasta la aceptación y el rechazo, para el caso de las jóvenes implicadas en el estudio, el afrontamiento ha sido de forma sana y natural, a excepción de una que pensó en su primer momento en la opción de aborto:

- *P5: (Afrontamiento de la condición de embarazo).* Mi mamá, este, si me regañó, me dijo de cosas, pero antes de decirles que estaba yo embarazada, sí me dio mucho miedo, sentí que todo se me cayó encima porque cuando una está embarazada no sabe si la van a apoyar o no, o cómo le va air o cómo su pareja lo va a tomar, porque hay unos que dicen: “ay pues el bebé

no es mío”, y pues yo también pensaba que si él decía, y yo pues sola me encerraba en mi mundo, y yo lloraba mucho porque me daba miedo, mucho miedo y mucha tristeza más por él que por mí, porque él es el que va a venir a batallar, uno ya sabe, pero él no, y ya cuando le dije a mi mamá me dijo que tomara algo, que no fuera a ser un error, *y así fue cuando yo le dije que si yo también había sido un error, y ya me dijo que no, y mi papá fue el que empezó de sangrón a decirme que no me quería, que me fuera de su casa, pues como todo un papá que se molesta cuando haces cosas malas.*

- P10: (*Afrontamiento de la condición de embarazo*). Hablaron mi mamá y mi abuela, el niño no tiene la culpa, y ya pos fui entendiendo y como ahorita mi hijo tiene un soplo en el corazón, viene con un soplo, no [sic] porque después me voy a arrepentir.

Postulan Luna y Machacuay (2020) que ²⁶ el embarazo en adolescentes se asocia a conductas de riesgo como el inicio temprano de la primera experiencia sexuales durante la adolescencia temprana, el consumo de bebidas alcohólicas y la violencia. Los factores de riesgo individual son ser conviviente, haber tenido abortos previos, el grado de instrucción primaria o secundaria incompletas y ser ama de casa. Dentro de los factores escolares se encuentra la reprobación escolar y la deserción. Los factores ocupacionales tener un primer trabajo a corta edad, no tener una aspiración profesional. Por último, los factores familiares asociados fue la mala actitud de los padres frente a los enamorados.

En este estudio se entrevistó a las AE para dar respuesta a la pregunta norteadora: ¿Cuál es la vivencia de estar embarazada en la adolescencia? De la cual se derivaron las siguientes dimensiones: biológicas, psicológicas, proceso psicológico del embarazo, sociodemográficos, ocupacionales, educativos y formativos, vivencias del embarazo, aborto, afrontamiento del embarazo.

Con respecto a los cambios biológicos de las AE se observa que las adolescentes del presente estudio desconocen cuáles son los cambios biológicos, por lo que no se coincide con Carrill³⁰ (2021), quien menciona que la AE o el tutor principal debe conocer que el organismo de la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos, a todos niveles, que tienen la finalidad de adaptarse y dar respuesta a la gran demanda que representan

las 40 semanas de gestación que durará la formación un nuevo ser humano en su interior. Dichos cambios ocurren de manera gradual, pero continua a lo largo de todo el embarazo, y van desde cambios cardiovasculares, digestivos, pulmonares, hematológicos y endocrinos, los cuales al final también terminan por revertirse de manera paulatina durante el puerperio.

Por otra parte, Flores (2017) alude que el embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública, según la (OMS), debido a las repercusiones biopsicosociales que tiene en la salud de la madre y del hijo(a). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países.

Conclusiones

En todas las dimensiones de las vivencias analizadas se identificaron alteraciones que tienen repercusión en la salud de la diada madre-hijo. Por lo que es necesario realizar una mirada a la AE con comprensión, amor, respeto, acompañamiento en forma holística. En este periodo de tiempo gestacional, en el cual es vulnerable por ser adolescente y por estar embarazada, necesita atención médica prenatal, apoyo familiar, económico, orientación y educación para la salud, entre otros, para disminuir el riesgo de complicaciones prenatales y del parto y, a su vez, abatir los índices de mortalidad de la diada madre e hijo. Existe reto de gran magnitud para la sociedad, autoridades de salud y autoridades educativas para incidir en la causalidad del EA, así como la morbimortalidad, por lo que se sugiere dirigir una mirada consciente con empatía y sensibilidad humana a este grupo etario para fomentar la educación sexual e inculcar en nuestra sociedad valores morales, de responsabilidad, respeto, lealtad, amor a la familia y a la humanidad, retomando la fenomenología que constituye un camino para transformar la práctica del cuidado a la salud.

Agradecimientos

Se agradece a las adolescentes embarazadas que voluntariamente participaron en esta investigación.

Capítulo 11. Nivel de conocimiento sobre embarazo y signos de alarma en mujeres que acuden a un hospital público del estado de Nayarit

[Level of Knowledge about Pregnancy and Warning Signs in Women Attending a Public Hospital in the State of Nayarit]

MARÍA MAGDALENA SANDOVAL-JIMÉNEZ⁶

LUIS GERARDO VALDIVIA-PÉREZ⁷

MARÍA HILDA VILLEGAS-CEJA⁸

MARTHA RUIZ-GARCÍA⁹

IXCHEL FREGOSO-MONCADA¹⁰

Resumen

Introducción: La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, inequidad social y derechos humanos. Cada día mueren a nivel mundial, aproximadamente, 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, según datos de la Organización Mundial de la Salud. La muerte de mujeres durante el embarazo, el alumbramiento, y el posparto sigue siendo un problema grave. El número de muertes maternas ha estado disminuyendo desde el año 2000. De acuerdo con la OMS, prevalecen las tres principales causas de mortalidad materna: trastornos hipertensivos del embarazo, las hemorragias durante el evento obstétrico y sepsis y otras infecciones puerperales. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre embarazo y signos de alarma en mujeres embarazadas que asisten al módulo mater de un Hospital Civil. **Materiales y métodos:** El tipo de estudio fue descriptivo de tipo transversal. Se utilizó un muestreo

⁶ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9835-2906>

⁷ Profesor de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0002-9806-1607](https://orcid.org/0000-0002-9806-1607)

⁸ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5610-3410>

⁹ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0002-9638-0452](https://orcid.org/0000-0002-9638-0452)

¹⁰ Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-1522-7075](https://orcid.org/0000-0003-1522-7075)

no probabilístico por conveniencia conformado por 30 participantes. *Resultados:* Predominó el grupo de edad de 12 a 35 años. La mayoría de población estudiada son solteras, con estudios completos de nivel básico, estando la mayoría en el tercer trimestre de embarazo, hipertensas, dolor tipo cólico. La mayoría de las mujeres tienen el conocimiento sobre los riesgos del embarazo como son malformaciones, abortos, niños con bajo peso al nacer. Teniendo que, en el 100%, su nivel de conocimiento es bueno. *Conclusiones:* El nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas sobre la importancia del control prenatal, que asisten al módulo mater del Hospital Civil fue bueno en un 100%. El 63.3% de las mujeres que acuden al módulo mater del hospital tienen conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo y más del 75% tienen conocimiento sobre las posibles complicaciones durante el embarazo como es la preeclampsia e infecciones de vías urinarias.

Palabras claves: conocimientos, embarazo, signos de alarma.

Introducción

11 El embarazo adolescente es un problema de salud que pone en riesgo tanto al niño como a la madre. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) menciona que la adolescencia está entendida entre los 10 y 19 años y se divide en adolescentes jóvenes (de 10 a 14 años) y segunda adolescencia (de 15 a 19 años). Las complicaciones tanto en el embarazo como en el parto, en la adolescencia, constituyen la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años a nivel mundial, por lo que Gaete (2015) refiere que se le trata como una etapa de riesgo, ya que es un estado de cambio en el que aún no se ha alcanzado el desarrollo físico y emocional propio de la madurez. Para Pinzón, Ruiz, Aguilera, y Abril (2018), esta problemática se encuentra vinculada a múltiples causas como un déficit educativo, escasez económica, hacinamiento, violencia dentro del hogar, desconocimiento del ciclo menstrual y anticoncepción, entre otras. Por lo que embarazarse a corta edad, además de tener relación con lo antes mencionado, en algunos casos, termina fortaleciéndolos al no permitir una proyección regular

del desarrollo adolescente, truncando sus planes de vida y afectando no sólo la vida de la madre sino también la de su hijo.

Flores, Navas y Arenas (2017) establecen que “el embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a las repercusiones biopsicosociales que tiene en la salud de la madre y del hijo(a)” (p. 374). Una de ellas es la muerte de adolescentes durante el embarazo o en el parto. A esto se suma la falta de educación sexual y orientación familiar, todo lo cual conduce a incrementar la pobreza. Por su parte, Loredó, Vargas, Casas, González y Gutiérrez (2017) mencionan que “de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda realizado en México en el año 2005, el 17% de los nacimientos corresponden a madres adolescentes” (p. 224). Estos índices estadísticos reflejan que el embarazo adolescente es un problema de salud pública que necesita ser enfrentado con propuestas desde diferentes actores.

La salud materna es una de las prioridades en las instituciones, por lo que es relevante la adecuada planificación y organización de los recursos, así como la utilización de los servicios de atención apropiada para las necesidades de la mujer embarazada. La mortalidad materna se ha convertido en uno de los problemas de salud pública de mayor complejidad en el mundo, el control prenatal en el primer nivel de atención es un eslabón en la cadena de valor para evaluar y mejorar la calidad en las intervenciones a la salud de las mujeres y las niñas.

La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, equidad social y derechos humanos. Cada día mueren a nivel mundial aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, según datos de la Organización Mundial de la Salud. La muerte de mujeres durante el embarazo, el alumbramiento, y el posparto sigue siendo un problema grave. El número de muertes maternas ha estado disminuyendo desde el año 2000. de acuerdo con la OMS, prevalecen las tres principales causas de mortalidad materna: trastornos hipertensivos del embarazo, las hemorragias durante el evento obstétrico y sepsis y otras infecciones puerperales. Se piensa que el control prenatal en las mujeres es de suma importancia, ya que el objetivo de éste es lograr el nacimiento de un bebé saludable con riesgo mínimo para la madre. Esto para reducir nacimientos prematuros y mejorar la satisfacción de las pacientes.

En México, en el año 2015, ocurrieron 778 muertes maternas. Estas defunciones se concentraron en 12 entidades federativas: Estado de México, Chiapas, Veracruz, Puebla, Oaxaca, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Chihuahua y Nuevo León. La cobertura básica de atención prenatal alcanza el 98.4%. Sin embargo, únicamente, el 71.5% de las mujeres recibe esta atención de manera adecuada, revela un artículo publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del mes de junio. Para obtener estos resultados, se analizaron datos sobre la atención prenatal que recibieron 6494 mujeres en su último embarazo, reportados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012.

En México, las principales causas de muerte materna son los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (preeclampsia-eclampsia), las hemorragias, la embolia pulmonar obstétrica y la sepsis. Por lo tanto, es importante que las mujeres conozcan los signos de alarma tales como cefalea, fosfenos, tinnitus, epigastralgia, hipomotilidad fetal, fiebre, sangrado y salida de líquido transvaginal. En este sentido, al analizar las dimensiones de la atención prenatal de manera condicionada se muestra que el 98.4% de las mujeres la recibe de forma calificada; el 83.2%, oportuna; el 79.9%, suficiente, y tan sólo el 71.5%, apropiada. Es decir, existe una disminución de 26.9 puntos porcentuales entre las mujeres que reciben atención prenatal básica y quienes la reciben según los estándares internacionales y nacionales.

Nayarit, en este 2017, se encuentra dentro de las ocho entidades con menor Razón de Mortalidad Materna en la República Mexicana. Ocupa el lugar número 29 a nivel nacional, con un sólo caso registrado. Las principales causas de la muerte materna, en orden de presentación, para el año 2015 fueron: obstétricas indirectas, enfermedad hipertensiva del embarazo, otras complicaciones del embarazo y parto, hemorragia y aborto. En el marco del Día Nacional de la Salud Materna y Perinatal, la Secretaría de Salud de Nayarit reafirmó el compromiso de garantizar el acceso universal de las mujeres a la atención oportuna y de calidad. Asimismo, reiteró el objetivo de concientizar a las mujeres en edad fértil y mujeres embarazadas, así como a sus parejas y familiares, sobre la importancia de planear el embarazo y cuidar el proceso de gestación, a fin de evitar riesgos que pongan en peligro la vida de la madre y el recién nacido. El objetivo general

fue determinar el nivel de conocimiento sobre embarazo y signos de alarma en mujeres embarazadas que asisten al módulo mater de un Hospital Civil.

Metodología

El tipo de estudio fue descriptivo de tipo transversal, se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia conformado por 30 pacientes. El instrumento fue un cuestionario que consta de 3 apartados, los cuales están estructurados en 23 preguntas de opción múltiple. A partir de la elaboración de los cuestionarios, se evaluó el nivel de conocimiento obtenido de la tesis *Conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo en adolescentes de la colonia Dos de Agosto de Tepic 2011*, elaborado por los autores Julio César Contreras Bañuelos y Rocío Sánchez Pacheco. No existió ningún riesgo para la población estudiada, ya que en la investigación no se realizaron procedimientos que pudieran afectar la salud de ésta, y se conservó el anonimato, por lo que la información fue confidencial. Para la realización del estudio se tomó en cuenta lo descrito en la Ley General de Salud, específicamente, **en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.**

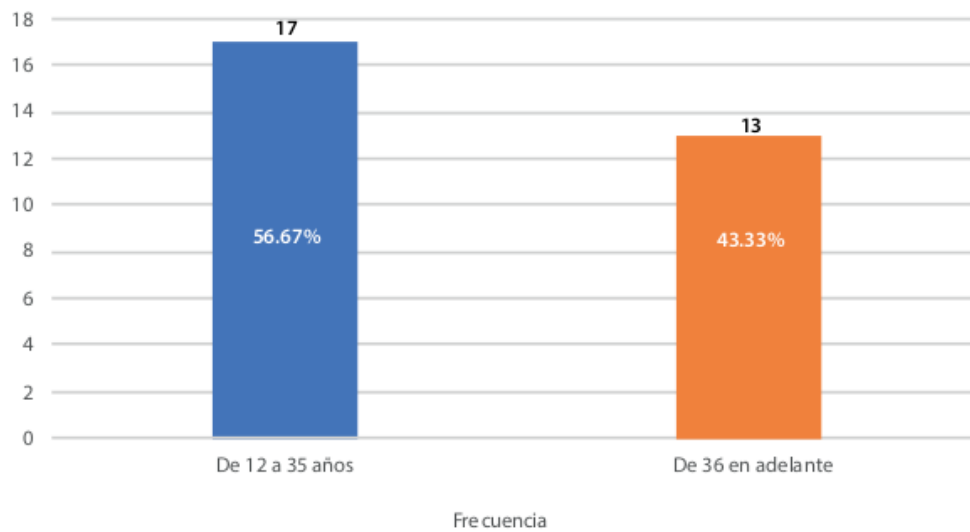
Resultados

Referente a **la edad de los participantes**, se observó que el 56.66% (17) son de 12 a 35 años, y 43.34% (13) son de 36 en adelante (ver figura 1).

De acuerdo con el estado civil, se encontró que 43.33% (13) son solteras; el 23.33% (7) son casadas; el 26.66% (8) están en unión libre, y 6.68% (2) son viudas (ver figura 2).

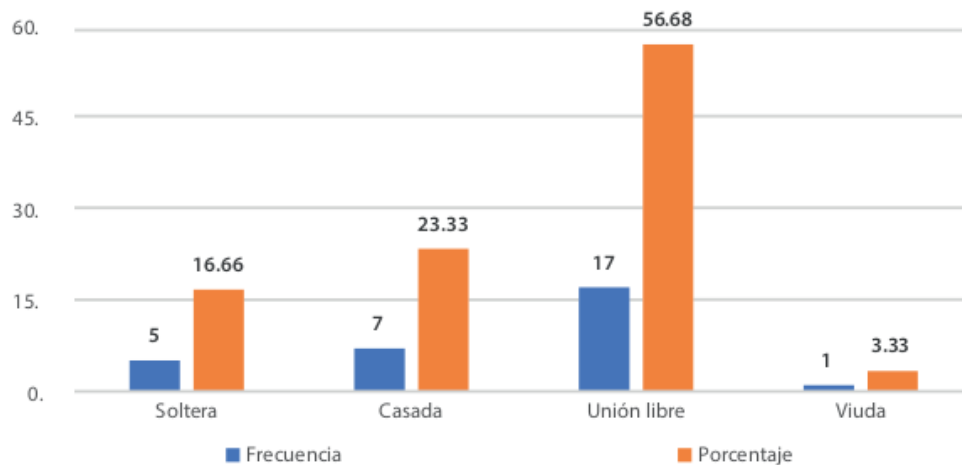
En cuanto a la escolaridad, se muestra que 13.33% (4) tienen la primaria completa; el 30% (9) tienen la secundaria completa; el 40% (12) tienen la preparatoria completa; el 10% (3) tienen licenciatura, y el 6.67% (2) tienen posgrado (ver figura 3).

FIGURA 1. Grupo de edad



FUENTE: Elaboración propia.

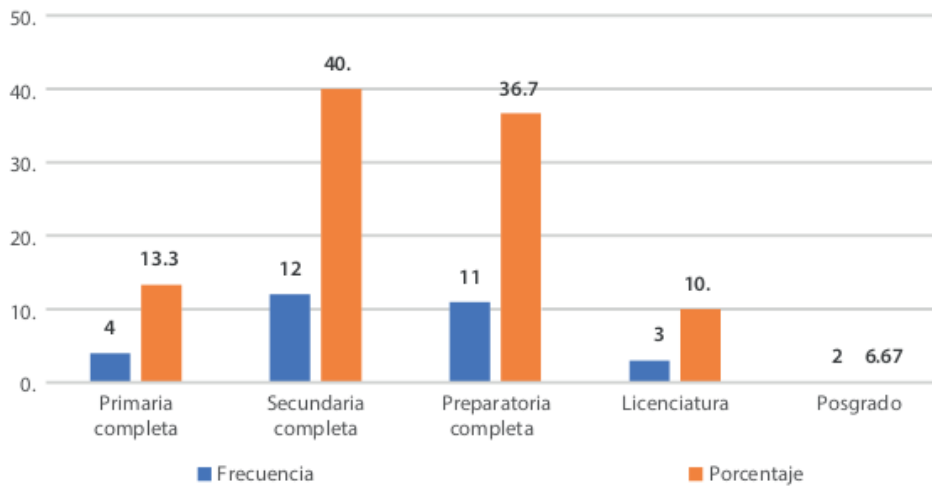
FIGURA 2. Estado civil



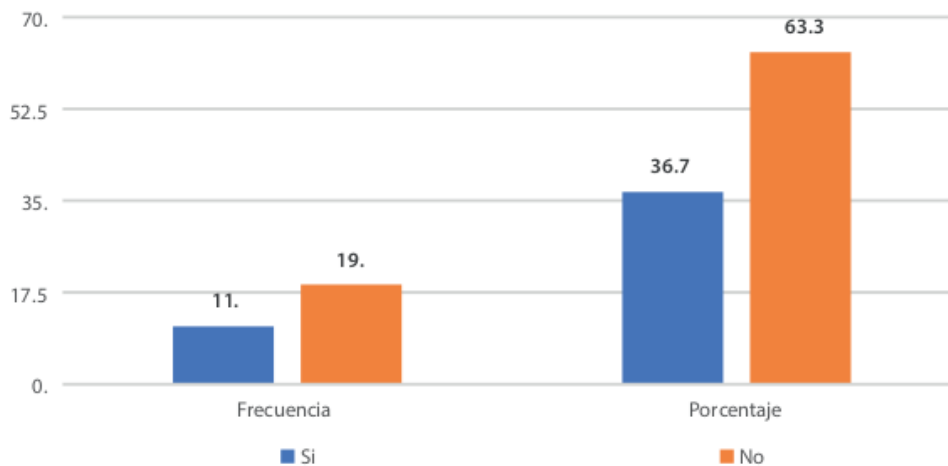
FUENTE: Elaboración propia.

Referente a si los participantes trabajan o no, se encontró que el 43.33% (13) no trabaja, y el 56.66% (17) sí trabaja (ver figura 4).

Según el trimestre de embarazo en el que se encuentran las participantes, se encontró que el 33.33% (10) está en el primer trimestre de embarazo; el 23.33% (7) están en el segundo trimestre, y el 43.33% (13) están en el tercer trimestre de embarazo (ver figura 5).

FIGURA 3. *Escolaridad*

FUENTE: Elaboración propia.

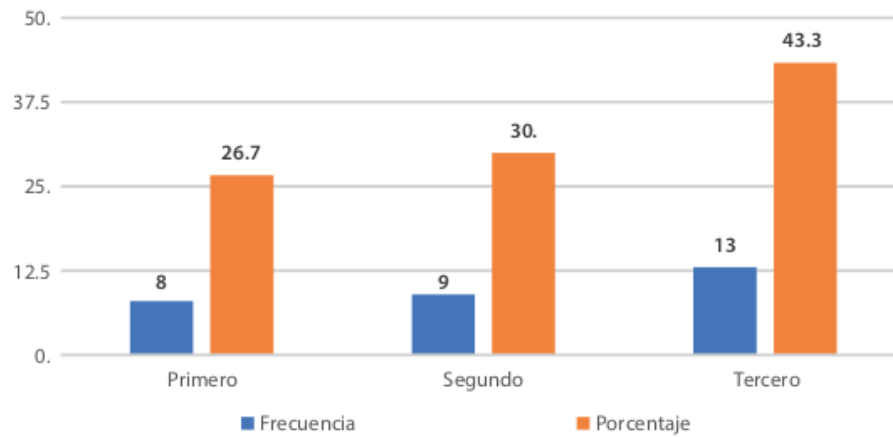
FIGURA 4. *Trabajo*

FUENTE: Elaboración propia.

De acuerdo con las consultas en que las participantes se encuentran, se encontró que el 53.33% (16) estaban en su primera consulta médica, y en el 46.66% (14) sus consultas son subsecuentes (ver figura 6).

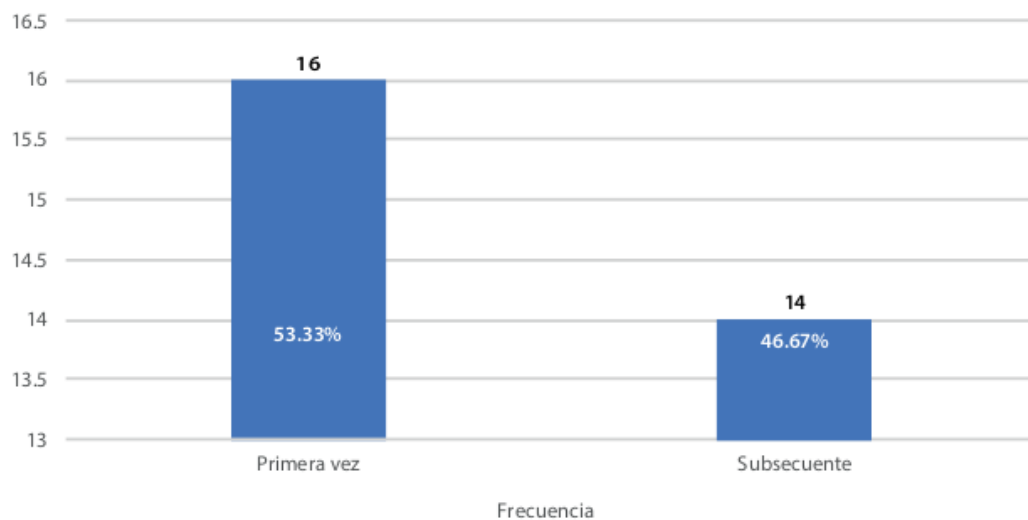
Acerca de los conocimientos sobre los signos y síntomas de preeclampsia de los participantes, se encontró que el 16.6% (5) presentan pies hinchados; 26.6% (8), presión arterial alta; 23.3% (7), presencia de proteína en la orina, y un 33.3% (10) presenta todas las anteriores (ver figura 7).

FIGURA 5. Trimestre de embarazo



FUENTE: Elaboración propia.

FIGURA 6. Consultas

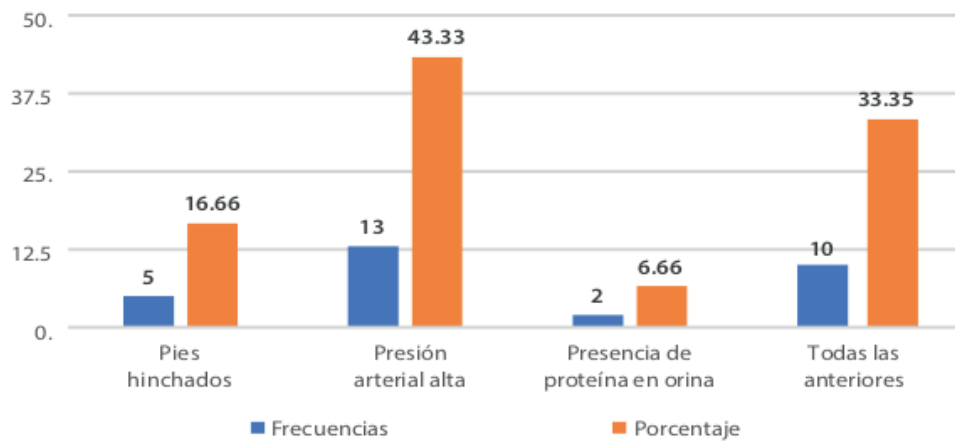


FUENTE: Elaboración propia.

Referente a la existencia de amenaza de aborto de los participantes, se encontró que el 20% (6) presentan sangrado por la vagina, dolor tipo cólico; 26.6% (8) dolor de cabeza, mareos y vómito; 3.3% (1), ninguna de las anteriores, y el 50% (15), las dos primeras son ciertas (ver figura 8).

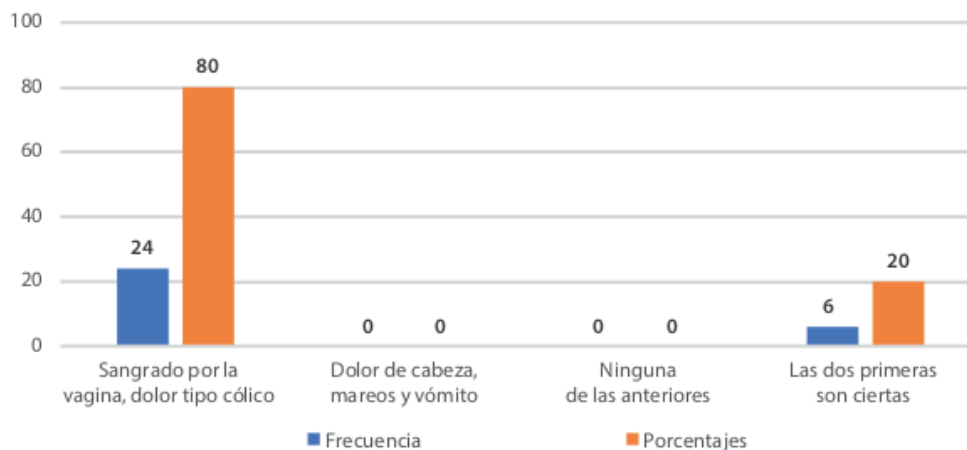
Sobre los conocimientos ante los riesgos del embarazo, de los participantes, un 93.3% (28) respondió malformaciones, abortos, niños con bajo peso; 3.3% (1), infecciones, abortos, mareos y vómito; 3.3% (1), hemorra-

FIGURA 7. Signos y síntomas de la preeclampsia en el embarazo



FUENTE: Elaboración propia.

FIGURA 8. Cuando existe amenaza de aborto, se puede presentar...

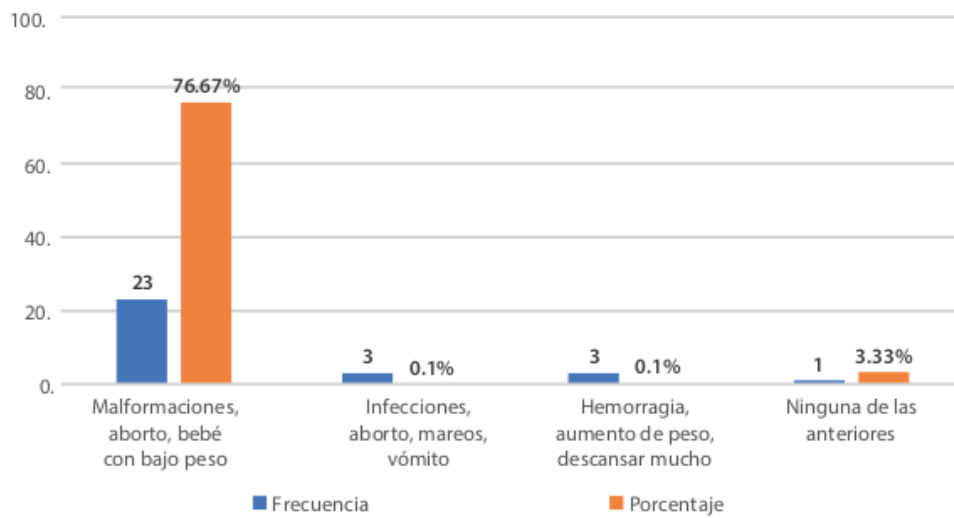


FUENTE: Elaboración propia.

gias, aumento de peso, descansar mucho, y un 0% (1), ninguna de las anteriores (ver figura 9).

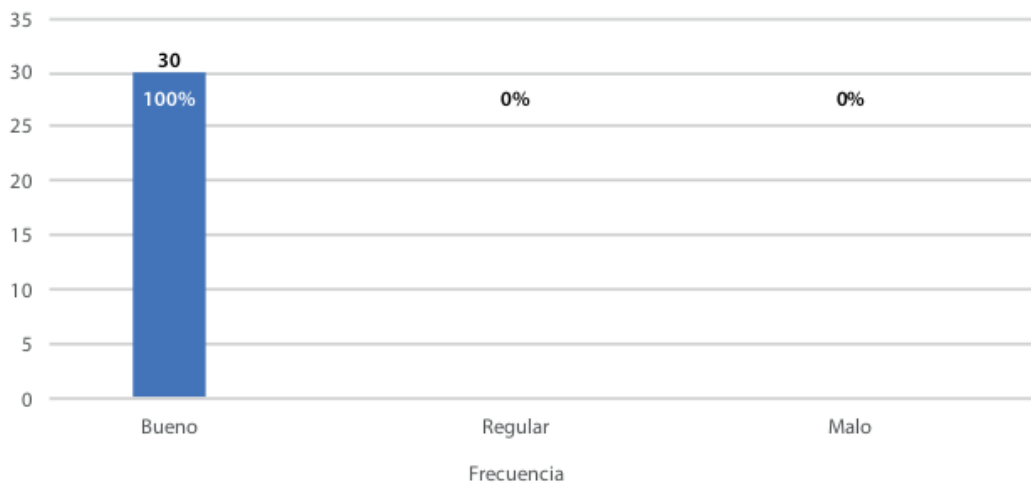
Referente al nivel de conocimientos sobre la importancia del control prenatal en mujeres que acuden a un hospital, se encontró que en el 100% (30) de las participantes fue bueno (ver figura 10).

FIGURA 9. Riesgos para un embarazo en la adolescencia



FUENTE: Elaboración propia.

FIGURA 10. Nivel de conocimiento



FUENTE: Elaboración propia.

Discusión

A continuación, se discuten los resultados en la presente investigación, cuyo objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento sobre la importancia del control prenatal en mujeres que acuden a un hospital, en-

contrándose que éste fue bueno en el 100% de las participantes. Este resultado difiere con los encontrados por la autora Cristina Guijarro (2016) en su estudio sobre conocimientos de la estimulación prenatal en los programas de educación maternal, en la atención primaria por parte de las mujeres gestantes, donde el 53.8% no había escuchado hablar de la estimulación prenatal ni conocía la importancia de ésta, de lo cual se desprendió un nivel de conocimiento malo. Por otra parte, los resultados obtenidos también son diferentes a los del estudio de Daniel Ticona *et al.* (2013), ya que el conocimiento sobre control prenatal fue bueno en un 93%.

Respecto a la identificación de signos de alarma durante el embarazo en mujeres que acuden al módulo materno del hospital, el presente estudio encontró que todas las participantes conocen bien estos signos. Este resultado se asemeja a los encontrados por el autor Daniel Ticona, Laura Torres, Liz Veramendi, Jessica Zafra (2013), en su estudio sobre “Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú”, en el que 93% de las gestantes consideró los signos de alarma como indicadores de peligro para la madre y el feto, y el 100% sabía que debía acudir a un centro de salud de inmediato.

Conclusiones

Por lo anterior se concluye que el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas sobre la importancia del control prenatal, asistentes al módulo mater del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara de Tepic Nayarit, fue bueno en un 100%. El 63.3% de las mujeres que acuden al módulo mater del hospital tienen conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo. Más del 75% de las mujeres que acuden al módulo mater del hospital tienen conocimientos sobre las posibles complicaciones durante el embarazo que son la preeclampsia e infección de vías urinarias.

De acuerdo con los resultados obtenidos es necesario implementar programas de educación para la salud materno-fetal, haciendo hincapié en la importancia de llevar un buen control prenatal expandiendo el conocimiento de las madres, fomentar las consultas prenatales a domicilio, en

donde un equipo multidisciplinario pueda llegar a zonas rurales en las cuales las madres no tienen el acceso al servicio de salud. Implementar programas de inclusión intercultural, en los cuales las mujeres embarazadas que acuden al módulo mater se les explique, de acuerdo con su lengua, sobre el control y la prevención de un embarazo saludable.

Bibliografía

- Briones, G. J. C., Díaz de León, P. M. (2011). Muerte materna y medicina crítica. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 25(2), 56-57.
- Diario Oficial de la Federación* (6 de enero de 1995). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Secretaría de Gobernación.
- Flores, M., Nava, G. y Arenas, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: Un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 374-378.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443.
- Lombardía Prieto, J. (2010). *Problemas de salud en el embarazo*. Barcelona: Océano.
- Molina, A., Pena, R., Díaz, C., Soto, M. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Mondragón Castro H. (2003). *Ginecología y obstetricia elemental* (2ª ed.). México: Trillas.
- Morín, A., Treviño, M. y Rivera, G. (2019). Embarazo en estudiantes universitarias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 57(1), 4-5. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457759795004/457759795004.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (19 de septiembre de 2019). Mortalidad materna. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Secretaría de Salud. (25 de julio de 2014). Municipio de el Nayar, Nayarit, con

Capítulo 12. Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo consecuentes a VIH en hombres que tienen sexo con hombres. Revisión sistemática

[*Alcohol Consumption and Sexual Behavior Consequent to HIV in Men Who Have Sex with Men. Systematic Review*]

ARODI TIZOC-MÁRQUEZ¹

FRANCISCO JAVIER CORRALES-SÁNCHEZ²

KARINA RIVERA-FIERRO³

LORENA SIMENTAL-CHÁVEZ⁴

ANNEL GONZÁLEZ-VÁZQUEZ⁵

Resumen

Introducción: Los grupos de hombres que tienen sexo con hombres son una población vulnerable, debido a las conductas sexuales que pueden llevar a cabo, las cuales están sujetas a diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos: emocionales, sociales o culturales. Sin embargo, el presente documento se enfocará en el consumo de alcohol, conductas sexuales de riesgo como la omisión del uso de condón, múltiples parejas sexuales o sexo anal u oral y el posible contagio del VIH. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica sobre la relación entre el consumo de alcohol y la tendencia a realizar conductas sexuales de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de contagio del VIH, en grupo de hombres que tienen sexo con hombres. **Metodología:** Se llevó a cabo revisión sistemática basada en las recomendaciones del protocolo Prisma. La búsqueda de literatura se realizó en las bases de datos electrónicas: PUBMED, Scielo, Wiley Online Library, SAGE

¹ Coordinador de Formación Profesional. Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0001-8175-1268](https://orcid.org/0000-0001-8175-1268)

² Estudiante de posgrado. Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0002-6609-2089](https://orcid.org/0000-0002-6609-2089)

³ Responsable de Desarrollo e Innovación Docente. Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6529-5709>

⁴ Responsable de Programa de Tutorías. Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-0572-1950](https://orcid.org/0000-0003-0572-1950)

⁵ Profesora de asignatura. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4976-0345>

Journals y Ebscohost, se utilizaron los descriptores DeCS y MeSH, además de validar la calidad de la literatura a través de la guía Strobe. *Resultados:* Se destaca que la correlación del consumo de alcohol y la omisión de uso del condón durante las relaciones sexuales anales es consistente, y que a mayor consumo de alcohol hay menor probabilidad de usar condones. *Conclusiones:* La evidencia diverge acerca del consumo de alcohol y su relación hacia el contagio de VIH, sin embargo, está estrechamente relacionada para llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, principalmente, aquellas como coito anal, ya sea insertivo o receptivo sin condón y sexo oral.

Palabras clave: consumo de alcohol, conducta sexual, VIH.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), como una infección a las células del sistema inmunitario, que altera o anula las funciones que realiza, produciendo deterioro progresivo del sistema inmune y causando de manera paulatina inmunodeficiencia, por lo cual el sistema inmunitario deja de cumplir las funciones de protección y combate de enfermedades e infecciones (González, Arteaga y Frances, 2015; Torruco, 2016). Después de que el VIH se multiplica, causando estadios más avanzados, se convierte en Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en el cual aparecen infecciones concomitantes que pueden agravarse y causar la muerte (Organización de las Naciones Unidas, para el SIDA [Onusida], 2020).

El curso clínico de la infección por SIDA es inconsistente y depende del estadio en que se encuentre, ya que la persona portadora del virus puede ser asintomática o manifestar signos y síntomas leves parecidos a un cuadro pseudogripal con fiebre, cefalea y erupciones cutáneas; no obstante, a medida que la enfermedad avanza, el sistema inmunitario va perdiendo fuerza y por ende presentando nuevos signos y síntomas como inflamación de ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos (Onusida, 2020). Al no llevar un tratamiento antirretroviral oportuno, pueden emerger patologías oportunistas como tuberculosis, meningitis, diferentes tipos

de herpes, infecciones bacterianas graves e incluso neoplasias (Ceballos *et al.*, 2020a, pp. 18-21).

En el año 2019 se estimaba que 1.7 millones de personas contrajeron SIDA y más de 37 millones vivía con esta infección, además, alrededor de 7 millones de personas no sabían que eran portadores del virus; de las personas contagiadas, sólo el 67% tuvo acceso a la terapia antirretroviral, por lo que no es de extrañar que las muertes por esta infección sumen alrededor de 680 000 defunciones relacionadas a complicaciones del SIDA. Desde 2020 se siguen diagnosticando nuevos casos, sin embargo, las cifras de mortalidad se redujeron en un 39%. Aunque este virus se transmite en ambos sexos, es más común el contagio en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (Onusida, 2020).

México presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas al SIDA, por ello se posiciona como el segundo país latinoamericano con más casos, del año 1983 al 2020 se han registrado 315 177 casos de SIDA a nivel nacional, lo que se traduce en una prevalencia de la enfermedad del 0.38%, con respecto a años anteriores. Durante el último trimestre de 2020 se registraron 8 635 casos, de los cuales 7 362 eran hombres. Alrededor de 1 633 casos se establecieron en edades de entre 15 a 24 años (Ceballos *et al.*, 2020b, pp. 7-16). La prevalencia de SIDA en grupos HSH fue del 12.6%, lo que representa aproximadamente 1.2 millones de hombres contagiados; de ellos, el 24.4% de los contagiados reportó haber tenido relaciones sexuales sin condón (Onusida, 2020).

Desde 1983 se ha cuantificado un total de 10 394 casos de VIH, en Baja California, en hombres. Durante el cuarto trimestre del año 2020, se registraron 383 casos. De estos, 310 fueron hombres. El intervalo de edades identificadas en el contagio fue entre 20 y 34 años (Ceballos *et al.* 2020b, pp. 1-19). Las prácticas sexuales seguras se han denotado deficientes, por ende, se refiere a las conductas sexuales de riesgo (CSR), como causas atribuibles al contagio de VIH y otras ITS, convirtiéndolas en un determinante social y de salud. Además, se han identificado algunos factores que pueden indicar un riesgo para la propagación del virus, entre ellos los encuentros casuales, falta del uso del condón, múltiples parejas sexuales en HSH sanos y con diagnóstico de VIH, así como tener relaciones bajo efecto del consumo de alcohol u otras drogas, lo cual limita desempeñar una

conducta responsable en el encuentro sexual (Ceballos *et al.*, 2020a, pp. 18-48).

Aunado a lo anterior, se observa que cada año las cifras de casos por VIH aumenta en las estadísticas epidemiológicas y, con ello, la afectación inminente de los sectores sociales y económicos. Dicha infección no distingue etnia, género o preferencia sexual. Por otra parte, el problema va más allá de las características demográficas, debido a que, durante la búsqueda de acceso a los servicios de salud, las personas portadora del virus o alguna ITS son discriminadas y sometidas al estigma sociocultural (Liu *et al.*, 2016, pp. 239-246), inclusive por profesionales sanitarios, lo que denota la falta de sensibilidad al momento atender a poblaciones clave, impactando en la intención de la búsqueda de bienestar en la salud sexual (Campillay y Monárdez, 2019, pp. 93-107).

El consumo de alcohol tiene interacción con las conductas sexuales de riesgo, siendo estas últimas proliferadoras del contagio de infecciones de transmisión sexual como el SIDA, al respecto se señala que el consumo de esta sustancia en cantidades peligrosas disocia el juicio de la persona; por ende, en las poblaciones HSH está vinculada al contagio de SIDA provocado por el contacto sexual de riesgo de manera habitual o casual, bajo los efectos de bebidas alcohólicas (Shuper *et al.*, 2017, pp. 493-500). Esta tendencia varía de acuerdo con factores emocionales, educativos, socioeconómicos e incluso culturales, por ejemplo, a mayor consumo de esta sustancia aumenta la probabilidad de las conductas sexuales de riesgo, como el no utilizar condón durante el sexo, subsecuente al desconocimiento del estado serológico de la pareja o múltiples parejas sexuales (Santos *et al.*, 2018, pp. 1-23). De ahí que los profesionales de enfermería jueguen un rol importante como vínculo esencial entre el paciente y los servicios de salud, mediante la atención y gestión de cuidados. Por ello es relevante fortalecer el abordaje en las distintas áreas y niveles de atención, principalmente, en el preventivo y comunitario: la atención de grupos vulnerables (como los HSH) es primordial, ya que, al brindar herramientas de autocuidado y gestión de la salud, aumenta la percepción sanitaria y bienestar de manera individual y colectiva (Jesús *et al.*, 2008, pp. 205-229). Es así que indagar en las potenciales conductas sexuales de riesgo asociadas al consumo de alcohol —que actúan como factores predisponentes al contagio de VIH, así

como las cualidades que modifican el efecto final en la salud sexual (Allen, Ray y Myers, 2018, pp. 1-8), tomando en cuenta las limitantes informativas y evidencia científica que existe sobre la temática— permitirá potenciar las acciones en atención primaria.

Métodos y técnicas de investigación

La presente revisión se guió por las recomendaciones del protocolo PRISMA (por sus siglas en inglés Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Se incluyeron estudios en los idiomas inglés y español, que utilizaron un diseño metodológico transversal y ensayo clínico aleatorizado. Los criterios de inclusión fueron: investigaciones realizadas en población de hombres que tienen sexo con hombres mayores 18 años de edad. Se eliminaron de la búsqueda aquellos artículos repetidos que no cumplieran con los criterios de inclusión. La estrategia de búsqueda se realizó a través de distintas bases de datos electrónicas del área de la salud: PubMed, Scielo, SAGE Journals, BJM Journal y Wiley Online Library, donde se establecieron las siguientes palabras claves: Minorías sexuales y de género, consumo de bebidas alcohólicas y VIH. Para la búsqueda se utilizaron los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y los medical subject headings (MeSH), combinados por medio de los operadores booleanos AND, OR y NOT (ver tabla 1). La fecha inicial de búsqueda fue a partir de diciembre del 2020 a mayo del 2021, y se realizó una actualización en el mes de agosto del 2021.

Resultados

Se identificaron 191 artículos primarios: 88 de PUBMED, 77 de Enscohost, 17 Scielo, 4 de Wiley Online Library y 5 de SAGE Journal. La eliminación de duplicados se realizó en el programa EndNote, posteriormente a través *screening* por título y resumen se descartaron 154 artículos, debido a que no cumplían con la metodología adecuada. Como resultado se analizaron 28, de los cuales se eliminaron 24, debido a que éstos no se relacionaban

9

9
TABLA 1. DeSC, MeSH, términos relacionados y operadores booleanos utilizados para la búsqueda de estudios

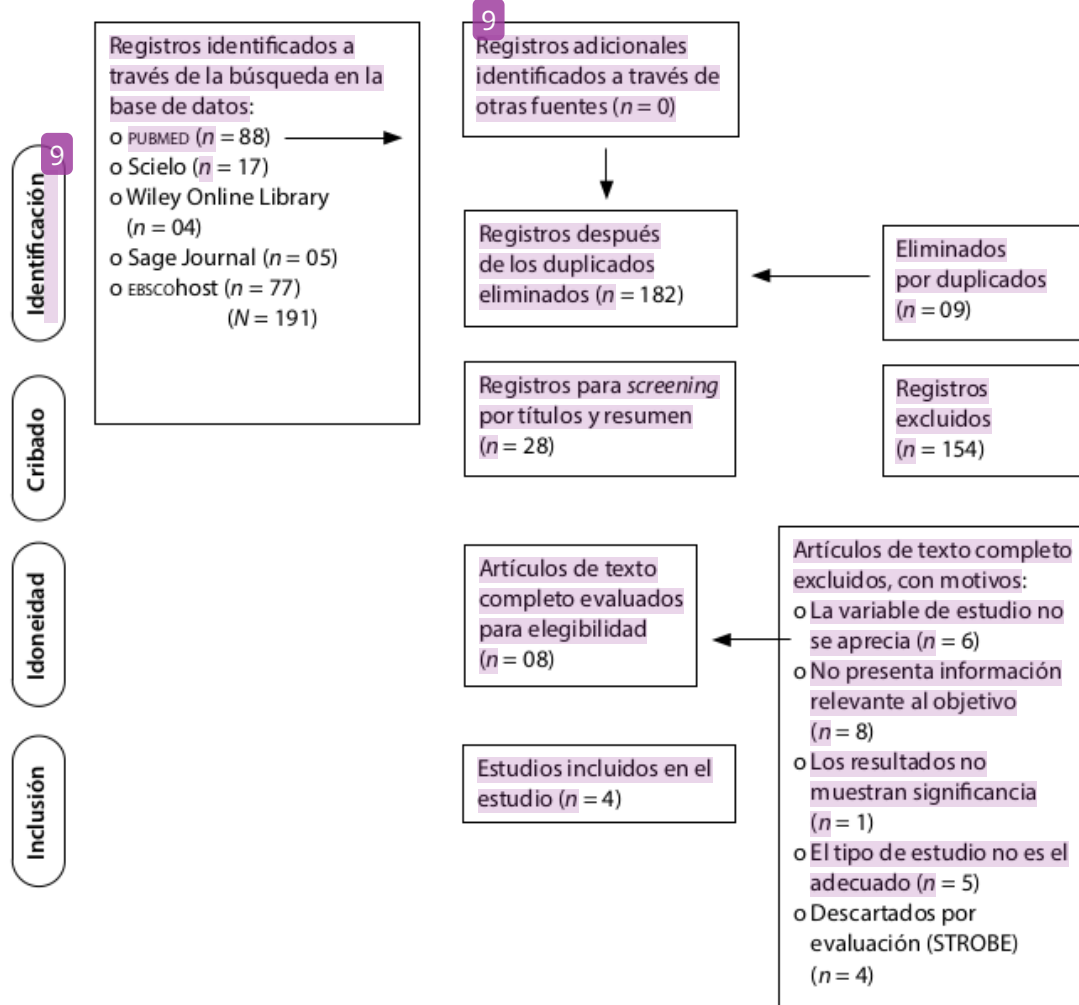
<i>Esp-Eng-Port</i>	<i>English</i>
(Drinking Alcohol [Title/Abstract]) OR (Consumo de Bebidas Alcohólicas[Title/Abstract]) OR (Consumo de Bebidas Alcoólicas [Title/Abstract]) OR (Alcohol Consumption [Title/Abstract]) OR (Hábitos de Consumo de Bebidas Alcohólicas [Title/Abstract]) AND (HIV [Title/Abstract]) OR (VIH [Title/Abstract]) OR (Human Immunodeficiency Virus [Title/Abstract]) AND (sexual and gender minorities[Title/Abstract]) OR (Minorías Sexuales y de Género [Title/Abstract]) OR (Minorias Sexuais e de Género [Title/Abstract]) OR (Bisexual [Title/Abstract]) OR (Gay[Title/Abstract]) OR (Hombres que tienen Sexo con Hombres [Title/Abstract]) OR (Men Who Have Sex With Men [Title/Abstract])	("sexual and gender minorities"[Title/Abstract]) OR ("bisexuals"[Title/Abstract]) OR ("gays"[Title/Abstract]) OR ("homosexuals"[Title/Abstract]) OR ("men who have sex with men"[Title/Abstract]) AND ("hiv"[Title/Abstract]) OR ("human immunodeficiency virus"[Title/Abstract]) AND ("drinking alcohol"[Title/Abstract]) OR (alcohol consumption [Title/Abstract])
(Drinking Alcohol[Title/Abstract]) OR (Consumo de Bebidas Alcohólicas [Title/Abstract]) OR (Consumo de Bebidas Alc ⁹ icas [Title/Abstract]) OR (Alcohol Consumption [Title/Abstract]) OR (Hábitos de Consumo de Bebidas Alcohólicas [Title/Abstract])	("drinking alcohol" [Title/Abstract]) ⁹ OR (alcohol consumption [Title/Abstract])
(HIV [Title/Abstract]) OR (VIH [Title/Abstract]) OR (Human Immunodeficiency Virus [Title/Abstract])	("hiv" [Title/Abstract]) OR ("human immunodeficiency virus" [Title/Abstract])
(sexual and gender minorities [Title/Abstract]) OR (Minorías Sexuales y de Género [Title/Abstract]) OR (Minorias Sexuais e de Género [Title/Abstract]) OR (Bisexual [Title/Abstract]) OR (Gay [Title/Abstract]) OR (Hombres que tienen Sexo con Hombres [Title/Abstract]) OR (Men Who Have Sex With Men[Title/Abstract])	("sexual and gender minorities"[Title/Abstract]) OR ("bisexuals"[Title/Abstract]) OR ("gays"[Title/Abstract]) OR ("homosexuals"[Title/Abstract]) OR ("men who have sex with men" [Title/Abstract])

NOTA: Ejemplo tomado del buscador PUBMED.

específicamente con el objetivo de la revisión, concluyendo con cuatro artículos para analizar (ver figura 1).

Los estudios seleccionados fueron publicados entre los años 2016 y 2017; correspondían a estudios de diseño transversal y ensayo clínico aleatorizado. La muestra de los participantes osciló entre 198 hasta 3 588 per-

FIGURA 1. PRISMA, diagrama de flujo



sonas. De manera global, las características de las poblaciones abordadas en las diferentes investigaciones es que eran hombres, con edad entre 18 y 65 años. Los procedimientos de búsqueda, selección y *screening* de los artículos por título y resumen se realizaron por vía electrónica, posteriormente, se almaceno la información en formato PDF para ser analizados de manera metodológica y crítica, obteniendo resultados sobre la correlación entre consumo de alcohol, conductas sexuales de riesgo y contagio de VIH en grupos HSH.

El *screening* se realizó considerando en todo momento las variables de interés. En primera instancia se llevó a cabo filtración por el título, el resumen y, por último, por texto completo. Se utilizó la guía STROBE por sus

siglas (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), la cual permitió identificar y valorar tanto la metodología como la estructura de los artículos seleccionados. Además, se utilizaron ficheros con el objetivo de documentar la lectura crítica (ver tabla 2). Los artículos seleccionados para responder la pregunta de investigación fueron 9, de los cuales dos tienen grado de calidad alta y otros dos calidad media.

Para fines prácticos de los resultados se tomó como referencia el objetivo principal: conocer la tendencia entre el consumo de alcohol, conducta sexual de riesgo y contagio de VIH en HSH, mediante el cual se plasmaron los resultados relevantes de cada uno de los estudios resaltando el efecto de la correlación:

La interacción entre las variables de consumo de alcohol (CSR y VIH) se observaron mediante el análisis de las características en 391 HSH, con edad media de 26 años; evaluó los factores asociados al consumo de alcohol antes o durante las relaciones sexuales, dando como pauta las CSR relacionadas al contagio de VIH, remarcando el sexo sin condón con parejas casuales ($p < 0.01$); el 82.1% de los participantes mantuvo relaciones sexuales omitiendo el uso del condón ($p < 0.01$) en los últimos seis meses; el 20.6% tenía diagnóstico establecido de VIH (OR, 3.58; IC = 95%, [1.60-8.00]), (Fan *et al.*, 2016, pp. 1-7).

El enfoque hacia las poblaciones jóvenes se denotó en un estudio que integró a 189 HSH, con edad media de 22.9 años, detectando que el 52% consumía alcohol en cantidades bajas mientras que el 36% lo hacía en cantidades altas, aumentado la relación significativa con las CSR, como el sexo sin condón ($p < 0.05$), tomando como dato relevante el consumo antes del sexo con parejas casuales, lo cual podría conllevar al contagio de VIH, debido a que el 16.9% no conocía su estado serológico, (OR = 1.58, IC = 95%: [0.60-3.17]), (Feinstein y Newcomb, 2017, pp. 1904-1913).

Por otra parte, las poblaciones latinas que residen en Estados Unidos han remarcado la tendencia relacionada a las CSR, consecuente con el consumo de alcohol y el VIH. La muestra estaba compuesta por 240 HSH, con edad media de 29.9 años; el 53% consumía alcohol de manera excesiva, destacando datos significativos como el sexo anal sin el uso de condón ($p < 0.001$) en un 60%, así como más de una pareja sexual en los últimos

TABLA 2. Relación de los estudios seleccionados (STROBE)

<i>Autor</i>	<i>Diseño</i>	<i>Población</i>	<i>Consumo de alcohol</i>	<i>CSR y riesgo de VIH</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Interpretación</i>
Fan, W. et al., 2016. Nivel de evidencia alta	Transversal	HSH n=391 Edades de: 18 a 59 años	Consumo alto de alcohol en los últimos seis meses	Aumento de las CSR y riesgo de VIH	(OR = 3.58; IC = 95%: [1.60-8.00])	El consumo de alcohol de alto riesgo se asocia a las relaciones sexuales anales sin condón, lo cual puede aumentar el riesgo de VIH.
Feintein, B. et al., 2017. Nivel de evidencia media	Transversal	HSH n = 198 Edades: 16 a 29 años	Motivos de consumo alto de alcohol para afrontar la experiencia sexual en los últimos dos meses	Sexo anal como CSR y probabilidades de infección por VIH	(OR = 4.41; IC = 95%: [1.24-15.72])	El consumo alto de alcohol se asocia a las relaciones sexuales anales sin condón, proliferando el contagio de VIH.
Martínez, O. et al., 2017 Nivel de evidencia media.	Transversal	HSH Latinos n = 240 Edades: 18 a 30 años	Consumo alto de alcohol en los últimos tres meses.	CSR, estado serológico y prevención de VIH	(OR = 1.58, IC = 95%: [0.60-3.17])	El consumo de alcohol de alto riesgo se asocia al sexo anal sin condón, como CSR consecuente para VIH.
Zhang, C. et al., 2016. Nivel de evidencia alta	Ensayo clínico aleatorizado	HSH n = 3858 Edades: mayores de 18 años	Consumo excesivo de alcohol en los últimos tres meses	SAR y SAI como CSR asociada al VIH.	(OR = 1,7, IC = 95%: [1.5-2.0]), (OR = 1,3, IC = 95%: [1.1-1.6])	El consumo de alcohol de cualquier tipo se asocia al sexo anal insertivo o receptivo sin condón, determinando el riesgo de contagio del VIH.

NOTAS: OR= Razón de probabilidad;
IC= Intervalo de confianza.

NOTAS: OR= Razón de probabilidad; IC= Intervalo de confianza.

tres meses, en el 55% de los participantes (OR = 1.58, IC = 95%: [0.60-3.17]), (Martínez *et al.*, 2016, pp. 987-989).

En un estudio realizado a 3 588 participantes con edad media de 29.9 años, donde las variables de resultado primarios fueron el consumo de alcohol en cualquier cantidad, CSR y estado serológico de la persona ($p = 0.001$), se observó el consumo de alcohol en un 56.1%, mientras que el 47% tuvo múltiples parejas sexuales en los últimos tres meses; un 24.9% mencionó sexo anal insertivo (SAI), y 20.4% reportó sexo anal receptivo sin condón (SAR). Además, 12.7% de los participantes tenían infección por VIH. Finalmente, se asoció el consumo de alcohol con mayores probabilidades de CSR e infección por VIH, debido a SAR (AOR = 1.7; ICE = 95% = [1.5-2.0]) y SAI (AOR = 1.3; IC = 95% = [1.1-1.6]) (Zhang *et al.*, 2017, pp. 1821-1830).

Discusión

Para fines prácticos se recomienda tomar en cuenta que la cualificación de los factores relacionados a las variables discrepan en algunos aspectos, como el consumo de alcohol en conjunto a otras sustancias, frecuencia y factores intrínsecos o extrínsecos (por ejemplo, estado emocional, adicciones, respuesta social), los cuales proliferan actitudes que conllevan a realizar conductas sexuales de riesgo, exponiendo al individuo a un posible contagio de VIH (Fan *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2016; Martínez *et al.*, 2017; Feinstein *et al.*, 2017).

Los hallazgos determinan que el consumo de alcohol en cantidades excesivas aumenta las probabilidades de realizar CSR en comparación con los HSH que no consumen esta sustancia. Los comportamientos principales son la inconsistencia u omisión de uso del condón en cualquier práctica sexual, por ejemplo, durante el sexo anal, insertivo o receptivo, aun conociendo el estado serológico o probabilidad de contagio, lo cual prolifera el contagio de VIH; de manera secundaria, el tener múltiples parejas sexuales y encuentros casuales bajo los efectos de esta sustancia. Determinando que la ingestión de bebidas alcohólicas antes o durante el contacto íntimo puede ser utilizado como un agente desinhibidor, que modifica la inten-

ción y afecta el juicio de la persona a la hora realizar algún comportamiento sexual, como el ganar valor para realizar la acción o la sensación de aumento del placer (Fan *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2016; Martínez *et al.*, 2017; Feinstein *et al.*, 2017).

Aunado a lo anterior se señala que las conductas sexuales de riesgo pueden variar dependiendo de los factores personales, normativos o sociales, también intervienen los antecedentes relacionados al grado escolar, nivel económico, estabilidad mental, percepción del peligro, conducta sexual previa, así como la autoeficacia del manejo y preservación de la salud, por ejemplo, a menor nivel educativo y económico, el sujeto es más propenso a realizar dichos comportamientos; se destaca la tendencia sobre el efecto e interacción entre las variables de estudio, lo cual da como resultado situaciones y experiencias negativas relacionadas a la salud sexual de los HSH (Fan *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2016; Martínez *et al.*, 2017; Feinstein *et al.*, 2017).

Conclusión

Dentro de la evidencia recabada existen puntos de mejora para identificar la relación e interacción entre el consumo de alcohol, CSR y contagio de VIH en HSH, debido a que el grado de consumo de alcohol aumenta la intención y define comportamiento que adoptará la persona. A esto se le suman determinantes sociales, psicológicos y sanitarios. Aun así, el uso de condón funge como marcador principal entre la conducta sexual de riesgo o conducta sexual segura, por lo cual este suceso marca la pauta para la identificación de posibles situaciones que aumentan las probabilidades de contagio de VIH.

Por lo anterior se hace énfasis en el seguimiento y abordaje de esta población clave, debido a que sus dinámicas se encuentran en constante cambio. Existen diversos factores que modifica la toma de decisiones positivas y adopción de conductas de riesgo. Los profesionales de enfermería consideran necesario el no desatender esta problemática y reforzar acciones entorno a la promoción de las conductas sexuales seguras, ya que se cuentan con las herramientas, conocimientos y habilidades para proteger la salud sexual y bienestar de dicho grupo.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas implicadas en la presente revisión sistemática, a la Universidad Autónoma de Baja California, por la transmisión invaluable de conocimientos, enseñanza, instrucción y formación, durante todas las actividades, fases y procesos de aprendizaje en esta investigación.

Bibliografía

- Allen, V., Ray, L. y Myers, F. (2018). Examining the Sexual Health Consequences of Alcohol Consumption Among Black Gay and Bisexual Men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1(1), 1-8. <https://doi.org/10.1111/acer.13795>
- Campillay, M., y Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, 1(47), 93-107. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008&lng=es&tlng=es
- Ceballos, E., Carbajal, G., Arellanos, Y., y Ramírez, G. (2020, marzo). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/37_Manual_VIH-SIDA_2020.pdf
- Ceballos, E., Carbajal, G., Arellanos, Y., Ramírez, G., González, A., y Martínez, A. (2020). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH: Informe VIH-SIDA (4º trimestre, 2020)* https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/610164/VIH-Sida_4toTrim_2020.pdf
- Fan, W., Lu, R., Wu, G. Yousuf, M., Feng, L., Li, X., Xiao, Y., Shao, Y., y Ruan, Y. (2016). Alcohol Drinking and HIV-Related Risk Among Men Who Have Sex with Men in Chongqing, China. *Alcohol* 50, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2015.09.004>
- Feinstein, B., y Newcomb, M. (2017). Event-Level Associations Among Drinking Motives, Alcohol Consumption, and Condomless Anal Sex in a Sample of Young Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*, 21(7), 1904-1913. <https://doi.org/10.1007%2Fs10461-017-1734-5>

Capítulo 13. Redes sociales, sexting y búsqueda de sensaciones sexuales en conductas sexuales de riesgo en adolescentes. Una revisión sistemática

[*Social Networks, Sexting and Search for Sexual Sensations in Risky Sexual Behaviors in Adolescents: A Systematic Review*]

DIANA MORENO-BERNAL¹

CAROLINA VALDEZ-MONTERO²

MARIO ENRIQUE GÁMEZ-MEDINA³

JÉSICA GUADALUPE AHUMADA-CORTEZ⁴

Resumen

Introducción: La búsqueda de sensaciones sexuales resultó ser un factor de riesgo para el envío de textos provocativos y textos insinuando sexo. De igual manera, la búsqueda de sensaciones sexuales se asoció con el incremento de reenvíos de sextings. En los últimos años, las aplicaciones de Internet y de redes geosociales (GSN) se han convertido en foros populares para encontrarse con posibles parejas sexuales. *Objetivo:* Analizar la información disponible sobre las redes sociales, sexting, búsqueda de sensaciones sexuales y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Metodología:* La revisión se llevó a cabo siguiendo los siete pasos del modelo Holly, Salmond, y Saimber. *Resultados:* Se elaboró un Flow Prisma Diagram, donde se muestra el proceso de selección de artículos incluidos y excluidos dentro de la revisión sistemática. Se incluyeron un total de 15 artículos, los cuales fueron analizados a profundidad para la extracción de su información. Se encontró que las personas que practican sexting mostraron mayor probabilidad de reportar múltiples parejas sexuales en los últimos tres meses ($p < .001$, $X^2 = 30.96$), al igual que realizar prácticas sexuales sin protección en los

¹ Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3935-6912>

² Profesora -investigadora. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087>

³ Profesor-investigador. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-4782>

⁴ Profesora-investigadora. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0092-0221>

últimos tres meses ($p < .001$, $X^2 = 80.55$). En cuanto a la búsqueda de sensaciones sexuales se encontró que los hombres obtuvieron calificaciones más altas, $F_{(1, 246)} = 34.66$, $p < .0001$, y scs, $F_{(1, 246)} = 36.62$, $p < .0001$, que las mujeres. A medida que pasa el tiempo, surgen nuevas tendencias en la sociedad que se pueden utilizar para provocar un daño en los individuos si se utilizan de forma incorrecta. Debido al fácil acceso, las redes sociales pueden llevar al adolescente a involucrarse en prácticas de *sexting* y, por ende, realizar conductas sexuales de riesgo.

Palabras clave: redes sociales, sexting, conducta sexual de riesgo.

Introducción

La llegada de la tecnología moderna ha traído acceso ilimitado a Internet e introdujo una gran cantidad de aplicaciones de medios descargables para una nueva generación de jóvenes (González, 2015). La mayoría de estas aplicaciones han revolucionado la comunicación entre los adolescentes de edad digital. Según una encuesta reciente realizada por el Pew Research Center, el 91% de los adolescentes muestreados utilizan las redes sociales para mantener el contacto con sus compañeros, de los cuales, el 94% utiliza las redes sociales diariamente (Lenhart, 2015).

La investigación ha mostrado un aumento en la propiedad de teléfonos móviles y el uso de las redes sociales, incrementando las reuniones y la comunicación con parejas sexuales a través de estas plataformas digitales (Livingstone y Smith, 2014). Los sitios Web de medios sociales y las aplicaciones de citas abundan y existen para ayudar a las personas a encontrar y comunicarse con otras personas. La comunicación entre usuarios toma muchas formas, incluyendo enlaces de perfiles, publicación de textos, compartir fotos y videos, mensajería instantánea y envío de correo electrónico (Shah, Das, Muthiah, y Milanaik, 2019).

El avance de la tecnología móvil permite el acceso a Internet a través de teléfonos inteligentes. Junto con la creciente popularidad de los teléfonos inteligentes y el acceso a Internet en todo el mundo, se ha lanzado una variedad de aplicaciones de citas basadas en la ubicación que utilizan el

sistema de posicionamiento global (GPS) (Sánchez, Crespo, Aguilar, Bueno, Benavent, Valderrama, 2015). En comparación con los paradigmas tradicionales de citas en línea, como sitios Web y salas de chat, estas aplicaciones de citas ofrecen una forma más conveniente y accesible para que las personas se encuentren con amigos y potenciales parejas sexuales (Ingram, Macaudo, Lauckner, y Rubillard, 2018).

En los últimos años, las aplicaciones de Internet y de redes geosociales (GSN) se han convertido en foros populares para encontrarse con posibles parejas sexuales (Greenfield, 2013; Holloway, 2014). Tinder permite a los usuarios ver anónimamente imágenes de perfil en su vecindad geográfica y “gustar” a otro usuario al deslizar a la derecha o “pasar” al deslizar a la izquierda. Los usuarios interesados mutuamente están “emparejados” y luego pueden chatear, reunirse y participar en una relación sexual o romántica (McGrath, 2015; Bilton, 2014). Tinder tiene un estimado de 50 millones de usuarios en todo el mundo, con un 39% entre los 16 y 24 años de edad (Mander, 2015; Cabecinha, 2017). Tinder es rápido, casual y fácil usar, y la aplicación de citas preferida entre los estudiantes universitarios (Smith, 2017).

Los usuarios pueden encontrar fácilmente parejas sexuales que estén geográficamente cerca debido al GPS. Hoy en día las personas tienden a llevar sus teléfonos inteligentes en todo momento, con lo cual pueden acceder fácilmente a un amplio grupo de posibles parejas sexuales, en cualquier momento y en cualquier lugar, siempre y cuando lleven sus teléfonos móviles. Por lo tanto, es muy posible que el uso de aplicaciones de citas sea un factor de riesgo emergente para conductas sexuales inseguras o de riesgo (Pui-Hang *et al.*, 2016).

Las conductas sexuales de riesgo se pueden definir como aquellas acciones sexuales que pueden poner en riesgo tu salud o la salud de otras personas a través de la posibilidad de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o de generar una situación de embarazo no planeado (Espada, Quiles y Méndez, 2003). Tales como, el consumo de alcohol o alguna droga antes de la relación sexual (Temple *et al.*, 2012), el uso inconsistente del condón (Rice *et al.*, 2018). Asimismo, el tener múltiples parejas sexuales y el envío de fotografías sexualmente explícitas son considerados una conducta sexual de riesgo (Brinkley *et al.*, 2017; Temple and Choi, 2014).

Una tendencia que ha llamado la atención de varios investigadores, la

cual se realiza compartiendo imágenes sexualmente provocativas o mensajes sugerentes o explícitos, a través de teléfonos celulares u otros medios móviles, es el *sexting* (Chalfen, 2009). De acuerdo con Scholes *et al.* (2016), *sexting* es el envío de fotos y videos sexualmente provocativos, con contenido sexual o mensajes de proposición para llevar a cabo una relación sexual. Estudios previos han demostrado que esta práctica se realiza con mayor frecuencia en adolescentes de un 30 a un 89% (Benotsch, Snipes, Martin, y Bull, 2013; Delevi y Weisskirch, 2013).

Lenhart (2009) indicó que existen tres razones por las que se envían imágenes desnudas o semi desnudas; para iniciar actividad sexual entre su pareja (novio o novia), como una fase de experimentación de su sexualidad antes de tener relaciones sexuales y como una manera de alimentar su relación sexual actual. Braun-Courville y Rojas (2008) encontraron que la exposición de pornografía en Internet está asociada con el alto riesgo de conducta sexual y que la exposición sexual explícita en las páginas Web están asociadas con este tipo de conductas sexuales (sexo anal y parejas sexuales múltiples).

La adolescencia es un período de la vida donde se presentan necesidades y derechos específicos de salud y desarrollo. De igual manera, durante esta etapa se desarrollan conocimientos y habilidades, se aprende a manejar emociones y relaciones, y se adquieren atributos y habilidades que serán importantes a lo largo de su vida (World Health Organization [WHO], 2019). Asimismo, durante esta etapa, el adolescente atraviesa una serie de cambios biopsicosociales, donde se presentan alteraciones hormonales, las relaciones interpersonales entre otros adolescentes y la búsqueda por nuevas sensaciones corporales (OMS, 2014).

La búsqueda de sensaciones corporales o sexuales (BSS) se define como una afición por los niveles emocionantes, óptimos y novedosos de estimulación sexual y excitación (Voisin, King, Schneider, Diclemente y Tan, 2012). Una persona que es propensa a la búsqueda de sensaciones sexuales a menudo asiste a fiestas, bebe en exceso, es aventurera, busca experiencias sexuales nuevas o diferentes y puede presentar conductas sexuales de riesgo tales como tener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sexuales (Gullette y Lyons, 2005).

Existen pocos estudios que abordan estas variables. Sin embargo, en

las investigaciones donde sí se presentan las variables existe una asociación entre sí. Por ejemplo, Dir *et al.* (2013) mencionó que *sexting* se relacionó con conexiones sexuales y búsqueda de sensaciones sexuales. De igual manera, en un estudio más reciente de Dir y Cybers (2015) encontraron, por medio de un teléfono móvil, que *sexting* sólo se asoció con búsqueda de sensaciones sexuales y expectativas de *sexting* relacionadas con el sexo, y mediada la relación entre búsqueda de sensaciones sexuales y conexiones sexuales.

Por otro lado, la búsqueda de sensaciones sexuales resultó ser un factor de riesgo para el envío de texto provocativos y textos insinuando sexo. De igual manera, la búsqueda de sensaciones sexuales se asoció con el incremento de reenvíos de *sexts* (Scholes, Francke y Hemphill, 2016). El objetivo de la presente revisión sistemática es analizar la información disponible sobre las redes sociales, *sexting*, búsqueda de sensaciones sexuales y la conducta sexual de riesgo en adolescentes.

Metodología

La revisión se llevó a cabo siguiendo los siete pasos del modelo Holly, Salmond y Saimber (2017): (1) formular la pregunta de investigación; (2) establecer los criterios de inclusión y exclusión; (3) desarrollar estrategia de búsqueda; (4) selección de artículos; (5) extracción de la información; (6) síntesis de la información, y (7) recomendaciones para la práctica y futuras investigaciones y escribiendo la reseña.

Se realizó la formulación de la pregunta mediante las nuevas tendencias que se han presentado entre los adolescentes, los cuales han mostrado una alta incidencia para las conductas sexuales de riesgo. De igual manera, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión para llevar a cabo la búsqueda de los artículos. Lo que nos llevó al tercer paso que fue el desarrollar una estrategia de búsqueda, la cual se llevó a cabo mediante la combinación de variables arrojadas por el DeCs y el MeSh, utilizando los operadores booleanos AND y OR.

Se realizó la búsqueda de los artículos mediante las diferentes bases de datos como lo es: Conrycit, Pubmed, Google Académico, Ebsco, y Else-

vier. Una vez realizada la búsqueda, se seleccionaron los artículos por medio de una *checklist* basada de Johana Brigs, donde se tomaba 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. Se continuó con la extracción de la información, donde se analizaron a profundidad los artículos seleccionados para extraer la información necesaria y de utilidad.

Resultados

Se elaboró un Flow Prisma Diagram, donde se muestra el proceso de selección de artículos incluidos y excluidos dentro de la revisión sistemática. Se incluyeron un total de 15 artículos, los cuales fueron analizados a profundidad para la extracción de su información.

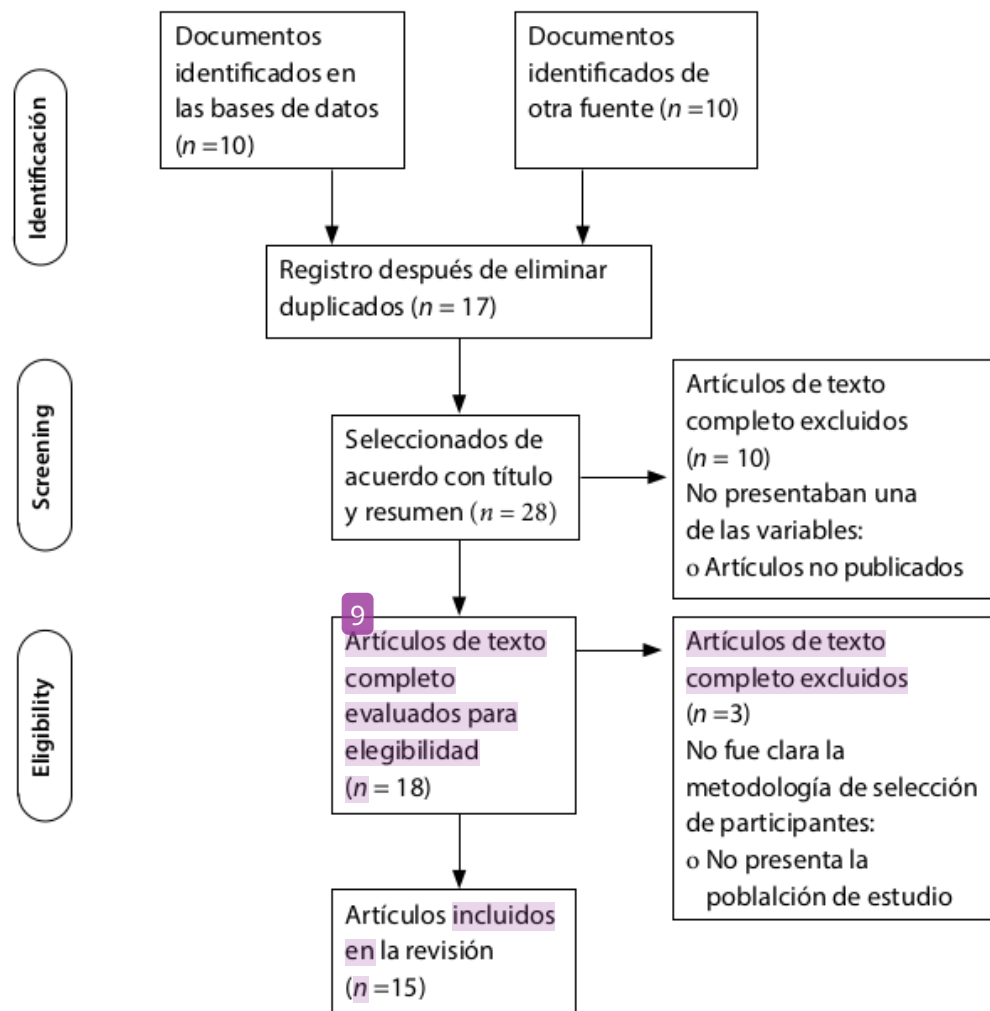
Para realizar el análisis de los estudios sobre el uso de las tecnologías y las redes sociales en la práctica de conductas sexuales de riesgo, los estudios seleccionados fueron organizados en categorías, de acuerdo con la red social en la que se involucran a la población tales como Tinder y conductas sexuales de riesgo y *sexting*. Dentro de las conductas sexuales de riesgo se abordó la búsqueda de sensaciones sexuales en relación con estas conductas. Se elaboró un cuadro donde se presentaron las características de los artículos tales como autores y año, país, población y muestra, diseño, instrumento, resultados y la revista en la cual fue publicado.

Tinder y conductas sexuales de riesgo

De acuerdo con los estudios sobre Tinder, en un estudio realizado por Shapiro *et al.* (2017), encontró que el mayor uso de Tinder se asoció con un alto nivel de educación y se reportó mayor necesidad para tener sexo, y un menor uso de Tinder se asoció a mayor nivel de logros académicos y estar en una relación comprometida. De igual manera, se encontró mayor probabilidad de sexo no consensual y tener cinco o más parejas sexuales en usuarios de Tinder.

Según Pui-Hang, los factores asociados con tener relaciones sexuales

FIGURA 1. PRISMA 2009 Flow Diagram



sin protección, con más parejas sexuales de por vida, incluyeron el uso de aplicaciones de citas, tener una primera relación sexual antes de los 16 años de edad y, actualmente, estar en una relación. De igual manera, se encontró que usuarios de aplicaciones de citas y bebedores actuales tuvieron menos probabilidades de tener un uso consistente del condón. Usuarios de aplicaciones de citas, bisexuales, homosexuales y usuarios femeninos tenían más probabilidades de no usar condones en la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

Green, Turner, y Logan (2018) mencionaron que la probabilidad de tener sexo vaginal sin condón no fue diferente si los participantes se reunieron con su pareja a través de una aplicación o en persona. Entre un subconjunto de participantes, que informaron usar Tinder y tener las “conexiones comunes” con una fecha potencial, disminuyeron la probabilidad de hablar sobre VIH o prueba de ITS, ya que mencionaron ser contactos seguros.

Sexting y conducta sexual de riesgo

En cuanto a *sexting*, según Benotch, Snipes, Martin, y Bull (2012), las personas que practican *sexting* mostraron mayor probabilidad de reportar múltiples parejas sexuales meses, al igual que realizar prácticas sexuales sin protección en los últimos tres meses. De igual manera, Dir y Cyders, (2015) mencionaron una asociación entre *sexting* y conductas sexuales de riesgo. En un estudio realizado por Davis, Powell, Gordon y Kershaw (2016) encontraron que el haber enviado *sexts* o de recibir *sexts* de parejas constantes se relacionó con una mayor probabilidad de realizar prácticas sexuales vaginales sin protección, en los últimos 30 días. Asimismo, haber enviado un *sext* a parejas estables o conexiones y haber recibido un *sext* de parejas estables y conexiones se relacionó con una mayor probabilidad de practicar sexo oral sin protección en ocasiones.

Búsqueda de sensaciones sexuales y la conducta sexual de riesgo

De acuerdo con la búsqueda de sensaciones sexuales, Gulletes y Lyons (2016) realizaron un estudio donde compararon por sexo la búsqueda de sensaciones sexuales, la compulsividad sexual y las conductas de riesgo para VIH, donde los hombres obtuvieron calificaciones más altas en la sss que las mujeres. En el estudio realizado por Kalichman y Rompa (2010), se presentó una relación significativa en cuanto a la búsqueda de sensaciones sexuales y la compulsividad sexual, relaciones sexuales sin protección, y múltiples parejas sexuales.

Se elaboró un cuadro en donde se presentan los artículos y su tipo de

relación con la conducta sexual de riesgo, ya sea múltiples parejas sexuales, uso o no uso de condón, sexo anal, vaginal u oral y el medio por el cual realizan esta práctica. Ninguno de los artículos relacionó las tres categorías de redes sociales, sin embargo, en el estudio de Ingram *et al.* (2018) y en el de Shah *et al.* (2019) sí hubo relación entre Tinder y *sexting* en la práctica de conductas sexuales de riesgo. Dir y Cyders (2014) mostró relación entre *sexting* y la búsqueda de sensaciones sexuales en la práctica de conductas.

TABLA 1.

Autores	Tecnología y redes sociales			Búsqueda de sensaciones sexuales	Conductas sexuales de riesgo		
	Tinder	Sexting	Medio		Múltiples parejas sexuales	Uso o no uso del condón	Sexo anal, vaginal u oral
Shapiro <i>et al.</i> , 2017	+		Celular		+	+	+
Pui-Hang <i>et al.</i> , 2016	+		Celular		+	+	+
Ingram <i>et al.</i> , 2018	+	+	Celular		+	+	+
Shah <i>et al.</i> , 2019	+	+	Celular				
Green, Turner, y Loga, 2018	+		Celular		+		+
Ouystel, Walrave, Ponnet y Heirman, 2014		+	Celular	+			+
Benotch, Snipes, Martin y Bull, 2012		+	Celular		+	+	+
Farjado, Gordillo y Regalado, 2013		+	Celular				+
Scholes, Francke y Hemphill, 2016		+	Celular		+		+
Develi y Weisskirch, 2013		+	Celular			+	+
Davis, Powell, Gordon y Kershaw, 2016		+	Celular		+		+
Dir y Cyders, 2015		+	Celular		+		+
Dir y Cyders, 2014		+	Celular	+	+		+
Gullete y Lyons, 2016			Celular	+	+	+	
Kalichman y Rompa, 2010			Celular	+	+		+

NOTA: + = A mayor uso de tecnología y redes sociales, mayor probabilidad de involucrarse en una o más conductas sexuales de riesgo.

Discusión

El objetivo de la presente revisión sistemática fue analizar la información disponible sobre las redes sociales y la búsqueda de sensaciones sexuales y su asociación con la práctica de conductas sexuales de riesgo. de acuerdo con la literatura identificada se encontraron estudios donde se presenta una relación significativa en cuanto a las diferentes formas de conductas sexuales, tales como las múltiples parejas sexuales, el uso o no uso del condón y la práctica de sexo anal, vaginal u oral (Shah *et al.*, 2019; Green, Turner y Logan, 2018; Farjado, Gordillo y Regalado, 2013). Sin embargo, no se encontraron artículos que abortaran la asociación entre las tres variables de estudio.

de acuerdo con los estudios incluidos en la revisión sistemática, cinco correspondieron al uso de aplicaciones para citas como Tinder (Shapiro *et al.*, 2017; Pui-Hang *et al.*, 2016; Ingram *et al.*, 2018; Shah *et al.*, 2019; Green, Turner y Loga, 2018). Dos de estos artículos mostraron una asociación con *sexting* para la práctica de conductas sexuales de riesgo, ya que las características de esta aplicación facilitan los enlaces de perfiles, publicación de textos, compartir fotos y videos y mensajería instantánea (Ingram *et al.* 2018; Shah *et al.*, 2019). Diversos estudios señalaron que las conexiones sexuales que se llevan a cabo entre los jóvenes adolescentes y los adultos jóvenes se dan mediante las aplicaciones de citas por medio del teléfono celular o de las redes sociales, tales como Tinder (Shapiro *et al.*, 2017; Pui-Hang *et al.*, 2016; Green, Turner y Logan, 2018).

En el estudio realizado por Shapiro *et al.* (2017), se menciona que la mayoría de la población de usuarios de Tinder son mujeres, lo cual los autores mencionaron como una limitación, ya que restringía la generabilidad del estudio. Sin embargo, el estudio realizado por Pui-Hang (2016) difiere con el autor anterior, pues se encontró que más de la mitad de la población masculina eran usuarios de Tinder.

En cuanto a la práctica de *sexting*, Davis (2016) encontró que la mayoría de los adolescentes que practican *sex* tenían mayor probabilidad de involucrarse en conductas sexuales de riesgo, similar a lo encontrado por Ouytsel (2014), quien menciona que a mayor enviar y recibir *sex*, mayor probabilidad de realizar prácticas sexuales con múltiples parejas sexuales.

De igual manera, en tres de los estudios incluidos en la revisión señala que el hombre es el que con mayor frecuencia realiza estas prácticas sexuales (Benotch, Snipes, Martin y Bull, 2012; Farjado, Gordillo y Regalado 2013; Develi y Weisskirch, 2013). Sin embargo, en los estudios más actuales señala que las mujeres buscan realizar prácticas sexuales al igual que el hombre (Davis, Powell, Gordon y Kershaw, 2016; Scholes, Francke y Hemphill, 2016).

Otro factor de riesgo para las conductas sexuales de riesgo es la búsqueda de sensaciones sexuales, del cual se encuentra muy poca literatura. En cuanto a la que hay disponible se encontró que las búsquedas de sensaciones sexuales se asociaron significativamente con las relaciones sexuales sin uso del condón y múltiples parejas sexuales, lo que coincidió con los autores Kalichman y Rompa (2010). Esto puede ser debido a la etapa por la que atraviesa el adolescente, en la cual se lleva a cabo la exploración de su sexualidad y la búsqueda de nuevas sensaciones sexuales.

Gran parte de los estudios fueron realizados en población adolescente o jóvenes adolescentes, ya que, de acuerdo con esta etapa, según la OMS (2015), el adolescente atraviesa un proceso donde se presentan cambios biopsicosociales, donde el adolescente experimenta su sexualidad y se vuelve curioso de las diferentes formas que existen de realizar prácticas sexuales, ignorando los peligros de los cuales puede ser sujeto.

Para futuras investigaciones se recomienda realizar estudios que aborden estas variables para ver si existe una verdadera asociación entre sí y cómo es que se pueden prevenir las conductas sexuales de riesgo o realizar prácticas sexuales seguras. Otra recomendación sería realizar estudios sobre la búsqueda de sensaciones sexuales en los adolescentes para conocer más sobre esta variable.

Conclusiones

A medida que pasa el tiempo, surgen nuevas tendencias en la sociedad las cuales se pueden utilizar para provocar un daño en los individuos si se utilizan de forma incorrecta. Existen diversas redes sociales que pueden ser utilizadas de forma incorrecta tales como Tinder, elaborada para conocer, encontrar e ir de cita con personas alrededor, sin embargo, en ocasio-

nes puede ser utilizar para realizar encuentros sexuales que pueden llevar a las conductas sexuales de riesgo.

Sexting es el enviar, recibir o publicar de fotos, videos o mensajes sexualmente insinuantes a través del teléfono móvil, lo cual también puede llevar a encuentros sexuales y a la práctica de conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes. Estas acciones se pueden llevar a cabo mediante la búsqueda de sensaciones sexuales que se dan en la etapa de la adolescencia, debido a los cambios biopsicosociales que atraviesa el adolescente.

Es de suma importancia abordar este tipo de problemática en la población adolescente, ya que es durante esta etapa en la que el adolescente experimenta su sexualidad, y al informarle sobre estos riesgos puede estar alerta y no participar en estas nuevas tendencias que ponen en riesgo no sólo su salud sino también su reputación y su persona.

Durante la revisión sistemática se atravesaron algunas limitaciones, debido a que no se encuentra literatura que aborde estas variables. En cuanto a los artículos encontrados, los resultados en los estudios pudieron verse afectados por el sesgo de publicación, lo que significa que los artículos que informan sobre resultados significativos podrían haber tenido una mejor oportunidad de ser publicados si hubiesen sido publicados en revistas indexadas y, en consecuencia, haber sido incluidos en esta revisión. Otra limitación que se presentó fue que muchos de los artículos no se encontraban completos, lo que dificultaba la accesibilidad de utilizar su información.

37

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). El trabajo fue apoyado por la Beca Nacional de Posgrados (PNPC: 005560), otorgada a Diana Moreno Bernal.

Bibliografía

Bilton, N. (2014) *Tinder, The Fast-Growing Dating App, Taps an Age-Old Truth*.
<https://nyti.ms/102PyeL>

Capítulo 14. Aproximación del sexismo ambivalente y la conducta sexual. Una revisión bibliográfica

[*An Approximation of Ambivalent Sexism and Sexual Conduct: A Bibliographic Review*]

NANCY ANGÉLICA BLANCO-ARROYO¹

LUCÍA CAUDILLO-ORTEGA²

Resumen

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual derivadas de las conductas sexuales de riesgo son un problema de salud pública a nivel mundial. El sexismo o la discriminación por sexo ha mostrado relación, principalmente, porque la sociedad permite la libertad sexual para los hombres, pero censura a las mujeres, generando una brecha social. *Objetivo:* Conocer las características de la conducta sexual y el sexismo ambivalente (benevolente y hostil), en hombres y en mujeres. *Metodología:* Se realizó una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, en inglés y español, siguiendo la metodología de Cooper; se incluyeron ocho artículos para la revisión. *Resultados:* Muestran que los hombres presentan mayor sexismo hostil, mientras que las mujeres mayor sexismo benevolente. El sexismo benevolente está relacionado actitudes negativas al sexo casual y el sexismo hostil al deseo sexual. *Conclusiones:* El sexismo es un factor relacionado a la conducta sexual debido a los estereotipos sociales y roles de género. Asimismo, es evidente la falta de evidencia en el tema.

Palabras clave: comportamiento sexual, discriminación sexual, género, jóvenes.

¹ Estudiante de licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9787-8092>

² Profesora-investigadora de tiempo completo. Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6211-9363>

Introducción

Las conductas sexuales de riesgo son un problema que implican consecuencias a corto y largo plazo. Entre ellas, embarazos no deseados y el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), estas dos últimas se consideran un problema grave de salud pública. A nivel mundial cada día alrededor de un millón de personas contraen una ITS (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Se estima que el 70-80% de las nuevas infecciones por VIH fueron transmitidas por contacto sexual heterosexual, destacando que el contacto sexual heterosexual continúa siendo un problema de salud (Centers for Disease Control and Prevention, [CDC], 2011; Larrañaga, Yubero y Yubero, 2012).

Las conductas sexuales de riesgo pueden estar condicionadas por múltiples causas, sin embargo, recientemente, se ha presentado evidencia que apoya una relación entre el género y los diferentes resultados de salud, reportándose diferencias en las conductas sexuales de riesgo entre hombres y mujeres, aumentando la posibilidad de adquirir una ITS. En este sentido, los hombres inician la vida sexual activa a temprana edad y reportan un gran número de parejas sexuales (Ramiro-Sánchez, Ramiro, Bermúdez, y Buela-Casal, 2018; Teva, Bermúdez, y Buela-Casal, 2009; Teva *et al.*, 2013). Por su parte, las mujeres reportan baja capacidad para negociar con la pareja el uso del condón (Bermúdez, Castro, Gude, y Buela-Casal, 2010; Bermúdez, Ramiro, Sierra, y Buela-Casal, 2013; Crosby *et al.*, 2013; Ramiro, Bermúdez, y Buela-Casal, 2013).

Los roles tradicionales de género se han relacionado con las diferentes conductas sexuales entre hombres y mujeres (Grose, Grabe, y Kohfeldt, 2014; Lotfi, Ramezani, Salehifar, y Dworkin, 2015). Socialmente se han asignado cualidades y roles que promueven el desarrollo de los estereotipos de género, los mismos que conllevan significados, prácticas y expectativas (de rol) culturales que organizan la vida influyendo y guiando a menudo (sutilmente) las creencias, sentimientos, actitudes y comportamientos de las personas (Ridgeway y Correll, 2004). Los estereotipos de género son un problema de carácter social, normalizado y aceptado por la sociedad. La literatura señala el impacto de las diversas conductas que afectan despro-

porcionadamente la salud de hombres y mujeres, como es el caso de la violencia (Arnosó, Ibabe, Arnosó, y Elgorriaga, 2017), de alcohol, drogas (Díaz-Mesa *et al.*, 2016; Emslie, Lewars, Batty y Hunt, 2009) y de las ITS (Newman *et al.*, 2015).

Respecto a la sexualidad es preciso señalar que la forma en que ésta se expresa difiere entre hombres y mujeres; no obstante, la más frecuente incluye los besos, caricias, el coito vaginal o anal, la masturbación, el sexo oral, las fantasías sexuales y la combinación de varias de ellas (OMS, 2010; OMS, 2015). Sin embargo, cabe mencionar que socialmente existe una mayor restricción sexual hacia las mujeres, relacionado con los roles y estereotipos de género. En este sentido, Peterson y Hyde (2010) refieren cómo socialmente se acepta el sexo casual en los hombres, pero no en las mujeres. Por su parte, Conley, Ziegler, Moors y Valentine en el 2011 reportaron que a mayor número de parejas sexuales es mejor el estatus en la sociedad de los hombres, mientras que las mujeres son estigmatizadas.

Las diferencias marcadas en los roles de género pueden generar un tipo de discriminación basada en sexo conocido como sexismo, el cual puede afectar la salud de las personas en diferentes grados y formas, y es considerada la principal barrera para la prevención del VIH/SIDA en mujeres, así como de algunas conductas de riesgo como la falta de uso de métodos anticonceptivos (Amaro y Raj, 2000; Lane *et al.*, 2004). La discriminación basada en el sexo se conoce como *sexismo*. La teoría del sexismo ambivalente explica la ideología de los roles tradicionales de género y muchos de los comportamientos de riesgo (Glicks y Fiske, 1996).

Teoría del sexismo ambivalente

La teoría del sexismo ambivalente afirma que el prejuicio hacia las mujeres es un constructo social que se conforma de dos ideologías relacionadas que generan dos tipos de actitudes sexistas: las hostiles y benevolentes. El *sexismo benevolente* (SB) es un conjunto de actitudes hacia las mujeres, basadas en una visión estereotípica y limitada de ellas, las cuales contribuyen a la discriminación al reforzar los estereotipos y roles tradicionales, representando a las mujeres como delicadas y puras, que necesitan cuidado y protección, además deben ser adoradas y su amor es necesario para com-

plementar al hombre (Glick y Fiske, 1996; Glick y Fiske, 2001). Por otra parte, el *sexismo hostil* (SH) mantiene la creencia de una supuesta inferioridad de las mujeres; caracteriza a las mujeres como incompetentes, muy emocionales y que intentan manipular a los hombres para ganar poder, generando fuertes actitudes de prejuicio y conductas de discriminación hacia las mujeres.

Sexismo y conductas sexuales

Autores han reportado la relación entre el sexismo ambivalente y las conductas sexuales de riesgo, como el inicio de las relaciones sexuales a edad temprana y el alto número de parejas sexuales, las cuales incrementan la probabilidad de contraer una ITS o el VIH/SIDA (Danube, Vescio y Davis, 2014; Ramiro-Sánchez, Ramiro, Bermúdez y Buena-Casal, 2018). Sin embargo, los resultados no son concluyentes para determinar la relación entre el sexismo y las conductas sexuales, por lo tanto, es de total relevancia realizar una revisión con el objetivo de sintetizar la literatura de la relación entre el sexismo ambivalente y la conducta sexual, así como las diferencias que existen entre hombres y mujeres, para entender el fenómeno desde una perspectiva social y profundizar en la temática incidiendo en la prevención de conductas sexuales de riesgo. Es preciso señalar que los sistemas de salud atienden a una gran parte de la población que vive con ITS o con VIH/SIDA, pero también existe una proporción de la población con niveles altos de vulnerabilidad, que reportan altas demandas insatisfechas en salud sexual, basadas en la desigualdad de género (Hawkes y Buse, 2013). Por lo tanto, el conocer la relación del sexismo en la conducta sexual debe contribuir a cumplir las demandas en salud sexual y mejorar la salud de la población.

Método

Se realizó una revisión de literatura de las publicaciones científicas sobre el sexismo ambivalente (SA) y la conducta sexual (s); se consideraron los siete pasos del Modelo de Cooper (2010) para la realización de esta revisión:

(1) formulación del problema, para lo cual se estableció la pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el sexismo ambivalente en la conducta sexual?; (2) búsqueda de la literatura, realizada de acuerdo con los criterios de selección definidos; (3) recabar información de los estudios, para lo cual se seleccionaron los considerados de interés para el propósito planteado; (4) evaluación de la calidad de los estudios; (5) análisis e interpretación de los resultados de los estudios; (6) interpretación de la evidencia, y (7) representación de resultados.

Revisión de la literatura y estrategia de búsqueda

La búsqueda de la literatura se realizó en diferentes bases de datos. Las consultadas fueron Pubmed, Scopus, Science Direct, Psycinfo y Ebsco Host, por medio de los descriptores obtenidos del Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de Salud (DeCS), para la búsqueda: “Sexual Behavior or Sexual Activities or Sexual Activity and Sexism or Gender Prejudice or Sex Discrimination”, en español: comportamiento sexual o actividad sexual o conducta sexual y sexismo.

Criterios de inclusión

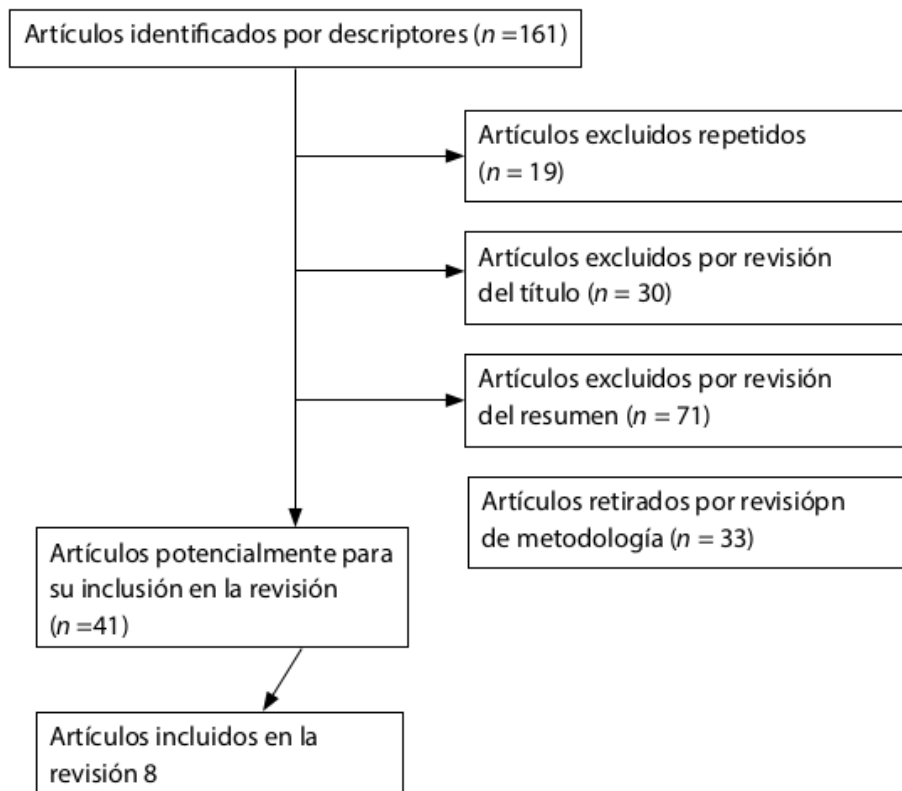
Se consideraron los artículos en idioma inglés y español, publicados entre 1996 hasta 2019, lo anterior derivado del surgimiento de la teoría de SA desarrollada por Glick y Fiske (1996), la cual reconocía dos dimensiones, la positiva y negativa, dando lugar al sexismo benevolente y el sexismo hostil. La búsqueda de literatura se realizó de junio a agosto del 2020. En mayo del 2021 se realizó una segunda búsqueda donde se encontró e incluyó un estudio.

Selección de artículos

La información de los estudios se analizó a través del resumen de los artículos. Se consideraron los artículos que abordaban la relación entre la conducta sexual y el sexismo en población heterosexual, asimismo, se excluyeron los artículos con temática de violencia, población LGBTTIQ, menor

de 12 años (preadolescentes), faltas de alguna de las dos variables en estudio, revisiones teóricas, revisiones sistemáticas, estudios cualitativos. Posteriormente, se revisó el contenido completo de los artículos excluyendo aquellos con metodología poco clara. Para evaluar la calidad de los estudios se elaboró una tabla donde se incluyó: autor y año, país, muestra, rango de edad, procedencia, muestreo y el tipo de instrumento utilizado para la medición. Se seleccionaron los artículos incluidos en la revisión por medio del diagrama de flujo de QUORUM.

FIGURA 1. Diagrama de flujo selección de artículos QUORUM



FUENTE: Elaboración propia.

Resultados

Se identificaron 61 artículos primarios en las bases de datos consultadas, relacionados con las variables de estudio. Se excluyeron 52 artículos por no cumplir los criterios de inclusión. El total de artículos en esta revisión fue de ocho artículos primarios (Choi, Bowleg y Neilands, 2011; Danube *et al.*, 2018; Fitz y Zucker, 2015; Fitz y Zucker, 2014; Nimbi, Tripodi, Rossi y Simonelli, 2018; Ramiro-Sánchez *et al.*, 2018; Rodríguez, Martínez, Alonso, Adá y Carrera, 2021; Rudman, 2013). Para el último reporte, en la figura 1 se muestra el proceso de la selección final de los artículos incluidos.

Características generales de los estudios

Los estudios encontrados y seleccionados eran en idioma inglés. Reportaron un diseño correlacional y descriptivo. Asimismo, se observó que las investigaciones fueron realizadas en mayor proporción en Estados Unidos. El número de participantes fue entre 106 a 2700. En el tipo de muestreo predominaron el aleatorio y el por conveniencia. Asimismo, la edad de los participantes fue entre 13 y 76 años. Tres estudios lo abordaron sólo hombres, tres mujeres y tres hombres y mujeres. La escala más utilizada fue el inventario de sexismo ambivalente en varias versiones (10 y 22 ítems), y un estudio empleó la escala de experiencias del sexismo.

En la tabla 2, se presenta el tipo de sexismo abordado en los estudios. Hay que señalar que Ramiro Sánchez y colaboradores (2018) analizaron el SA, SH y SB en hombres y mujeres, mientras que Fitz y Zucker (2015), Rudman (2013) y Rodríguez (2021) no abordaron el SA. Fitz y Zucker (2014) y Danube (2014) sólo estudiaron el SB. Por el contrario, Nimbi (2018) sólo estudió el SH. Choi (2011), en su estudio, no reportó niveles de SB o SH.

En la tabla 3 se observan por sexo la relación entre el sexismo y la conducta sexual abordada en los estudios. Nimbi (2018) encontró una relación entre el SA y el deseo sexual en hombres heterosexuales. Por otra parte, en el estudio de Ramiro Sánchez (2018), los hombres reportaron mayores niveles de SA, SB y SH en comparación de las mujeres. Asimismo, se encontró que los hombres que tienen sexo vaginal a edad más temprana, informan mayor nivel de SB y los que declaran menor uso del condón son los

TABLA 1. Características de los estudios seleccionados

Nº	Autor y año	n	Muestreo	Lugar	Diseño	Edades	Sexo	Escala sexismo
1	Nimbi <i>et al.</i> , 2018	450	Bola de nieve	Italia	Descriptivo correlacional. MEE	18-76 M = 31.36	H	ISA, 22 ítems (Glick y Fiske, 1996)
2	Ramiro-Sánchez <i>et al.</i> , 2018	2703	Aleatorio estratificado	España	Descriptivo correlacional	14-20 M = 15.89	H y M	ISA, 20 ítems (De Lemus, 2008)
3	Fitz y Zucker, 2015	158	Conveniencia	EE. UU.	Descriptivo correlacional	18 M = 19.51	M	ISA, 22 ítems (Glick y Fiske, 1996)
4	Danube <i>et al.</i> , 2014	233	Aleatorio	EE. UU.	Descriptivo correlacional	18-24 M = 19.57	H	ISA, 22 ítems (Glick y Fiske, 1996)
5	Fitz y Zucker, 2014	106	Conveniencia	EE. UU.	Descriptivo correlacional	18-24 M = 19.38	M	ISA, 22 ítems (Glick y Fiske, 1996)
6	Rudman <i>et al.</i> , 2013	503	Aleatorio	EE. UU.	Descriptivo correlacional	18-22 M = 19	H y M	ISA, 22 ítems (Glick y Fiske, 1996)
7	Choi, 2011	754	Conveniencia	EE. UU.	Comprobación de modelo	18-39 M = 22	M	EES, 13 ítems (Klonoff y Landrine, 1995)
8	Rodríguez, 2020	993	Conveniencia	España		13-19 M = 15.79	H y M	ISA, 20 ítems (Glick y Fiske, 1996)

NOTAS: H = Hombres; M = Mujeres; ISA = Inventario de Sexismo Ambivalente; EES = Escala de Experiencias de Sexismo.

que reportan mayor nivel de SH. Respecto a las mujeres, aquellas que refirieron tener un mayor número de parejas a lo largo de su vida también informaron de un mayor nivel de SH.

En el estudio de Fitz y Zucker (2015), los resultados mostraron que a mayor nivel de sexismo benevolente en las mujeres era menos probable que usaran preservativos durante sus relaciones sexuales. Por su parte, Danube (2014) reportó una relación entre las actitudes positivas al sexo casual y el SB. Rudman y colaboradores (2014) encontraron que los hombres refirieron mayor nivel de SH en comparación con las mujeres, no hubo diferencias en el género con el SB. Asimismo, se reportó una relación entre

Tabla 2. Tipo de sexismo y su relación con la conducta sexual

Autor	SA	SB	SH	Comentarios
Nimbi <i>et al.</i> , 2018			+	El sexismo hostil tiene una correlación con el deseo sexual en hombres (0.135**)
Sánchez <i>et al.</i> , 2018	+	+	+	Sexismo ambivalente, hostil y benevolente más elevado en hombres
Fitz <i>et al.</i> , 2015		+		Las mujeres experimentaron niveles altos de sexismo (<i>Media</i> = 3.68, <i>DE</i> = 0.71). A mayor SB, menor era la probabilidad de usar condón $\beta = -0.16$
Danube <i>et al.</i> , 2014		+		El sexismo benevolente se correlacionó negativa y directamente con las actitudes no favorables hacia el sexo casual (-0.20**). A mayor SB, menor sexo casual. Se reportó un efecto indirecto significativo entre el sexismo benevolente y el número de parejas de sexo casual, vía actitudes al sexo casual (-0.5***). A mayor SB, actitudes negativas al sexo casual, menor número de parejas sexuales. A mayor SB, actitud negativa al sexo casual, menor contacto sexual con una persona alcoholizada (-0.7***).
Fitz y Zucker, 2014		+	+	Las mujeres respaldaron el SB.
Rudman, 2013		+	+	Los hombres refirieron mayor nivel de SH que las mujeres
Choi, 2011	+			<i>Pareja primaria (esposo o novio)</i> . Modelo 1: Las experiencias de sexismo aumentan la probabilidad de que las mujeres se encuentren en situaciones sexuales difíciles, lo que a su vez aumenta la probabilidad de mantener relaciones sexuales sin protección ($B = .08$; 95% CI = .03, .19; $\beta = .05$; $p < .01$). Modelo 2: Las experiencias de sexismo aumentan el malestar psicológico, que a su vez aumenta la probabilidad de que las mujeres experimenten situaciones sexuales difíciles, lo que está relacionado con una mayor probabilidad de tener sexo sin protección ($B = .04$; 95% CI = .01, .08; $\beta = .02$; $p < .01$). <i>Pareja secundaria</i> . Modelo 1: El sexismo con las relaciones sexuales sin protección a través de situaciones sexuales difíciles fue positiva y estadísticamente significativa ($B = .30$; 95% CI = .14, .53; $\beta = .17$; $p < .01$). Modelo 2: El sexismo con el sexo sin protección a través de la psicología y las situaciones sexuales difíciles fue positiva y estadísticamente significativo ($B = .13$; 95% CI = .07, .22; $\beta = .07$; $p < .05$).
Rodríguez, 2021		+	+	Los hombres mostraron SH y SB.

FUENTE: Elaboración propia.

las actitudes positivas al sexo casual con el SH en hombres. Por su parte, Fitz y Zucker (2014) encontraron que las mujeres reportaron mayores niveles de SB que SH. Asimismo, a mayor sexismo hostil, el inicio anticipado del uso del condón fue más frecuente. En relación al número de parejas

TABLA 3. Comparación sexismo y conducta sexual en hombres y mujeres

Autor	Hombres						Mujeres			
	DS	NUC	CP	IVST	ST	APSC	IAUC	BUC	PS	SSPPP
Nimbi <i>et al.</i> , 2018	SA									
Ramiro Sánchez <i>et al.</i> , 2018		SH		SB					SH	
Fitz y Zucker, 2015								SB		
Danube <i>et al.</i> , 2014						SB				
Fitz y Zucker, 2014							SH			
Rudman <i>et al.</i> , 2013						SH				
Choi, 2011										S
Rodríguez, 2021			SH SB		SH SB					

NOTAS: DS = Deseo Sexual; NUC = No Uso del Condón; IVST = Inicio Vida Sexual Temprana edad; PS = Parejas Sexuales; UAC = Inicio Anticipado del Uso del Condón; APSC = Actitudes Positivas Sexo Casual; SSPPP = Sexo sin Protección con Pareja Primaria; CP = Consumo de Pornografía.

sexuales, no se mostró relación con el sexismo. Por su parte, en el estudio de Choi (2011), el objetivo fue determinar la influencia del sexismo en el sexo sin protección en pareja primaria (novio, esposo) y en pareja secundaria. Se desarrollaron varios modelos, y los resultados mostraron que se encontró que el sexismo tuvo efecto en la conducta sexual de la mujer. El hecho de tener un cónyuge o novio incrementan la probabilidad de que una mujer mantenga relaciones sexuales sin protección.

En el estudio de Rodríguez (2021) se abordaron las conductas sexuales relacionadas al uso de medios tecnológicos actuales: el sexting y consumo de pornografía. Los hombres mostraron mayores niveles de consumo de pornografía, sexting, SB y SH que las mujeres en el estudio. Asimismo, hubo correlación entre las variables.

5 Discusión

El objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia disponible de la relación entre el sexismo ambivalente y la conducta sexual, con el fin de comparar los resultados en hombres y mujeres. El análisis del sexismo, en sus expresiones como el sexismo ambivalente (SA), el sexismo hostil (SH) y el sexismo benevolente (SB), sugiere una necesidad por estudiar con mayor énfasis y profundizar la manera en que las actitudes de discriminación entre los sexos pueden generar conductas sexuales no seguras en ambos sexos. Respecto al idioma de publicación, hasta donde se indagó, no se encontraron artículos en español, por lo que se observa un vacío en el conocimiento respecto al tema. También se pudieron apreciar diferencias en las edades, la mayoría en la etapa de la adolescencia y adultos jóvenes, aunque algunos estudios consideraron edades tardías (Nimbi, 2018). Estas diferencias en las edades indican que el tema se ha abordado en las distintas etapas de la vida. En este sentido, los estudios de Ramiro Sánchez (2018) y Rodríguez (2021) abordaron participantes jóvenes, y el nivel de sexismo fue elevado. Esto es congruente con lo reportado por Hammond, Milojev, Huang y Sibley (2018), quienes indicaron que en los hombres el nivel de sexismo benevolente aumentó a mayor edad.

Por otra parte, el apoyo de las mujeres al sexismo benevolente era alto en la edad adulta temprana; era bajo en la edad adulta media, y alto de nuevo, en las edades más avanzadas. En cuanto al SH hombres y mujeres manifestaron niveles elevados en los más jóvenes y en los de mayor edad; los niveles más bajos se presentaron en los de edad media. Por lo anterior se sugiere que la edad puede influir en la expresión de sexismo, debido a los componentes ideológicos y perceptivos de un adulto mayor, en temas considerados un tabú como el sexismo y la conducta sexual, entre los adolescentes, jóvenes y personas mayores, no obstante, el número de estudios que abordan el sexismo en adultos mayores son escasos, enfocándose en edades tempranas.

El sexismo prevalece en la actualidad, las mujeres respaldan el SB, aunque con el surgimiento de movimientos culturales como la reinserción y empoderamiento de la mujer, la diversidad sexual, y otros procesos han visibilizado la enorme necesidad de combatir la desigualdad de género,

son pocos los cambios que se han promovido desde entonces (González, 1991). De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Mujeres en México (2019), las mujeres son quienes se encuentran en una posición más vulnerable por cuestión de discriminación, prejuicio y falta de oportunidades, razón por la cual la mayoría de los estudios encontrados están dirigidos a examinar los factores que influyen en el sexismo ambivalente. No obstante, se considera importante el desarrollo de investigaciones que profundicen en el sexismo, sobre todo, benevolente, pues es el que se reporta con mayor frecuencia en las mujeres y también el más difícil de identificar, debido a la normalización y las formas discretas de ejercerlo, basado en el aparente “beneficio” de protección hacia la mujer, reforzando las conductas machistas que impiden la igualdad de género.

Si bien los resultados obtenidos en los estudios consultados muestran una alta variabilidad, se observa que, tanto en hombres como en mujeres, el SB está relacionado con aspectos sociales (roles de género, ideas respecto al sexo casual), y el SH con aspectos conductuales (sexo casual, sexting, consumo de pornografía, uso del condón).

Por el contrario, el SH externa abiertamente el rechazo hacia las mujeres que no siguen los roles tradicionales de género, también promueve la dominación y la subordinación de la mujer ante el hombre (Begany y Milburn, 2002), lo cual podría censurar la vida sexual de la mujer generando una doble moral sexual, aceptando conductas sexuales en hombres, pero rechazando las mismas conductas en las mujeres.

En la investigación de Ramiro Sánchez (2018), los hombres muestran un mayor sexismo ambivalente, incluyendo el SB y SH, en comparación a las mujeres. Por otro lado, en el estudio de Fitz y Zucker (2014), las mujeres refieren mayor presencia del SB que el SH. Dichos resultados refieren altos puntajes de sexismo ambivalente, pero sobre todo que el SB está presente en mayor número de espacios y contextos, como lo señala Choi (2011), en su estudio donde las mujeres con altos niveles de sexismo fueron más propensas a tener sexo sin protección con su esposo o novio. Lo anterior sugiere que, en la sociedad actual, las formas de sexismo hostil subordinan y dominan a las mujeres en muchos contextos, además, las formas benevolentes siguen siendo aceptadas, normalizadas y en la vida diaria.

Como lo indica la teoría del sexismo ambivalente (Glick y Fiske, 1996),

el SB es una forma más sutil de sexismo y se expresa de forma aparentemente positiva, enfatizando el papel de los hombres para proteger y proveer a las mujeres. Esta protección y amor son a cambio de que las mujeres cumplan con los roles tradicionales de género. Esta forma de sexismo se desarrolla a través de creencias paternas y tradicionales que perciben a las mujeres como puras y delicadas que, por lo tanto, necesitan la de los hombres (Connelly y Heesacker, 2012; Cross y Overall, 2018; Cuddy Wolf, Glick, Crotty, Chong, y Norton, 2015; Hayes y Swim, 2013; Vandebossche, Spruyt y Keppens, 2017). De esta forma, las mujeres aceptan ser protegidas por los hombres, respaldando el SB y los mitos que romantizan las relaciones de pareja, aumentando la percepción de exclusividad y fidelidad (Yela, 2003), por lo tanto, no se pide protección durante las relaciones sexuales, esto es congruente con el estudio de Fitz y Zucker (2014), donde las mujeres que reportaron menor uso del condón también refirieron altos niveles de SB.

Respecto al SB en hombres, en el estudio de Danube (2014) se encontró que, a mayor SB, menor sexo casual, debido a que conciben dichas prácticas sexuales como incorrectas, ya que van en contra de su ideología de brindar protección y cuidado a la mujer. Lo anterior se vincula con el estudio de Ramiro-Sánchez *et al.* (2018), en donde los resultados reflejaron que la actividad sexual inicia en edades tempranas relacionado con el SB, dado que puede existir la ideología en la mujer, que debe de entregarse completamente a un hombre, para sentirse con mayor seguridad. No obstante, un estudio reveló que en los países donde aparece con mayor medida el SH, las mujeres presentan mayor SB, posiblemente empleado como una vía de defensa al seleccionar a un varón que brinde protección de otros hombres con actitudes desfavorables hacia ellas (Giraldo, 1972; Glick, Fiske, Mladinic, Saiz, Abrams, Masser *et al.*, 2000).

Por su parte, Fitz y Zucker (2014) encontraron que el sexismo hostil femenino se correlaciona positivamente con el uso del condón, lo que sugiere que las mujeres que se encuentran más informadas o interesadas por la búsqueda de la igualdad entre géneros, desarrollan mayor agencia sexual. Desde 1960, las teorías feministas han cuestionado todas las representaciones y los estándares que se han construido en hombres y en mujeres; conforme pasa el tiempo se van formando cada vez más nociones y estrategias para empoderar y enfrentar el patriarcado, y aunque es una lu-

cha en proceso (Gross, 1986), ya han surgido las primeras modificaciones en las tradiciones y prácticas entre hombre y mujer, como se reporta en el estudio.

A su vez, en la investigación de Nimbi (2018), el SH se relacionó fuertemente con el deseo sexual, ya que se conserva la creencia de que un hombre mantiene su deseo sexual a cualquier edad (Giraldo, 1972; Ontañón, 1994). Por otra parte, las nuevas formas de conducta sexual relacionadas con el uso de medios tecnológicos como el sexting y el consumo de pornografía se asocian al sexismo (Rodríguez, 2021). De acuerdo con algunos autores, por medio de las conductas de sexting existe una reproducción de los estereotipos de género y las actitudes sexistas (Walker, Sanci y Temple, 2013). El sexismo ambivalente está relacionado con los estereotipos, socialmente a los hombres se les atribuyen cualidades relacionadas a la fuerza, la agresividad, el liderazgo, la astucia, sociándolos con la ciencia o la razón; además perciben a los varones como dominantes o fuertes (Echevarría, Valencia, Ibarbia y García, 1992; Lameiras, Rodríguez, Calado, Foltz y Carrera, 2006; Lameiras, Carrera, Calado y Rodríguez, 2009; Moya, 1987). No obstante, a las mujeres se les atribuyen cualidades como la ternura, la compasión, la sensibilidad y la dependencia; además se les percibe como delgadas, frágiles e incluso débiles (Lameiras *et al.*, 2006, 2009; Moya, 1987).

El sexismo mantiene la imposición del patriarcado y la cultura machista que conlleva a la escisión de la figura femenina, separando lo “tierno” de lo “sensual” e impidiendo el sano desarrollo de la sexualidad. Dicha escisión repercute en una fuerte valoración de la virginidad o “santidad” para las relaciones formales, mientras que para las prácticas sexuales se busca a una mujer con otro tipo de “perfil”. El conquistador, en el caso del varón, y la sumisión y facilidad de entregarse como objeto al sexo opuesto, en el caso de las mujeres, dándose situaciones como: “El que ama a una mujer no la desea, y si la desea no puede amarla”, comenta Ontañón (1994) o “la maternidad se olvida de la feminidad”, afirma Trujillo (2016) (Giraldo, 1972; Hartmann, 2009; Laplanche, Jean y Pontails, 1978; Ontañón, 1994; Schultz, 2018; Trujillo, 2016).

En relación a la población masculina, sus perspectivas y conductas, se teorizan sobre el complejo de inferioridad (originado desde la infancia), el cual destaca las tendencias competitivas asociadas con sentimientos de

ansiedad e inseguridad y la vinculación del miedo al ridículo, sobre todo, por el sexo contrario. De esta forma se origina como tendencia defensiva, el odio, el deseo de dominio y la predisposición a hacer sentir inferior no sólo a las mujeres sino, además, a otros hombres, dando lugar a la necesidad de compensación y la sobrecompensación, es decir, el afán de poder y dominio como consecuencia de un sentimiento de inferioridad, el cual puede desembocar en la búsqueda de poder, superioridad directa y dominio de otros, o bien el deseo de significación, es decir, la persecución por un prestigio o estatus (Giraldo, 1972; Oberst, Ibarz y León, 2004).

Conclusión

La investigación entre la relación del sexismo y la conducta sexual es una temática de gran importancia, que se ha abordado en mayor proporción en población joven, dado que el contexto normaliza muchas actitudes y conductas que se consideran agresiones, ya sea física, psicológica o sexual hacia el sexo opuesto, aunque es mayor hacia la mujer, pero también ocurre en los hombres. Si bien, se ha encontrado información relevante, que describe de forma potencial la influencia del sexismo en la vida de las personas. En el caso de los hombres, el sexismo ambivalente es mayor que en las mujeres, pero ellas reportan mayor sexismo benevolente. A pesar de ser un fenómeno cotidiano en las personas y con al menos dos décadas de estudio, no ha sido abordada a profundidad, en especial en lo referente a la conducta sexual. Por lo que se sugiere la realización de estudios que complementen los resultados, ya sea con metodología cualitativa o mixta, que aporte nuevas perspectivas de estudio. También debe de ser considerado en las intervenciones de promoción y prevención en la salud sexual y reproductiva, así como en los programas de salud, para generar efectividad en las mismas.

Los hallazgos encontrados en la presente revisión contribuyen a ampliar la visión que se tiene respecto al panorama del sexismo y se sugiere el desarrollo de estudios en países de Latinoamérica que sumen a la profundización y comprensión del fenómeno del sexismo y su relación o impacto en la salud sexual de la población.

Agradecimientos

Los autores agradecemos a la División de Ciencias Naturales y Exactas y al programa de Verano de Investigación de la DCNE de la Universidad de Guanajuato por el apoyo proporcionado y su compromiso con la investigación.

Bibliografía

- Amaro, H., y Raj, A. (2000). On the Margin: Power and Women's HIV Risk Reduction Strategies. *Sex Roles: A Journal of Research*, 42(7-8), 723-749. <https://doi.org/10.1023/A:1007059708789>
- Arnosó, A., Ibabe, I., Arnosó, M., y Elgorriaga E. (2017). El sexismo como predictor de la violencia de pareja en un contexto multicultural. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 9-20. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.001>
- Begany, J. J., y Milburn, M.A. (2002). Psychological Predictors of Sexual Harassment: Authoritarianism, Hostile Sexism, and Rape Myths. *Psychology of Men & Masculinity*, 3(2), 119-126. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.3.2.119>
- Bermúdez, M. P., Castro, A., Gude, F., y Buéla-Casal, G. (2010). Relationship Power in the Couple and Sexual Double Standard as Predictors of the Risk of Sexually Transmitted Infections and HIV: Multicultural and Gender Differences. *Current HIV Research*, 8, 172-178. <https://doi.org/10.2174/157016210790442669>
- Bermúdez, M.P., Ramiro, M.T., Sierra, J.C., y Buéla-Casal, G. (2013) Construcción de un índice de riesgo para la infección por el VIH y su relación con la doble moral y el poder diádico en adolescentes. *Anales de Psicología*, 29, 917-922. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.136931>
- Centers for Disease Control and Prevention, Division of STD Prevention. (2011). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2011*. CDC. <http://www.cdc.gov/std/stats11/Surv2011.pdf>
- Choi, K., Bowleg, L., y Neilands, T. (2011). The Effects of Sexism, Psychological Distress and Difficult Sexual Situations on U.S. Women's Sexual Risk Behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 23(5), 397-411. <https://doi.org/10.1521/aeap.2011.23.5.397>

Capítulo 15. Una revisión sistemática de los predictores de autopresentación sexual en línea en adolescentes

[A Systematic Review of Predictors of Online Sexual Self-Presentation in Adolescents]

JENIFER FRANCELY VERDUGO-CALDERÓN¹

CAROLINA VALDEZ-MONTERO²

JÉSICA GUADALUPE AHUMADA-CORTEZ³

MARIO ENRIQUE GÁMEZ-MEDINA⁴

JESÚS ALEJANDRO GUERRA-ORDOÑEZ⁵

Resumen

Introducción: La evolución tecnológica ha desencadenado revolución profunda en la sociedad que se traduce en el uso obsesivo de Internet y sitios de redes sociales, entre otras plataformas o aplicaciones, convirtiéndose en una fuente importante de información y exploración sexual para los adolescentes, limitándose no sólo al consumo sino también a producir formas más sexualmente explícitas de autopresentación. *Objetivo:* Identificar la evidencia disponible acerca de los predictores de autopresentación sexual en línea en adolescentes. *Metodología:* Se consideraron las etapas propuestas por Holly, Salmond y Saimber (2012) para revisiones sistemáticas. La búsqueda se llevó a cabo a través de la combinación de descriptores obtenidos mediante MeSh y DeCs en bases de datos como; PubMed, Google Académico, CINAHL, Medline o Embase, PsycINFO, ProQuest LLC, BVS, EBSCO y Springer. *Resultados:* Se encontraron predictores en relación con la autopresentación sexual en línea como el autoconcepto sexual, las nor-

¹ Estudiante de maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1260-0340>

² Profesora -investigadora. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087>

³ Profesora-investigadora. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0092-0221>

⁴ Profesor-investigador. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-4782>

⁵ Profesor-investigador de tiempo completo. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4587-3214>

mas de pares subjetivas, la intención, la favorabilidad del prototipo, la voluntad, la voluntad de participar en *sexting*, la intensidad sexual, las actitudes instrumentadas al sexo, la extraversión, la necesidad de popularidad y la dieta de los medios sexuales. *Conclusiones:* Es posible ver cómo los nuevos métodos de interactuar en redes sociales entre los adolescentes han avanzado, la autopresentación sexual en línea, hoy en día, representa una de las conductas más usuales entre los adolescentes, sobre todo, cuando los medios virtuales cada vez forman un papel indispensable en una sociedad en la que la tecnología ha cobrado una gran importancia en la vida social de quienes lo utilizan.

Palabras clave: adolescente, autopresentación sexual en línea, medios de comunicación sociales, conducta sexual.

Introducción

La evolución tecnológica ha traído consigo una revolución profunda en nuestra sociedad que se traduce en el uso obsesivo de Internet y sitios de redes sociales entre otras plataformas o aplicaciones, es por ello que, en la actualidad, las redes sociales se han transformado en un fenómeno irreversible; son estructuras en donde se pueden compartir contenidos de interés similares, interactuar y mantener relaciones sentimentales, amistosas o laborales, provocando la diversificación de los espacios de comunicación, ocio y de relación, en donde la virtualidad ha adquirido mayor importancia en la gestión de las relaciones de amistad o afectivo-sentimentales, y en la construcción de la identidad, especialmente entre los y las adolescentes (Hernández, Yáñez, y Carrera, 2017; Ruido *et al.*, 2017). Dado que los adolescentes cuentan con un promedio de 9.4, cuentas en diferentes aplicaciones, es claro que las redes sociales están conectadas a su vida cotidiana (Copper, 2020).

En este contexto, podemos decir que el Internet ha formado un vínculo entre los adolescentes, el cual día con día cobra mayor relevancia como

factor que se encuentra afectando su comportamiento sexual (Ávila *et al.*, 2016), ya que es en la adolescencia donde los individuos toman aún más importancia en su desarrollo sexual, aumentando la aceptación de su cuerpo y la experimentación de diversas conductas sexuales (Gaete, 2015). El Internet se ha transformado en una fuente importante de información y exploración sexual para los adolescentes, limitándose no sólo al consumo, pues también pueden producir contenido y realizar formas más sexualmente explícitas de autopresentación, convirtiéndolos en personas capaces de crear y distribuir contenido sexual entre ellos (Baumgartner *et al.*, 2015; Van Oosten y Vandenbosch, 2017), posibilitándoles la interacción social y la autoexpresión a través de sus perfiles de sitios de redes sociales (Romo *et al.*, 2017). Van Oosten y Vandenbosch (2017) definen la autopresentación sexual en línea como la presentación o exposición personal atractiva en sitios de redes sociales como Facebook, Instagram y Twitter; caracterizado por posturas sexys y exhibiciones corporales sexualmente sugerentes en forma no explícita, como mostrar el cuerpo de forma reveladora a través de su ropa.

El uso de las redes sociales sin precedentes de interacción social constante de formas nunca antes observadas, como lo son las autopresentaciones sexuales en línea, ha ocasionado que los adolescentes aprendan formas sexuales que después puedan llevar a la práctica, es decir, realizar conductas sexuales fuera de línea, ya que dichos comportamientos virtuales logran ajustarse a los estándares vigentes de atracción sexual. Además, estas representaciones virtuales influyen en su comportamiento sexual y potencializan los comportamientos de riesgo en los adolescentes (Arab y Díaz, 2015; Baumgartner *et al.*, 2015; Steele, 1995). Las autopresentaciones sexuales en línea se han relacionado con la experiencia sexual, solicitudes sexuales en línea no deseadas y encuentros sexuales sin conexión (Baumgartner *et al.*, 2015; Van Oosten y Vandenbosch, 2017).

Por lo anterior es de suma importancia conocer a fondo el fenómeno de estudio y encontrar las razones por las cuales los adolescentes ponen en práctica la autopresentación sexual en línea, ya que estas prácticas pueden ser predictores referentes a realizar conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. Actualmente, existe poca evidencia que explique los predictores de los adolescentes para realizar autopresentación sexual en línea en

sitios de redes sociales. Por tal motivo, el objetivo del presente estudio consiste en identificar la evidencia disponible acerca de los predictores de autopresentación sexual en línea en adolescentes.

Métodos y técnicas de investigación

Para la elaboración del presente estudio, se tomaron en consideración las etapas o fases propuestas por Holly, Salmond y Saimber (2012) para revisiones sistemáticas: (1) formulación de la pregunta de interés; (2) establecer los criterios de inclusión de los estudios; (3) estrategia y búsqueda de la literatura; (4) selección de los artículos; (5) extracción de datos, y (6) síntesis de datos.

Para la definición de la pregunta de interés, se realizó una primera búsqueda en Google Académico y EBSCO con las variables de inclusión, tales como artículos de investigaciones primarias transversales y longitudinales, que incluyeran la variable autopresentación sexual en línea y adolescentes. de acuerdo con la identificación y análisis de los estudios encontrados, se planteó la pregunta de revisión sistemática. Dentro de los criterios de inclusión se incluyeron estudios primarios descriptivos y correlacionales transversales y longitudinales con la variable autopresentación sexual en línea en población adolescentes.

Correspondiente a la estrategia y búsqueda de la literatura, se consideraron todos los estudios publicados en los últimos cinco años en español e inglés, esto debido a que el fenómeno de estudio es relativamente nuevo. La búsqueda se llevó a cabo por medio de diferentes bases de datos que incluyeron PubMed, Google Académico, CINAHL, Medline, Embase, PsycINFO, ProQuest LLC, BVS, EBSCO y Springer. Asimismo, su elaboración se realizó a través de la combinación de los diferentes descriptores obtenidos mediante el MeSh y DeCs como: Sexual Self-Presentation Online, Sexy Self-Presentation Online, Online Sexual Presentation, Online Sexual Exposure, Sexy Exposure on Social Networking Sites, Young Boys y Teenagers. A su vez se hizo uso de operadores los boléanos, como *and* y *or*, para la combinación de las palabras clave durante la búsqueda, la cual tuvo un tiempo de duración aproximado de tres meses (marzo-mayo del 2021). La selección

de los artículos se realizó en varias fases. Para la primera se hizo una búsqueda con base al título, y posteriormente se leyeron los resúmenes de los artículos que fueron seleccionados. Por lo cual se seleccionaron estudios potenciales para incluir en la revisión, y por último se hizo una lectura crítica del texto completo para la selección final de los estudios incluidos en la revisión. Para evaluar la calidad de los estudios se elaboró una lista de chequeo basado en el manual de Joanna Briggs Institute Critical Appraisal, en la cual se evaluó su calidad metodológica, la fiabilidad de los instrumentos utilizados y las características de los participantes (Moola, Munn, Tufanaru, Aromataris y Sears, 2017). De igual manera, para describir el proceso de selección, se utilizó un diagrama de flujo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews, Úrrutia y Bonfill, 2010).

Para la extracción de los datos, se diseñó una tabla de elaboración personal, con la finalidad de identificar los datos relevantes para el objetivo de la revisión, la cual incluía el auto(es), año de publicación, características de los participantes, muestreo, la revista y los instrumentos utilizados. Por último, para la síntesis de los datos se realizó una descripción y tabulación de los datos con la variable de estudio y las variables predictoras.

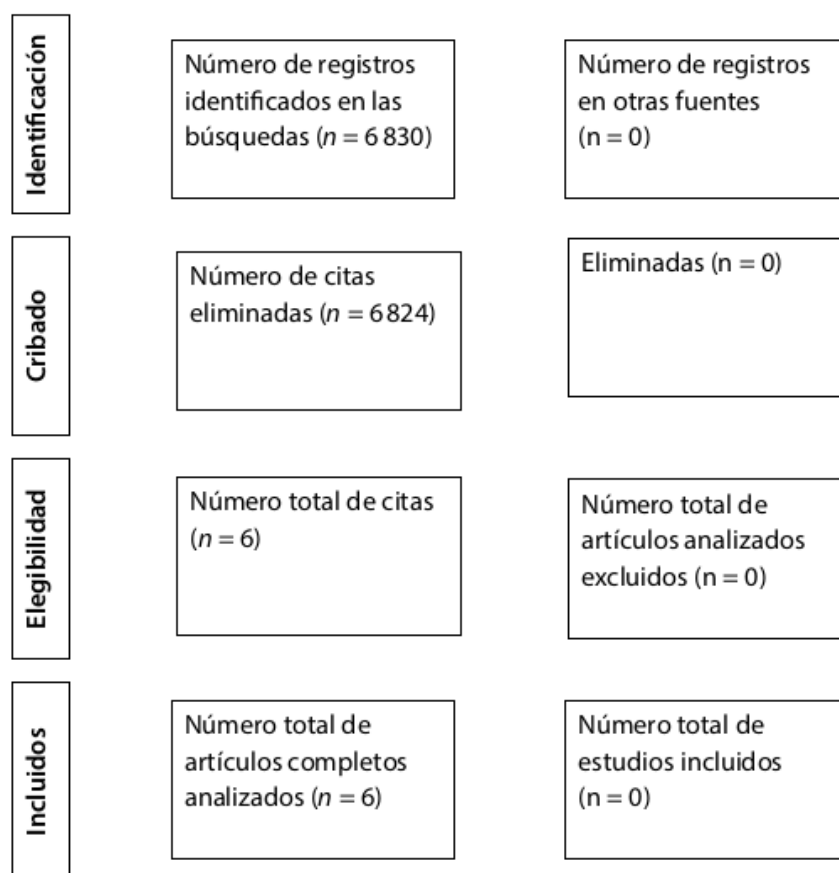
Resultados

Descripción de los estudios

Inicialmente se encontraron un total 6 830 resultados al realizar la búsqueda con la variable de estudio en las diferentes bases de datos. Sin embargo, solamente seis estudios cumplían con los criterios de inclusión de la presente revisión, los cuales fueron evaluados metodológicamente (ver figura 1).

Características de los estudios

En la tabla 1 se presentan las características de los estudios incluidos en la revisión sistemática. En total se consideraron seis artículos, los cuales fueron realizados en Estados Unidos, Holanda y Bélgica, con poblaciones que

FIGURA 1. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA)*

variaban entre 238 y 2 626 adolescentes-jóvenes con edades de entre 13 y 25 años. De los estudios incluidos, tres eran de corte longitudinal con diseño de estudio correlacional; dos estudios eran de corte transversal con diseño de comprobación de modelo, y solamente uno era de corte trasversal con diseño correlacional. Para evaluar la autopresentación sexual en línea, todos los estudios utilizaron un autoinforme en el que le preguntaban al participante cuál era la probabilidad de que publicaran imágenes en ropa interior o traje de baño, en una pose sexual o una foto sexy de sí mismos. De igual manera, los estudios provienen de revistas científicas indexadas con factor de impacto que oscila entre 2.2 y 4.5.

TABLA 1. Características de los estudios

Autores y año	País	Participantes	Muestreo	Revista	F. I.	Instrumento/Autor	Confiabilidad
Van Oosten, Vries y Peter (2017)	Holanda	1 288 adolescentes holandeses de 13 a 17 años	Muestreo estratificado	<i>Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking</i>	2.3	Autopresentación sexual en línea/ Van Oosten, Peter y Boot (2015). Exposición a autopresentación sexual en línea de otros/ Van Oosten, Peter y Boot (2015).	Alfa de Cronbach > .85 Alfa de Cronbach > .94
Van Oosten, Peter y Boot (2015)	Holanda	1 636 adolescentes de 13 a 17 años	Bola de nieve	<i>Journal of Youth Adolescence</i>	4.5	Exposición a autopresentación sexual en línea de otros/ Van Oosten, Peter y Boot (2015).	Alfa de Cronbach > .95
Bobkowski et al., (2016)	EE. UU.	265 adolescentes de 13 a 15 años.	Por conveniencia	<i>Computers in Human Behavior</i>	4.3	Intensidad sexual/ Bobkowski et al. (2016)	Alfa de Cronbach .79
Van Oosten y Vandenbosh (2017)	Holanda	1 852 adolescentes/ jóvenes de 13 a 25 años	Bola de nieve	<i>Journal of Adolescence</i>	4.5	Autopresentación sexual en línea/ Van Oosten, Peter y Boot (2015). Exposición a autopresentación sexual en línea de otros/ Van Oosten, Peter y Boot (2015).	Alfa de Cronbach > .92 Alfa de Cronbach .98
Baumgartner et al. (2015)	Holanda	238 adolescentes de 12 a 18 años.	Aleatorio simple	<i>Computers in Human Behavior</i>	4.3	Se preguntó a los participantes la probabilidad de que publiquen imágenes en ropa interior o traje de baño, en una pose sexual o una foto sexy de sí mismos.	
Van Ouytsel et al. (2020)	Bélgica	2 626 adolescentes/ jóvenes de 14 a 21 años	Aleatorio simple	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>	2.8	Autopresentación sexual en línea Van Oosten y Vandenbosh (2017).	Alfa de Cronbach .85

Predictores de autopresentación sexual en línea

De los estudios identificados se encontraron predictores de autopresentación sexual en los adolescentes como el autoconcepto sexual, las normas de los compañeros-amigos, la favorabilidad del prototipo (ser popular, sexy y aventurero), la voluntad e intención de publicar fotos sexys, la voluntad de participar en *sexting*, la intensidad sexual, las actitudes instrumentadas al sexo, un elevado autoconcepto sexual, una mayor extraversión, la importancia de ser popular entre sus amigos y la dieta de los medios sexuales (Baumgartner *et al.*, 2015; Bobkowski *et al.*, 2016; Van Oosten *et al.*, 2015; Van Oosten *et al.*, 2017; Van Oosten y Vandebosh, 2017; Van Ouytsel *et al.*, 2020) (ver tabla 2).

Dentro del estudio de Baumgartner *et al.* (2015), se identificó que la necesidad de popularidad predice las autopresentaciones sexuales en línea de los adolescentes. De igual forma, Van Ouytsel *et al.* (2020) encontraron relación con la favorabilidad del prototipo como ser popular, sexy y aventurero y las autopresentaciones sexuales en línea, es decir, los adolescentes con mayor necesidad de popularidad tenían mayor posibilidad de publicar autopresentaciones sexuales en línea, como imágenes en trajes de baño y ropa interior. Por su parte, Van Oosten, Vries, y Peter (2017) y Bobkowski *et al.* (2016) identificaron en su estudio que, entre mayor participación de autopresentaciones sexuales en línea, mayor es el autoconcepto sexual extrovertido del adolescente, indicando que entre mayor sea el autoconcepto sexual de los adolescentes mayor será la intensidad de la autopresentación sexual en línea.

Asimismo, Bobkowski *et al.* (2016) identificó que los adolescentes con características extrovertidas y con un alto autoconcepto sexual tenían mayor intensidad de autopresentarse sexualmente en línea que los adolescentes con bajo autoconcepto sexual. Por otra parte, Van Ouytsel *et al.* (2020) y Baumgartner *et al.* (2015) identificaron que las normas de los compañeros predecían las autopresentaciones sexuales en línea de los adolescentes. Por su parte, en el estudio de Van Ouytsel *et al.* (2020) se identificó relación de las autopresentaciones sexuales en línea con las actitudes del adolescente. Asimismo, Baumgartner *et al.* (2015) y Van Ouytsel *et al.* (2020) identificaron que la autopresentación sexual en línea es realizada por los

TABLA 2. Predictores relacionados a autopresentaciones sexuales de riesgo

	NP	ACS	E	NDP	IS	DMS	AIS	S	AA	IV	E	G
Baumgartner <i>et al.</i> (2015)	*			*								*
Van Oosten <i>et al.</i> (2015)						*	*				*	
Bobkowski <i>et al.</i> (2016)		*	*		*	*						*
Van Oosten <i>et al.</i> (2017)		*										*
Van Oosten y Vandenbosh (2017)								*				
Van Ouytsel <i>et al.</i> (2020)	*			*					*	*		*

NOTAS: NP = Necesidad de Popularidad; ACS = Autoconcepto Sexual; E = Extraversión; NDP = Normas de Pares; IS = Intensidad Sexual; DMS = Dieta de Medios Sexuales; AIS = Actitud Instrumentada al Sexo; S: Sexting; AA = Actitud del Adolescente; IV = Intención y Voluntad; ED = Edad; G = Género.

adolescentes, por la intención de publicar imágenes sexys, la voluntad y la probabilidad de publicar imágenes sexys. Por otro lado, en el estudio de Van Oosten *et al.* (2015), se identificó una media de 2.94 en hombres adolescentes, y en las mujeres adolescentes una media de 3.1 en la exposición a autopresentaciones sexys de otros, es decir, que miraban autopresentaciones sexuales en línea de otros. Además, identificaron que las actitudes instrumentadas al sexo predijeron la exposición a presentaciones personales de otros. En el estudio de Bobkowski *et al.* (2016), se encontró una media de 1.76 con respecto a la intensidad sexual de autopresentación sexual en línea de los adolescentes, identificando que existe relación entre la intensidad sexual de las autopresentaciones del adolescente con la dieta de los medios sexuales, es decir, que la intensidad sexual de la autopresentación aumenta en relación con la dieta de los medios sexuales del adolescente.

Por su parte, Van Oosten y Vandenbosh (2017) realizaron una investigación longitudinal, en la cual se llevaron a cabo tres colectas de datos e identificaron que los adolescentes que realizaban autopresentación sexual en línea tenían mayor disposición de participar en *sexting*. Con respecto a la colecta de datos, en la primera onda se obtuvo *media* de 1.36, en la se-

gunda una *media* de 1.36, y en la tercera onda una *media* de 1.39 de adolescentes que se autopresentaban sexualmente en línea. En cuanto a la exposición de autopresentaciones *sexys* de otros se observó una *media* de 3.06 para la primera onda, una *media* de 3.16 para la segunda onda y una *media* de 3.11 respectivo a la tercera onda.

Comparación por edad y género

Van Ossten (*et al.* 2015) identificó que la edad, pero no el género, moderó la predicción de la exposición selectiva a las autopresentaciones *sexys* de los demás. Sin embargo, diferentes estudios identificaron por género que los adolescentes varones encuestados tenían niveles significativamente más altos de realizar o exponerse a las autopresentaciones *sexys* con mayor intensidad en las redes sociales en comparación con las adolescentes (Baumgartner *et al.*, 2015; Bobkowski, Shafer y Ortiz, 2016; Van Oosten y Vandenbosch, 2017; Van Ouytsel *et al.*, 2020).

Discusión

La autopresentación sexual en línea hoy en día representa una de las conductas más usuales entre los adolescentes, sobre todo, cuando los medios virtuales cada vez forman un papel indispensable en una sociedad, en la que la tecnología ha cobrado una gran importancia en la vida social de quienes lo utilizan. El objetivo de la presente revisión sistemática consistió en identificar la evidencia disponible acerca de los predictores de autopresentación sexual en línea en los adolescentes. Los hallazgos encontrados hacen ver la poca evidencia empírica existente sobre este fenómeno, debido a que sólo se pudieron encontrar seis artículos originales, los cuales se discuten a continuación.

Con base en la característica de los estudios, se pudo observar que la mayoría fueron realizados en adolescentes y jóvenes de Holanda, Estados Unidos y Bélgica, con edades entre 13 y 25 años. Esto podría deberse a que algunos autores mencionan que la adolescencia es una etapa de la vida en la que las personas sufren una serie de cambios biopsicosociales, y en la

que, además, se enfrentan a una gran cantidad de comportamientos, como consecuencia de la búsqueda de nuevas sensaciones caracterizadas por la necesidad de buscar y experimentar complejos estímulos; así como también se distingue por la inclinación a asumir riesgos físicos, mentales y sociales (Alfonso y Figueroa, 2017; Borrás y Hernández, 2017; Folch *et al.*, 2015).

De acuerdo con los factores encontrados, los estudios muestran relación con las autopresentaciones sexuales en línea de los adolescentes y la influencia de sus amigos, es decir, las normas de pares-compañeros. Este hallazgo concuerda con diversos autores que indican que la adolescencia es una etapa donde se lleva a cabo el proceso de socialización, llegando a tener un nivel de influencia de pares altamente significativa, debido a que los adolescentes profundizan con mayor afinidad con sus amistades, especialmente en comportamientos relacionados con su sexualidad, permitiéndoles un aprendizaje sin censuras. Además, muchos de los fenómenos de interés determinan la personalidad del adolescente, recreando lo que está de moda y lo que ha adquirido relevancia en el contexto social (Alfonso y Figueroa, 2017; Ramos, 2016; Rivera y Proaño, 2017; Zambrano *et al.*, 2018).

En lo que respecta a la necesidad de popularidad o favorabilidad del prototipo es muy común que los adolescentes con una gran necesidad de popularidad suelen estar más motivados para realizar comportamientos que los hagan más populares como ser sexys, realizando autopresentaciones sexuales en línea. De esta manera, Ramos (2016) concuerda con que la necesidad de los adolescentes por no ser rechazados en la sociedad es uno de sus principales objetivos; explica también que la necesidad de popularidad es un momento crucial, en la que los adolescentes se adaptan a un nuevo entorno y deben de desarrollar distintos comportamientos que logren posicionarlo favorablemente en su entorno.

Por otra parte, un factor encontrado en los estudios es el autoconcepto sexual. Se identificó que entre mayor sea el autoconcepto sexual mayor será la autopresentación sexual en línea de los adolescentes. Orcasita *et al.* (2018) señala que los adolescentes se valoran y evalúan a sí mismos, involucrando componentes emocionales, sociales, académicos y sobre todo físicos. Es por ello que los adolescentes utilizan las publicaciones de imágenes estéticas y eróticas en redes sociales para la construcción de su autocon-

cepto percibiéndose a ellos mismos y evaluando su sexualidad (Peris y Kortabarria, 2013).

Lo anterior puede verse relacionado con la intención y la voluntad de realizar publicaciones sexys, debido a que los adolescentes por medio de estas publicaciones muestran una carta de presentación con la intención a ser vistos, creando una imagen virtual expuesta en redes sociales (Peris y Kortabarria, 2013). Asimismo, también se ha encontrado que el comportamiento extrovertido de los adolescentes aumenta la realización de autopresentaciones sexuales en línea. Esto puede deberse a que el uso de las redes sociales, parece cumplir una función social para aquellos que son más extrovertidos, con niveles importantes de motivación para la interacción social entre sus grupos pares (Muñoz y Ramírez, 2016).

Por su parte, algunos autores mencionan que las personas con mayor nivel de extroversión tienden a experimentar y desarrollar conductas sexuales y tener niveles bajos de inhibición sexual, lo cual facilita el acto de postear imágenes con contenido sexual en sus redes sociales (Tejada y Romero, 2019; Pérez *et al.*, 2019). En cuanto a los hallazgos encontrados sobre la relación con la intensidad sexual del adolescente y la dieta de los medios sexuales, podemos decir que los adolescentes utilizan los medios de acuerdo con la acción que ellos requieran realizar. Utz, Muscanell y Khalid (2015) mencionan que los adolescentes pueden encontrar en diferentes redes sociales un medio para presentarse con una mayor intensidad sexual. De acuerdo con Iglesias (2015), la utilización de medios como las redes sociales son instrumentos clave en la creación de nuevas modas en los adolescentes, que influye en aspectos de su comportamiento sexual. Además, en lo que respecta a la intención del adolescente para participar en autopresentaciones sexuales en línea, se han encontrado que la intención para realizar dicho comportamiento se ha asociado con las actitudes del adolescente para realizar comportamientos sexuales (Van Ouytsel *et al.*, 2017). Por su parte, Stanley *et al.* (2016) indicó que el comportamiento de sextear también se ve influido por la dieta de los medios del adolescente. Esto hace referencia a la relación encontrada de las autopresentaciones sexuales en línea y la voluntad de participar en *sexting*.

En relación con lo anterior, Lievens (2014) menciona que los adolescentes que realizan publicaciones sexys en redes sociales suelen tener ma-

yor seguridad sexual y están más disponibles a realizar sexting, utilizando los mensajes como un medio de exploración sexual. Sin embargo, la autopresentación sexy en las redes sociales hace que el sexting sea un comportamiento que generalmente sea menos aceptado entre las adolescentes, debido a los factores de riesgo que se ven implicados y que pueden represar un problema mayor en el comportamiento del adolescente (Mercado *et al.*, 2016). Asimismo, los estudios mostraron hallazgos acerca del género siendo los adolescentes masculinos más propensos a autopresentarse sexualmente en línea. Esto podría deberse a que los hombres adolescentes tienen niveles más altos satisfacción corporal en comparación con las mujeres que en ocasiones suelen sentir insatisfacción corporal (Duno y Acosta, 2019; Manrique *et al.*, 2018; Sámano *et al.*, 2015).

Conclusión

Existe poca evidencia de estudios que aborden la autopresentación sexual en línea y sus predictores en concreto, y los estudios localizados corresponden a muestras muy similares, por lo cual resulta complicado deducir conclusiones certeras sobre la causalidad o factores que intervienen entre las variables. Lo anterior puede deberse a la poca exploración empírica del fenómeno. Sumado a esto, uno de los factores por los cuales no se ha estudiado lo suficiente es por la falta de diferentes instrumentos que sean validados en idiomas como el español. Como se puede apreciar, la mayoría de los estudios en esta revisión utilizaron el mismo instrumento en idioma inglés. La falta de instrumentos validados en otros idiomas dificulta la medición de este tipo de prácticas en términos sexuales en diferentes contextos sociales, es decir, en otros países y, por ende, los resultados pueden no ser los esperados.

Es importante señalar que los sitios de redes sociales hoy en día son fundamentales para todos los adolescentes; la manera en la que se desenvuelven y se exponen en estas plataformas cada vez es más explícita. Ante esta situación se sugiere más investigación acerca de este fenómeno no sólo de países de habla inglesa —ya que es fundamental conocer cómo se comportan los adolescentes en diferentes contextos—, y que en países con

idioma español se considere la relación de la autopresentación sexual en línea como un posible factor de comportamientos sexuales de riesgo del adolescente. Por último, en la presente revisión³⁷ se encontraron limitaciones como la escasez de estudios incluidos y búsquedas sólo en inglés y español, por lo que pueden existir estudios con la variable de interés en otros idiomas.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). El trabajo fue apoyado por la beca nacional de posgrados (PNPC: 005560), otorgada a Jennifer Francely Verdugo Calderón.

Bibliografía

- Alfonso, L., y Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 193-301.
- Arab, E., y Díaz, A. (2015). Impacto en las redes sociales e Internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 07-13.
- Ávila, C., Espinoza, J., Matos, C., y García, M. (2016). Estudio descriptivo de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de las zonas urbanas. *Horizonte de la Ciencia*, 6(10), 152-172. <https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2016.10.212>
- Baumgartner, S., Sumter, S., Peter, J., y Valkenburg, P. (2015). Sexual Self-Presentation on Social Network Sites: Who Does It and How. *Computers in Human Behavior*, 50, 91-100.
- Borras, E., y Hernández, B. (2017). Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(4), 625-634.
- Copper, P. (2020). *Social Media Marketing & Management Dashboard*. <https://blog.hootsuite.com/es/125-estadisticas-de-redes-sociales/>

Capítulo 16. Validación de una escala de espiritualidad en personas sexualmente diversas

[Validation of a Spirituality Scale in Sexually Diverse Individuals]

LEÓN FELIPE LEÓN-ZÁRATE¹

ALEJANDRA VIRIDIANA ESPINOZA-ROMO²

Resumen

Introducción: El bienestar espiritual es un factor de crecimiento personal y también un aspecto de trascendencia que acerca al ser humano a las respuestas que son necesarias para dar sentido a su vida, a lo cotidiano, el dolor y también al sufrimiento humano. *Objetivo:* Validar la escala de espiritualidad en personas sexualmente diversas, la cual busca medir el nivel de espiritualidad de quienes participan, con el propósito de crear una herramienta eficaz para los estudios cuantitativos en esta temática que atienda a esta población diversa. *Metodología:* Método cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal, compuesto por dos fases, la primera de ellas corresponde a la fase de acercamiento al significado psicológico de la espiritualidad, para ello se utilizó la técnica de redes semánticas naturales modificadas. Se hizo un muestreo no probabilístico casual, de manera virtual, que mide en una escala Likert de 1 a 6 cada uno de sus reactivos. *Resultados:* Se obtuvo la participación de 252 personas en total, de los 32 reactivos propuestos en el plan de prueba; tras su análisis con estadística paramétrica con el Software estadístico SPSS, se obtuvieron 15 reactivos divididos en tres factores: (1) sentido de vida ($\alpha = .89$), (2) relación con lo trascendente ($\alpha = .87$) y (3) autotrascendencia ($\alpha = .73$), con un alfa de Cronbach de toda la escala de $\alpha = .90$. *Conclusiones:* Dado lo descrito ante-

¹ Estudiante de posgrado en Ciencias del Comportamiento. Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7204-2723>

² Profesora-investigadora de tiempo completo. Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3688-674X>

riormente se puede concluir que el instrumento final obtenido, efectivamente, cumple con lo esperado; se desprenden resultados que permiten aseverar que los índices de validez y confiabilidad se cumplen como indicadores de las propiedades psicométricas de esta escala, dando el cumplimiento del objetivo planteado y estableciendo una herramienta pertinente para atender y exponer la situación en la esfera espiritual del desarrollo de esta población y sus necesidades específicas para futuros estudios.

Palabras clave: validación, espiritualidad, diversidad sexual, psicometría.

Introducción

El ser humano tiene necesidades en las dimensiones física, psicológica, espiritual, ambiental y social, en específico, la espiritualidad se relaciona con la esencia de la vida y el bienestar. Es esta dimensión un factor de crecimiento personal, un aspecto de trascendencia que acerca a muchas respuestas necesarias para dar sentido a la vida humana (Ortega *et al.*, 2015). Sessana, Finnell y Jezewski 2007, citados en Guirao (2013), han analizado el concepto de espiritualidad en la salud y han identificado cuatro acepciones de esta: la primera es como sistema religioso de creencias y valores; la segunda es en el sentido de la vida, propósito y conexión con los demás; la tercera, como sistemas de valores y creencias no religiosas, y finalmente, la cuarta, como un fenómeno metafísico o trascendente.

El *Diccionario Conciso de Psicología* de la American Psychological Association (2010) define espiritualidad como: (1) interés por o sensibilidad hacia las cosas del Espíritu o el Alma, sobre todo ⁴⁷ contraposición a las cosas materiales; (2) en términos más específicos, interés por Dios y sensibilidad hacia la experiencia religiosa, que puede incluir la práctica de una religión en particular, pero también puede existir sin dicha práctica, y (3) hecho o estado del ser incorpóreo. Por otro lado, Bianchi (2010), sobre la definición de espiritualidad, menciona que el espíritu alude a una fuerza que no es perceptible por los cinco sentidos, ya que el espíritu es un principio de vida y su dinamismo genera cambios, por lo tanto, la espiritualidad trata de la vida en forma individual y comunitaria que se vive

como un todo lleno de sentido, donde hay un deseo por alcanzar la unidad con el fundamento trascendente del universo en su totalidad. Este sentido y unidad tienen su base, entonces, en vivir la vida como una búsqueda constante de una relación en armonía con Dios, siendo este último un concepto personal, bajo cualquier circunstancia. Y Sandoval *et al.* (2014) definen la espiritualidad como el sentimiento de integración con la vida y el mundo, que se desarrolla para entender la existencia humana, su significado desde la individualidad y la relación con lo trascendente, que puede o no conducir al desarrollo de rituales religiosos y a la formación de comunidades.

La espiritualidad ha llegado a connotar algo más individual y experiencial, involucrando experiencias de trascendencia o de lo sagrado. Por otro lado, es vista como un concepto más universal e inclusivo por muchas personas que no dudan en identificarse a sí mismas como religiosas, lo cual connota algo más organizado o institucional, aunque hay muchas personas que se describen como espirituales, pero no religiosas, que puede ser más complejo. Sin embargo, durante el siglo pasado, la espiritualidad era ampliamente vista como algo inseparable de la religión, como algo que se esperaba especialmente de una persona profundamente religiosa (Oman, 2018).

Lemos (2010) afirma que tanto la psicología transpersonal como la teología de la espiritualidad cristiana confirman que no existe la conocida separación de cuerpo y espíritu. La corporalidad entonces evidencia —entre otras características— la identidad, individualidad y ubicación en el espacio y tiempo del ser humano. Tener plena consciencia de esto facilita acercarse hacia la comprensión del sí mismo, del ser en el mundo y de la trascendencia, y define la espiritualidad como un camino que lleva desde las preguntas fundamentales de la vida a la búsqueda, el reconocimiento, el contacto íntimo y continuo de lo que realmente se es, lo que permite como consecuencia crear relaciones sólidas y verdaderas consigo mismo, con las otras personas, con el entorno y con Dios.

La espiritualidad es una cualidad inherente al ser humano, así como un recurso importante a lo largo de la vida. En esta área de estudio, —específicamente en lo que refiere a grupos raciales, culturales y étnicos— se ha generalizado la referencia a la espiritualidad como la implicación de encontrar el trascender con el yo, la conexión con Dios, la naturaleza, un

poder superior, entre otros y el sentido de la vida. Una limitación para el estudio en este campo es que los estudios se han centrado en muestras cristianas y en población de clase media y de piel blanca, y el resto de las comunidades quedan en la periferia de estos estudios (Campesino *et al.*, 2009). Incluso, algunos investigadores han sugerido que la espiritualidad, en su esencia, no puede ser medida, aunque en contraste, otros señalan que se puede medir objetivamente como la esperanza, el afrontamiento o la adaptación (Weathers *et al.*, 2016).

Ruini (2017) menciona que la espiritualidad se puede conceptualizar como la búsqueda de lo sagrado abarcando no sólo el poder de Dios, si no también otras manifestaciones de lo divino y sus cualidades en la vida cotidiana y puede ser percibida a través de los subjetivos individuales que incluyen las intuiciones y fantasías, entonces, la espiritualidad puede ser un importante recurso existencial, un componente de identidad que concierne a un importante recurso existencial, un componente de identidad de la forma de ser en el mundo que implica la capacidad de aceptar y negociar con el misterio irresoluble de la vida, por lo que también se ha descrito bajo la categoría de virtud de trascendencia, proporcionando un sentido de conexión con algo más grande.

La espiritualidad puede influir positivamente en la salud humana en tres vías principales: (1) *Psicológico*: aplicando el uso de estrategias de regulación y adaptación, promoción de los procesos de significados, reevaluación de acontecimientos de la vida y locus de control interno. (2) *Social*: mayor intercambio de información, conductas saludables y virtudes, empoderamiento de la conexión social y el apoyo. (3) *Biológico*: impacto en las interacciones funcionales entre el hipotálamo-pituitaria-eje suprarrenal, sistema nervioso central, sistema endocrino, nervio autonómico-sistema vous y sistema inmunológico (Ruini, 2017). La espiritualidad se ha descrito como aceptación y bondad amorosa, y puede involucrar relaciones personales con una esencia poderosa, una fuerte conexión con la naturaleza y un respeto por todas las formas de vida, teniendo que ver con la compasión, el amor y la comprensión, puede haber una cercanía a un ser superior o Dios (McCann *et al.*, 2020).

El bienestar espiritual es un factor de crecimiento personal y también un aspecto de trascendencia que acerca al ser humano a las respuestas que

son necesarias para dar sentido a su vida, a lo cotidiano, el dolor y también al sufrimiento humano. La relación que existe entre la búsqueda espiritual y la raíz histórica y social de las acciones ha inquietado desde siempre a las personas que anhelan dar sentido a su propia existencia (Ortega *et al.*, 2015). Por lo que la espiritualidad es una esfera importante en la vida del ser humano para ser tomada en cuenta en el ámbito científico. Esto tomándola como un concepto único y marcando la diferencia que existe del concepto de religión, con el que puede confundirse y mal interpretarse, por el bajaje cisheteronormado que puede enmarcarle dependiendo de la institución religiosa y, por tanto, puede crear confusión en la población diversa sexualmente, dificultándole incluso la identificación de esta dimensión de su salud, así como las necesidades personales y beneficios que la espiritualidad aporta al ser humano.

Aunque ha habido un cambio positivo importante en las actitudes hacia las personas sexualmente diversas, obteniendo un mayor reconocimiento de su vida espiritual y religiosa, estas personas aún pueden enfrentar desafíos importantes para establecer un sentido de identidad en una heterogeneidad predominante en el mundo heterosexual cisgénero. En primer lugar, puede ser que estos desafíos se tengan que enfrentar sin el apoyo de la familia o compañeros y a menudo en entornos hostiles. Las respuestas sociales negativas pueden provocar sentimientos de culpa, vergüenza, desmoralización, baja autoestima y exclusión social, lo que finalmente se asocia con un significativo aumento de la depresión, la ansiedad y los pensamientos y comportamientos suicidas, así como la creación de vínculos fuertes al uso de sustancias y trastornos alimentarios. Cuando las personas sexualmente diversas se replantean la espiritualidad, pueden desarrollar estrategias de afrontamiento y resiliencia a través de un sentido de fe y la búsqueda afirmativa en el ámbito personal y de comunidades espirituales que son abiertas, solidarias y que validan las expresiones sexuales y la identidad de género y fomentan la buena salud mental (McCann *et al.*, 2020).

El cambio que se ha dado al contexto actual por personas con identidades sexuales y de género diversas, debido a su transición del espacio privado al público. El cambio se puede observar en su presencia y en las representaciones que se dan en la cotidianidad, en la exigencia al reconocimiento del derecho al matrimonio igualitario y a crear una familia, además, de

manera menos evidente, en la forma que las iglesias o comunidades cristianas se adaptan a este cambio (Bárceñas, 2011).

Se ha demostrado que la discriminación de la que son víctimas cotidianamente las personas que se identifican como sexualmente diversas tienen efectos psicológicos negativos (American Psychological Association, 2012), debido a la dificultad que tienen las personas sexualmente diversas para acceder a servicios básicos como la educación, justicia, sistema de salud e incluso al tránsito que se contraponen a los derechos de reunión y de participación a la vida social y pública (Renaud, 2014). Se puede observar entre los integrantes de ésta que los problemas más comunes de salud son el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como la ideación y el intento de suicidio, los cuales están relacionados con las experiencias de prejuicio, discriminación y violencia (Mendoza y Ortiz, 2015). La violencia y discriminación hacia las minorías sexuales es un daño al derecho a la igualdad ⁵⁸ una amenaza para la integridad y seguridad de las personas, además, constituye una injusticia social, por las consecuencias a medio plazo que el estigma y el descuido tienen sobre la salud de las minorías sexuales (Renaud, 2014).

La Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017, en su pronuntuario de resultados del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2018), señala que el porcentaje de personas gay, lesbianas, bisexuales o con otra orientación sexual distinta a la heterosexual es de 3.2%. Según el diagnóstico situacional de personas LGBTIQ en México (Mendoza y Ortiz 2015), el 66.95% de la población participante reportó haber sido discriminada alguna vez en su vida, por causa de su orientación sexual o identidad de género. En la encuesta “Conociendo nuestra diversidad: discriminación, sexualidad, derechos, salud, familia y homofobia” (Lozano y Salinas, 2016), de una muestra de 3 651 participantes diversos sexualmente, el 83.9% señaló tener crianza bajo la religión del catolicismo, y el segundo lugar está ocupado por aquellas personas ateas y agnósticas (6.9%), pero al respecto sobre la religión que practican en la actualidad, el 52.4% de las personas reportaron no practicar ninguna, y las personas católicas se disminuyeron a 49.6%, ya que este mismo estudio señala que el 30.8% fue víctima de discriminación en su ambiente religioso.

González (2001) y Moi (2005) mencionan que:

La segunda mitad del siglo xx marcó el inicio de un período clave para comprender la búsqueda de reconocimiento de la diversidad sexual dentro del campo religioso, ya que se caracterizó por un replanteamiento desde el campo científico sobre las formas en las que se entendían las prácticas no heterosexuales, como la transexualidad y la homosexualidad (citados en Bárcenas, 2014, p. 35).

La moral sexual del catolicismo hegemónico en México no sólo atenta contra el valor de la diversidad sexual y excluye la autonomía de las personas homosexuales, sino que además coarta los derechos humanos, que han venido reconociendo los derechos sexuales y reproductivos (Aguiló, 2009). Bárcenas (2014) afirma que la intersección entre la religión y la diversidad sexual crea el cuestionamiento sobre: ¿Cómo funciona la moral sexual diseminada por las religiones hegemónicas como un modelo de opresión y exclusión para las identidades diversas, sexualmente, con un fuerte carácter religioso? Como parte de su respuesta a este planteamiento, el autor señala que se disputan capitales culturales relacionados con la gestión y el acceso a los bienes que la religión ofrece, ya que en este marco es en donde se desarrollan los procesos de inclusión-exclusión, discriminación o normalización de las identidades sexuales, así como las distintas posiciones de la moral sexual.

Finalmente, es necesario señalar que el ser humano es un ser espiritual, pero para poder atender esta área de su vida debe conocer el concepto de espiritualidad, para así poder cuidar su salud de manera integral. Prima la necesidad de contar con instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas, para poder evaluar las variables de interés y, posteriormente, proponer acciones para mejorar el acceso de las poblaciones diversas sexualmente a espacios de crecimiento espiritual e incluso religiosos que respeten su identidad.

Métodos y técnicas de investigación

Bajo el diseño cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal, el presente estudio estuvo compuesto por dos fases, la primera de ellas co-

rrresponde a la fase de acercamiento al significado psicológico de la espiritualidad. Para ello se utilizó la técnica de redes semánticas naturales modificadas (Reyes, 1993). En esta etapa se contó con la colaboración voluntaria de 65 participantes, mismos que se obtuvieron a través de un muestreo no probabilístico casual (Bautista, 2015). Tanto los estímulos utilizados, como los resultados principales se presentan en la tabla 1.

Una vez obtenidos los datos de las redes semánticas se continuó con la elaboración del plan de prueba del instrumento considerando, de acuerdo con la propuesta de Frankl *et al.* (2003), la existencia de tres variables implicadas en el constructo de la espiritualidad, entre las que se encuentran: (1) sentido de vida, (2) relación con lo trascendente y (3) autotrascendencia, cuya definición se encuentra en la tabla 2. Posteriormente, dicho plan de prueba se sometió a una revisión por profesionales que incluyó a seis licenciados en psicología, un licenciado en mercadotecnia y una maestra en ciencias del comportamiento, y se determinó la mejor redacción para los reactivos, así como el contenido de estos. El plan de prueba final se

TABLA 1. Resultados de redes semánticas

<i>Para mí la religión es...</i>		<i>Para mí la espiritualidad es...</i>		<i>Desarrollo mi espiritualidad a través de ...</i>	
<i>Núcleo de la red</i>	<i>Peso semántico</i>	<i>Núcleo de la red</i>	<i>Peso semántico</i>	<i>Núcleo de la red</i>	<i>Peso semántico</i>
Creencia	62	Paz	83	Meditación	80
Fe	56	Amor	42	Oración	46
Espiritualidad	42	Tranquilidad	42	Conocimiento	40
Amor	26	Libertad	39	Amor	38
Control	24	Creer	32	Naturaleza	30
Esperanza	23	Fe	32	Fe	28
Paz	23	Armonía	30	Reflexión	24
		Energía	29	Acciones	23
		Conexión	25	Introspección	22
		Conciencia	21		
		Dios	18		

TABLA 2. *Plan de prueba final del constructo de espiritualidad*

<i>Sentido de vida</i>	<i>Relación con lo trascendente</i>	<i>Autotrascendencia</i>
Es la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal (Frankl <i>et al.</i> , 2003)	"Dedicación y devoción a algo más allá de sí mismo, a algo que se encuentre por encima de él" (Frankl <i>et al.</i> , 2003. pp. 69)	"La medida en que el hombre se aparta de sí mismo en cuanto deja de lado los intereses y la atención egoístas consiguiendo un modo auténtico de existencia" (Frankl, <i>et al.</i> , 2003. pp. 59)
1. Soy consciente de que mis acciones benefician o perjudican a otros. 2. Me adapto bien a los cambios que exige mi vida 3. Soy consciente de mi papel en la vida. 4. Me siento en paz con mi vida. 5. Mi existencia hace la diferencia en el mundo. 6. Mis decisiones me otorgan libertad. 7. Puedo afrontar los problemas manteniendo la paz. 8. Me es fácil encontrar el equilibrio emocional en caso de perderlo. 9. Acepto la muerte como parte de la vida. 10. Mi pasado me ayuda a aprender y mejorar.	1. Creo en una fuerza superior a mí. 2. Me comunico con una fuerza superior a mí. 3. Me reconforto en momentos difíciles ayudándome de espiritualidad. 4. Me siento en armonía con el universo. 5. Me siento en conexión con el todo. 6. Soy consciente del papel del todo en mi vida. 7. Mi relación con la vida me da paz. 8. Agradezco por lo bueno que me da la vida. 9. Busco aprender más sobre todo lo que me rodea. 10. Tengo fe. 11. Tengo una energía positiva. 12. Acepto que no tengo siempre el control total de lo que pasa a mi alrededor.	1. Actúo de la mejor forma posible de acuerdo con mis principios y valores. 2. Tengo pasatiempos y aficiones que realmente disfruto. 3. Suelo tomar consciencia de mi cuerpo. 4. Suelo tomar consciencia de mi mente. 5. Suelo tomar consciencia de mi yo interno. 6. Me siento en paz conmigo mismo. 7. Me expreso amor a mí mismo. 8. Me considero una persona libre. 9. Me hago responsable de mis decisiones. 10. He podido perdonarme por errores del pasado.

FUENTE: Elaboración propia.

puede observar en la tabla 2.

Entonces, con base en los resultados de la técnica de redes semánticas, se utilizaron los principales significantes para elaborar cada uno de los reactivos de la escala, para una mejor comprensión de la población objetivo del instrumento. Se continuó creando la escala en un formulario de la plataforma *Google Forms*[®] con el propósito de compartirlo a través de redes sociales y así asegurar las medidas de distanciamiento social y las recomendaciones sanitarias derivadas por la situación de pandemia por Covid-19. La escala está compuesta por 32 reactivos, con un formato de respuesta tipo Likert con seis opciones de respuesta que iban desde: 1 = Nunca, hasta 6 = Siempre, además, se incluyó una sección de datos sociodemográficos para su aplicación. Para esta fase se contó con la participación, a través de un muestreo por bola de nieve, de un total de 252 personas sexualmente diversas que accedieron a dar respuesta a la escala. La participación fue individual, voluntaria e informada, a través de un consentimiento informado, mismo que tendría que ser aceptado por los participantes para poder continuar con la fase de respuesta a la escala a través del formulario.

Resultados

De las 252 personas que decidieron participar en el estudio, se obtuvo la siguiente información con respecto a sus características sociodemográficas. De acuerdo con el sexo asignado al nacimiento, quienes participaron reportaron que el 43.7% fueron mujeres; 56%, hombres, y 0.4% fueron personas intersexuales; sobre la orientación sexual, el 55.2% es de personas homosexuales (lesbiana/gay); 1.6%, asexuales; 29.4%, bisexuales; 2.8%, demisexuales; 7.9%, pansexuales, y el 3.2% dijo que no tiene una orientación definida. Al cuestionarles sobre su identidad de género, el 76.5% se identificaron como cisgénero; 3.6%, como transgénero; 4.4%, como género fluido; 6.3%, no binaries; 4.8%, como *queer*, mientras que el 4.4% de personas afirmaron que aún no definen su identidad.

Se dividieron a los participantes en grupos de edad comprendidos en décadas. El 15.9% se encuentra en el grupo de menores de 18 a 20 años; 65.9%, de entre 21 a 30 años; 15.5%, de 31 a 40 años, y 2.8%, de mayores de 40

años. Asimismo, sobre su estado civil, el 78.2% está en soltería, 6.0% están en matrimonio, 0.4% se divorciaron y el 15.5% vive en unión libre. Sobre la escolaridad cursada, quienes participaron reportaron que el 23.8% realizaron un posgrado; 58.7% eran de educación universitaria; 13.9%, de nivel medio superior; 3.2%, de secundaria, y el 0.4%, sin escolaridad.

Para cumplir con el objetivo del presente proyecto, que se centró en la elaboración de una escala de espiritualidad para personas sexualmente diversas con propiedades psicométricas adecuadas, se siguió el procedimiento de validación psicométrica propuesto por Reyes y García (2008). En la primera etapa de revisión se comprobó que todos los reactivos evaluaran en el mismo sentido, de acuerdo con el diferencial semántico, para lo cual se realizó un análisis de frecuencia solicitando media, desviación estándar y asimetría, con el fin de verificar que no exista ningún valor fuera de rango o mal capturado, y que exista respuesta en cada uno de ellos. La dirección de respuesta en cada uno de los reactivos, de acuerdo con la tabla 3, dice que todos evalúan en sentido positivo, y finalmente la determinación del objeto de estudio de conductas típicas por medio del sesgo que debe ser menor a -0.5 y mayor a $+0.5$, de acuerdo con Reyes y García (2008).

Después de determinar que el registro de la base de datos se encontraba libre de errores, se generó una nueva variable, que es equivalente al resultado de la suma de cada uno de los reactivos de la escala, para proseguir a obtener los valores del segundo y tercer cuartil de esta variable mediante el análisis de frecuencias. Posteriormente, a partir de los valores obtenidos, se creó una nueva variable dicotómica basada en los cuartiles extremos de la suma de los reactivos, ⁷² misma que se utilizó como variable de agrupación para realizar pruebas *t* de Student para evaluar la capacidad de discriminación de cada uno de los reactivos por comparación de grupos extremos. Los resultados se presentan en la tabla 4.

TABLA 3. Análisis de frecuencias en las respuestas a cada reactivo de la escala de espiritualidad en personas sexualmente diversas

<i>Reactivos</i>	<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Siempre</i>
Soy consciente de que mis acciones benefician o perjudican a otros.	8	2	7	24	65	146		
Me adapto bien a los cambios que exige mi vida.	1	7	10	81	111	42		
Soy consciente de mi papel en la vida.	6	13	27	69	73	64		
Me siento en paz con mi vida.	3	12	34	68	89	46		
Mi existencia hace la diferencia en el mundo.	18	19	38	75	44	58		
Mis decisiones me otorgan libertad.	4	3	16	53	86	90		
Puedo afrontar los problemas manteniendo la paz.	1	20	26	80	89	36		
Me es fácil encontrar el equilibrio emocional en caso de perderlo.	5	25	42	84	69	27		
Acepto la muerte como parte de la vida.	8	5	15	26	62	136		
Mi pasado me ayuda a aprender y mejorar	0	7	5	35	69	136		
Creo en una fuerza superior a mí.	23	21	17	22	44	125		
Me comunico con una fuerza superior a mí.	48	34	35	35	50	50		
Me reconforto en momentos difíciles, ayudándome de espiritualidad.	33	26	38	40	57	58		
Me siento en armonía con el universo.	11	6	36	79	70	50		
Me siento en conexión con el todo.	23	13	40	75	53	48		
Soy consciente del papel del todo en mi vida.	17	14	31	63	74	53		
Mi relación con la vida me da paz.	4	13	25	69	89	52		
Agradezco por lo bueno que me da la vida.	3	6	20	39	68	116		
Busco aprender más sobre todo lo que me rodea.	1	0	3	32	81	15		
Tengo fe	25	23	13	40	70	81		
Tengo una energía positiva.	12	9	15	67	84	65		
Acepto que no tengo siempre el control total de lo que pasa a mi alrededor.	0	5	17	61	86	83		
Actué de la mejor forma posible de acuerdo con mis principios y valores.	0	0	3	36	105	108		
Tengo pasatiempos y aficiones que realmente disfruto.	1	0	13	39	81	118		
Suelo tomar consciencia de mi cuerpo.	0	4	22	49	98	79		
Suelo tomar consciencia de mi mente.	2	5	11	48	110	76		
Suelo tomar consciencia de mi yo interno.	6	13	18	58	98	59		
Me siento en paz conmigo mismo.	3	12	26	69	99	43		
Me expreso amor a mí mismo.	8	16	29	61	77	61		
Me considero una persona libre.	7	11	21	53	79	81		
Me hago responsable de mis decisiones.	0	0	9	18	81	144		
He podido perdonarme por errores del pasado.	7	8	30	56	77	76		

FUENTE: Elaboración propia.

TABLA 4. Análisis de discriminación de reactivos por diferencias entre grupos extremos

Variable	Bajo		Alto		t
	M	DE	M	DE	
Soy consciente de que mis acciones benefician o perjudican a otros.	4.76	1.16	5.70	0.74	5.54*
Me adapto bien a los cambios que exige mi vida.	3.87	1.00	5.21	0.64	9.08*
Soy consciente de mi papel en la vida.	3.35	1.31	5.24	0.85	9.80*
Me siento en paz con mi vida.	3.29	1.11	5.31	0.66	12.74*
Mis decisiones me otorgan libertad.	3.79	1.15	5.58	0.65	10.96*
Puedo afrontar los problemas manteniendo la paz.	3.51	1.17	5.07	0.74	9.13*
Acepto la muerte como parte de la vida.	4.76	1.52	5.36	1.07	2.60*
Mi pasado me ayuda a aprender y mejorar.	4.41	1.18	5.79	0.48	8.78*
Creo en una fuerza superior a mí.	3.57	1.80	5.57	0.89	8.07*
Me reconforto en momentos difíciles ayudándome de espiritualidad.	2.49	1.26	5.22	0.97	13.86*
Me siento en armonía con el universo.	3.05	1.12	5.39	0.67	14.47*
Me siento en conexión con el todo.	2.84	1.28	5.28	0.79	13.12*
Soy consciente del papel del todo en mi vida.	3.03	1.28	5.33	0.70	12.76*
Mi relación con la vida me da paz.	3.22	1.15	5.43	0.61	13.76*
Agradezco por lo bueno que me da la vida.	3.75	1.17	5.88	0.33	14.27*
Busco aprender más sobre todo lo que me rodea.	4.75	0.91	5.87	0.34	9.34*
Tengo fe	3.21	1.62	5.61	0.74	10.96*
Tengo una energía positiva	3.38	1.34	5.55	0.61	11.94*
Actuó de la mejor forma posible de acuerdo con mis principios y valores.	4.78	0.81	5.63	0.55	7.03*
Tengo pasatiempos y aficiones que realmente disfruto.	4.60	0.85	5.82	0.42	10.40*
Suelo tomar consciencia de mi cuerpo.	4.05	1.00	5.46	0.59	9.87*
Suelo tomar consciencia de mi mente.	4.13	1.03	5.57	0.50	10.16*
Suelo tomar consciencia de mi yo interno.	3.65	1.41	5.42	0.58	9.41*
Me siento en paz conmigo mismo.	3.32	1.09	5.34	0.64	13.01*
Me expreso amor a mí mismo.	3.00	1.16	5.45	0.68	14.74*
Me considero una persona libre.	3.51	1.35	5.46	0.72	10.34*
Me hago responsable de mis decisiones.	4.97	0.91	5.76	0.43	6.38*
He podido perdonarme por errores del pasado.	3.67	0.88	5.40	0.89	9.46*

NOTA: * $p < .05$.

FUENTE: Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados del análisis discriminante en los reactivos, se eliminaron los reactivos: "Mi existencia hace la diferencia en el

mundo”, “Me es fácil encontrar el equilibrio emocional en caso de perderlo”, “Me comunico con una fuerza superior a mí” y “Acepto que no tengo siempre el control total de lo que pasa a mi alrededor”, dado que su significancia fue mayor a 0.05. Posteriormente, se realizaron pruebas de consistencia interna, para ello, se realizó el análisis de alfa de Cronbach, donde se revisaron los valores de correlación de cada reactivo con el total, la correlación al cuadrado con los otros reactivos y el valor de modificación del estadístico de confiabilidad al eliminar el reactivo, obteniéndose un valor de alfa de Cronbach (α) del total de los reactivos restantes que es de 0.93. De acuerdo con los resultados del análisis, se encontró que todos los reactivos cumplían con las características esperadas, por lo que se consideraron los 28 reactivos para los siguientes análisis.

Para continuar con el proceso de validación del instrumento se realizó el análisis factorial, solicitando el Kaiser-Meyer-Olkin (κ_{MO}) y la prueba de esfericidad de Bartlett, misma que como resultado obtuvo el valor de 0.89, por lo que se determina que la cantidad de muestra es adecuada para este análisis, de acuerdo con Montoya (2007). El método de extracción utilizado fue por máxima verosimilitud y el método de rotación seleccionado fue varimax con un número máximo de iteraciones para convergencia de 250, visibilizando principalmente a los valores donde el valor absoluto fue mayor a 0.40, para la conformación de los factores. La estructura factorial se presenta en la tabla 5.

En la tabla 5, se presenta la estructura factorial resultante, así como los valores de la media, desviación estándar y alfa de Cronbach por factor, el alfa de Cronbach total de todos los factores es $\alpha = 0.90$, considerado excelente, de acuerdo con George y Mallery 2003 (citado en Frías-Navarro, 2021), explicando un total del 55.28% de la varianza.

Finalmente, para la escala de espiritualidad en personas sexualmente diversas, se obtuvieron tres factores: sentido de vida (F1), relación con lo trascendente (F2) y autotrascendencia (F3), con un alfa de Cronbach que se considera aceptable, compuestas por 8, 3 y 4 reactivos, respectivamente.

TABLA 5. Estructura factorial de la escala de espiritualidad en personas sexualmente diversas

<i>Variables</i>	<i>Relación</i>		
	<i>Sentido de vida</i>	<i>con lo trascendente</i>	<i>Autotrascendencia</i>
Me siento en paz conmigo mismo	0.80		
Me siento en paz con mi vida	0.77		
Me expreso amor a mí mismo	0.66		
Me considero una persona libre	0.65		
Mi relación con la vida me da paz	0.61		
Mis decisiones me otorgan libertad	0.60		
He podido perdonarme por errores del pasado	0.54		
Soy consciente de mi papel en la vida	0.48		
Me siento en conexión con el todo		0.84	
Soy consciente del papel de todo en mi vida		0.77	
Me siento en armonía con el universo		0.73	
Tengo pasatiempos y aficiones que realmente disfruto			0.62
Suelo tomar consciencia de mi cuerpo			0.62
Actué de la mejor forma posible de acuerdo con mis principios y valores.			0.52
Busco aprender más sobre todo lo que me rodea			0.52
Media	4.59	4.22	5.18
Desviación estándar	1.19	1.38	0.86
Alfa de Cronbach	.89	.87	.73
Varianza explicada	25.52	16.88	12.87

FUENTE: Elaboración propia.

Conclusión

Dado lo antes descrito, se puede concluir que el instrumento final obtenido, efectivamente, cumple con respecto a lo que se planteó en el plan de prueba. Además, se desprenden resultados que permiten aseverar que los índices de validez y confiabilidad —que son veraces indicadores de las

propiedades psicométricas de esta escala— se cumplen satisfactoriamente, dado el cumplimiento del objetivo planteado al inicio.

Se pretende que el presente trabajo permita que la escala de espiritualidad en personas sexualmente diversas pueda ser retomada y reproducida en el futuro, como una herramienta fiable de esta dimensión del ser humano en personas que son parte de esta población, y que sirva para lograr exponer sus necesidades y crear las estrategias para atenderles, de manera integral en el ámbito profesional e incluso personal, y cambiar el paradigma existente para una mejor praxis y eficiencia dentro de las ciencias de la salud.

De acuerdo con Bárcenas (2014), la atención a los asuntos espirituales para la diversidad sexual y de género crean un espacio en el que se busca el reconocimiento de las identidades no heterosexuales dentro del campo, lo que muestra que es posible conciliar las creencias con las diversas identidades sexuales, por lo que esta herramienta también propicia, dentro del ámbito científico, la apertura a la obtención de información de la considerada, por muchas autorías, como una minoría sexual para la profundización del conocimiento y para el tratamiento holístico de las necesidades de esta población específica, bajo una mirada humanística, inclusiva y multidisciplinar.

70

Agradecimientos

Los autores agradecemos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por el apoyo económico y académico, a través del Programa Nacional de Posgrados de Calidad, y a nuestra alma mater la Universidad de Guanajuato, así como a la DCE, Lucia Caudillo Ortega, por su asesoría y orientación.

Bibliografía

- Aguiló, A. (2009). Pensamiento abismal, diferenciación sexual desigual y homofobia eclesial. *Nómada: Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 23(3). <https://www.redalyc.org/pdf/181/18111418001.pdf>
- American Psychological Association. (2012). *Answers to your Questions: For a*

Capítulo 17. Percepción y conductas sexuales de riesgos en jornaleras yoreme-mayo frente a infecciones de transmisión sexual

[*Perception and Risk Behaviors in Yoreme-Mayo Day Laborers against Sexually Transmitted Infections*]

GINNE USSI APODACA-OROZCO¹

CELSO ORTIZ-MARÍN²

Resumen

85
Introducción: En los últimos años, las incidencias por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH y SIDA) en mujeres se han incrementado. Los estudios demuestran que estas infecciones se dan por diversas causas, entre ellas, por los factores socioculturales que hoy en día van más allá de los análisis epidemiológicos. Existen sectores vulnerables como es el caso de las trabajadoras jornaleras agrícolas indígenas, donde la expresión más visible es tema de inequidad social aunado a los sistemas de representaciones sociales e ideologías tradicionales sexuales, como poligamia, género asociado a la carga afectiva y simbólica que le confiere. Lo anterior pudiera incidir en la percepción del riesgo sexual, debido a los significados que las mujeres indígenas le otorgan al cuidado de su cuerpo, especialmente cuando se involucran órganos sexuales. *Objetivo:* Analizar las representaciones sociales de género de la percepción y conductas sexuales de riesgo frente a las Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres jornaleras yoreme-mayo. *Metodología:* Se utilizó el método cualitativo, con un marco epistemológico feminista y sustento teórico con base en la teoría de las representaciones sociales y género. Se manejó la técnica de observación participante y entrevista a profundidad para la obtención

¹ Doctorante del programa de Estudios Sociales. Universidad Autónoma Indígena de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3701-1630>

² Profesor-investigador. Universidad Autónoma Indígena de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5159-5479>

de datos. Para la sistematización de la información se hará uso del Software para análisis cualitativos de datos ATLAS. ti. *Conclusiones:* Es importante realizar investigaciones desde la mirada de la mujer, donde el principal interés sea el contexto social en el que se sitúa el sujeto de estudio. Por tanto, la articulación de la epistemología feminista y la teoría de las representaciones sociales ayudarán a analizar la percepción y conductas sexuales de riesgo a través de experiencias en torno al cuidado de su cuerpo frente a las ITS, desde un sistema transindividual y socioestructural.

Palabras clave: infecciones de transmisión sexual, percepción del riesgo, conductas sexuales de riesgo, representaciones sociales.

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son la mayor causa de infección en los órganos reproductivos. Ello provoca un impacto importante en la salud reproductiva en la mujer. A nivel mundial se estima que más de 1 millón de personas de 15 a 49 años contraen cada día una ITS, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) señala que anualmente se registran 376 millones de nuevos casos, con mayor prevalencia casos de clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis y sífilis. Asimismo, el virus del papiloma humano (VPH) se caracteriza como uno de los más comunes y agresivos, debido a que causa varios tipos de cáncer, siendo el más frecuente el cáncer de cuello uterino, que actualmente se ubica como la segunda causa de muerte en la mujer (Bray *et al.*, 2018, p. 420). Cabe destacar que la mayoría de los casos son asintomáticos o se acompañan de síntomas leves que no siempre permiten diagnosticar una infección a tiempo.

La OMS (2019) menciona que otro virus que destaca por su alta incidencia es el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), pues cerca de 36.9 millones de personas lo padecen, las cuales están distribuidas en diferentes grupos poblacionales, entre ellos mujeres indígenas. Los estudios demuestran que el 50% de las mujeres lo han adquirido en relaciones heterosexuales. En América Latina y el Caribe, 15 de cada 100 personas en edad reproductiva presentan alguna ITS; la tasa de infección en algunas regiones

del mundo en vías de desarrollo es hasta tres veces más alta que en el mundo desarrollado; alrededor de 72 000 mujeres son diagnosticadas, y se estima que 34 000 mueren por alguna ITS; durante el 2018 se registró un total de 3 792 nuevos casos de VIH, mismo que representó el 21% a nivel mundial (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2018).

Para el caso de México, el programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONU/SIDA) declaró que tiene una epidemia concentrada en cuatro grupos específicos: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, mujeres transgéneros y personas que usan drogas inyectadas. Durante el 2019 se obtuvo un registro de 13 876 nuevos casos (8 757 de VIH y 5 119 de SIDA), de los cuales el 84.9% correspondió a casos en hombres y el 15.1% a mujeres. Cabe destacar que en un periodo de 36 años las entidades con más casos reportados son: la Ciudad de México con 16.3%, Veracruz con 11.7% y el Estado de México con un 8.4%, respectivamente, de los cuales el 82.2% correspondió a casos en hombres y el 15.1% a mujeres. Sin embargo, existen diferencias significativas en casos de mujeres en algunas entidades como Chiapas con el 25.8%, Guerrero con 24.7% y Campeche con 21.6%.

Durante el primer trimestre del 2017, se reportaron 1 883 nuevos casos con VIH. Para junio del 2018 se registraron 141 000 personas con VIH, de las cuales 26 000 son mujeres, y los grupos de edad que más prevalecen son entre 15 a 49 años. Cabe destacar que las ITS se encuentran entre los primeros cinco lugares en demanda de consulta en el primer nivel de atención médica (Instituto Nacional de Mujeres [Inmujeres], 2019). Herrera y Campero (2002) aluden que las epidemias causadas por alguna ITS y VIH se han estabilizado. Sin embargo, es preocupante el número de mujeres que acuden a tratar alguna ITS, quedando aún más vulnerable a la adquisición del VIH.

En lo que respecta a Sinaloa, la tasa de morbilidad por ITS en mujeres ha aumentado por entidad federativa, según datos registrados entre 1983-2014. Entre las principales transmisiones sigue prevaleciendo la vía sexual con un 90.6%; 4.7%, perinatal, y 4.6%, sanguínea. Durante el 2019, se registró un incremento en atención de casos de ITS; se presentaron alrededor de 208 casos nuevos. Actualmente suman 1 270 pacientes con un diagnóstico de VIH positivo entre la población de 30 a 45 años, seguido de jóvenes

de 20 a 25 años. Asimismo, otra ITS que prevaleció en jóvenes de 20 a 27 años del Estado de Sinaloa fue la sífilis transmitida por prácticas sexuales sin protección (Aldapa, 2019).

El Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y SIDA (CENSIDA, 2018) alude que aun cuando, epidemiológicamente, el Estado de Sinaloa no sea para México un estado de alta incidencia de ITS (como Campeche, Guerrero, Chiapas, Quintana Roo, Yucatán y Tabasco), es importante abordar a grupos poblacionales con mayor desigualdad y vulnerabilidad. Durante el 2011, mediante un diagnóstico situacional, se dio a conocer la situación que viven los pueblos indígenas en torno al ITS y VIH. Este diagnóstico sostiene que entre esta población existe diferentes factores socioculturales que determinan el riesgo de contraer una ITS y VIH (Comisión Interamericana de los derechos humanos [CIDH], 2011).

En los últimos años se ha demostrado que los pueblos indígenas están siendo víctimas de presencias de ITS y de la epidemia del VIH/SIDA, por lo que las mujeres indígenas deben ser orientadas sobre temas de sexualidad y riesgos existentes. Es importante dejar de generalizar que los programas de salud funcionarán para todos; lo anterior debe tratarse desde la óptica de la interculturalidad (Ponce *et al.*, 2011). Actualmente, existe una diversidad de culturas delineadas por etnias donde se involucran valores, tradiciones, estereotipos, vivencias. Lo anterior son aspectos que pudieran incidir en la percepción y conductas sexuales de riesgo frente a las ITS de mujeres jornaleras yoreme-mayo.

La población de mujeres jornaleras indígenas se caracteriza por ser un grupo socialmente vulnerable. Actualmente, la mujer hace frente a los procesos de construcción social, esas prácticas sociales que la han etiquetado como menos competente. Las oportunidades en el campo no se dan por igual entre hombre y mujeres; su trabajo es desvalorizado debido a que el enfoque de género va más allá de sus derechos laborales. Lo anterior ha marcado brecha a la precariedad laboral y pobreza, razón que ha obstaculizado y minimizando oportunidades, situación que pudiera tener un impacto en la atención oportuna y acceso a la salud. Las ITS en mujeres indígenas pueden darse por diferentes cuestiones, entre ellas, se encuentran los factores socioculturales. Socialmente, las poblaciones indígenas son grupos extremadamente conservadores que comparten las mismasocio-

nes y prácticas, sin embargo, sus representaciones pudieran ser distintas pero orientadas por un mismo principio ideológico.

Al ser la población de mujeres jornaleras yoreme-mayo un contexto situado, el punto de referencia de la presente investigación es la tendencia epistemológica feminista, debido a que través de su metodología se pretende hacer uso de herramientas para interpretar la realidad, asimismo, se hará un puente para articular la teoría de las representaciones sociales y género, para analizar la percepción y conductas sexuales de riesgo frente a las Infecciones de Transmisión Sexual, en mujeres jornaleras yoreme-mayo. Esta teoría es fundamental, ya que a través de ella se podrán analizar las representaciones sociales que forman parte de un sistema ideológico que se construye y deconstruye dentro de la cultura.

Metodología

Durante los primeros 20 años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, la metodología era sinónimo de metodología cuantitativa que se desarrolla bajo la tutela del Positivismo. En los años cincuenta y sesenta del siglo pasado permeaban, en las ciencias sociales, las investigaciones cuantitativas. En estos mismos años, los científicos dan un giro a la metodología y se acercan a las humanidades interesándose por analizar el sentido que los individuos atribuyen a sus actos y a su entorno. Durante esta época se generaron grandes narrativas teóricas; se retoma la propuesta de los estudios hermenéuticos con Georg Gadamer, dando lugar a la reflexión sobre la subjetividad, intersubjetividad y simbolismo, centrándose en los significados, pensamientos, actitudes, comportamientos y prácticas con base a la realidad social y experiencias originarias de los sujetos, dando paso a una metodología cualitativa desde el pensamiento social (Patton, 2012).

La investigación cualitativa tiene un enfoque multimetodológico; su epistemología orienta hacia un enfoque interpretativo y naturalista, que permite tener acceso a las narrativas personales de los sujetos de estudio; a través de esta práctica interpretativa se pueden visualizar las representaciones y experiencias vividas de los sujetos (Denzin y Lincoln, 1994, p. 2). De este modo, al implementar la metodología con base en el modelo cuali-

tativo se procura situar la investigación en un paradigma comprensivo inductivo, con la finalidad de crear una interacción natural con el sujeto de estudio. La percepción y las conductas sexuales de riesgo se explicarán desde un estudio a profundidad. Para ello se retoma la epistemología feminista, articulada con la teoría de las representaciones sociales. Investigaciones que han trabajado con la presente metodología, han demostrado la compatibilidad de sus métodos, lo que ha permitido trabajar a profundidad con sujetos situados.

Epistemología feminista

La epistemología feminista es considerada una nueva tendencia en la investigación. Ha dado un cambio pragmático al tener una dirección pluralista, reconocer la multiplicidad y tomar en cuenta la proliferación de diversos puntos de vistas de mujeres (indígenas, negras, chicanas, latinas, lesbianas, jóvenes) (Blázquez, 2014, p. 36).

El conocimiento científico se había nutrido de investigadores masculinos. La historia de las mujeres se encontraba bajo la sombra de las teorías, métodos y categorías que al darse a conocer se mostraban de manera deformada por la perspectiva masculina (Riegraf y Aulenbacher, 2009, p. 535). No obstante, las investigaciones feministas inician en los años setenta. A través de ellas se ha estudiado la ausencia de la mujer en la ciencia. A principio de los años ochenta, algunas científicas —entre ellas Evelyn Fox, Linda Alcoff, Elizabeth Potter y Sandra Hardin— se abocaron a dilucidar los vínculos entre el feminismo y ciencia, hablando claramente de una metodología y de la existencia de técnicas de investigación feminista, que puede ser aplicadas en diferentes contextos y situaciones, señalando que existen distintas formas de ver la realidad (Bartra, 2012, p. 69).

A través de la epistemología feminista se producen diferentes formas de conocimientos, debido a los diversos campos multidisciplinares (Ciencias Sociales, Filosofía, Literatura y Psicología) y a la pluralidad metodológica que se maneja. Esta metodología se determina por el carácter intrínseco de enfoque crítico. Su objetivo es el cambio social, el rescate de las experiencias femeninas, la capacidad de la mujer del control sobre su vida y cuerpo, así como el empoderamiento de los grupos oprimidos (...) como

es el caso de mujeres jornaleras indígenas. (Guba y Lincon, 1994; Eichler, 1988; León, 2000). Ante este cambio epistemológico, la presente investigación requiere agotar el espectro de forma adecuada, siguiendo un orden lógico que permita visualizar los contextos de las mujeres que hasta el momento habían permanecido ignorados y negados, esas voces que no habían logrado hacerse oír en la ciencia dominante (Riegraf y Aulenbacher, 2009).

Lo anterior tiene como propósito mantener una postura ética para dar respuesta a los objetivos planteados, mediante la recolección de datos, lo más verídicamente posible, para poder observar acciones, captar sentimientos, valores e identidades que pudieran estar influenciados por los sistemas de representaciones sociales y género, que inciden en la percepción y conductas sexuales de riesgo frente a las ITS de las mujeres jornaleras yoreme-mayo, de la comunidad de La Palma, Charay, El Fuerte.

Epistemología feminista y la teoría de las representaciones sociales

La epistemología feminista se caracteriza por tener presente tres componentes importantes que clarifica el objeto de estudio: (a) *Método*: las investigaciones feministas utilizan técnicas o métodos que han sido ejecutados en investigaciones androcéntricas, como escuchar a los informantes, la observación de comportamientos, examinan documentos y registros históricos, pero este tipo de estudios ejecutan las técnicas que se consideran adecuadas para esclarecer temáticas y problemáticas que habían sido invisibilizadas e ignoradas. (b) *Metodología*: es considerada el orden metodológico; es utilizada como la teoría sobre los procedimientos que se sigue para el análisis de la información. (c) *Epistemología*: es la ciencia del conocimiento científico, sin embargo, la epistemología desde la visión feminista es vista por las investigadoras como una estrategia para justificar las creencias, tradiciones, prácticas, costumbres y valores que discriminan a la mujer (Baltra, 2012).

En el caso de la teoría de las representaciones sociales, ésta permite explorar los vínculos entre lo social y la subjetividad, la sociedad y el individuo, lo micro y macro. Para su formación intervienen dos mecanismos

denominados objetivación y anclaje. El primero transforma lo social en un conocimiento, convierte lo abstracto en concreto. El anclaje transforma lo extraño en familiar, inserta el objeto de representación como marco de referencia, lo anterior depende del enraizamiento social y cultural de las representaciones (Araya, 2002).

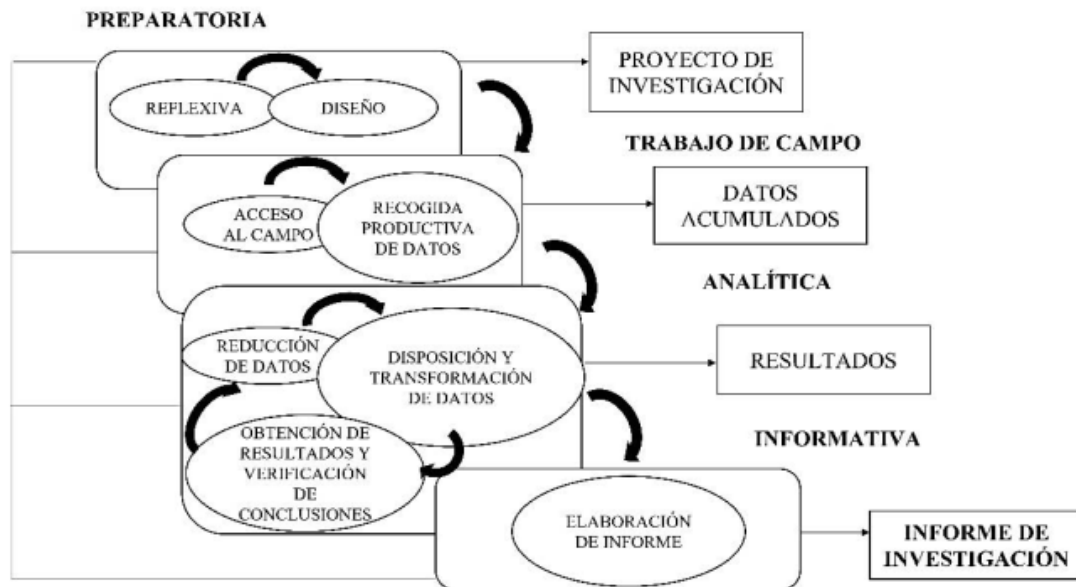
La intención de la epistemología feminista y de la teoría de las representaciones sociales es explorar la interconexión de experiencias emocionales, cognitivas y físicas, así como la frontera entre la razón, el sentido común y emoción, sujeto y objeto; ambas argumentan la importancia de tomar dimensiones subjetivas, afectivas y culturales en la construcción del saber y en las acciones humanas (Arruda, 2002).

Metodología feminista cualitativa

La metodología feminista se aboca al estudio de cualquier objeto/sujeto. Su objetivo, particularmente, es mejorar la condición de la mujer (Blázquez, 2014). Por tanto, a través de esta metodología, se elegirán métodos y técnicas que ayudarán a construir el camino de la investigación visualizando diferentes ámbitos, fases y situaciones complejas. Para dar respuesta a los objetivos planteados, se requiere analizar las acciones y prácticas de prevención desde las representaciones y nociones en torno a los riesgos de contraer una ITS, lo cual se encontrará en los significados que otorgan las mujeres jornaleras yoreme-mayo. Debido a la sensibilidad que conlleva el tema de las ITS en mujeres indígenas, las técnicas de intervención y recolección de datos se eligieron en función de los objetivos planteados, observando de forma particular elementos simbólicos y afectivos en el diálogo.

Como se aprecia en la figura 1, la investigación cualitativa consta de varias fases, la primera es la preparatoria. Dentro de ella se encuentra la etapa reflexiva y de diseño. Durante esta fase se realizó una búsqueda sistematizada de información en bases de datos de PubMed, SciELO, Redalyc, Web of Science, Latindex, Lilacs y BVS. Lo anterior se realizó mediante la combinación de palabras claves de acuerdo con el objeto de estudio, que tiene que ver con la percepción del riesgo sexual, conductas sexuales de riesgo, infecciones de transmisión sexual, mujeres indígenas, factores socioculturales, género y representaciones sociales, asimismo, se

FIGURA 1. Fases y etapas de investigación cualitativa



FUENTE: Elaborado por Rodríguez, Gil y García, 1996.

contrastaron estudios relacionado con las ITS en mujeres. A partir de la revisión de la literatura se construyó el ensamblaje de categorías.

Durante la etapa de diseño de investigación se definió la población de estudio, seleccionando a mujeres indígenas yoreme-mayo en edad reproductiva, que se dedican al trabajo agrícola de la comunidad de La Palma, Charay, El Fuerte, dado que la literatura consultada muestra poca evidencia de estudios que aborde a la presente población. Por otro lado, por la situación de vulnerabilidad que se vive dentro de los pueblos indígenas, se ha demostrado que dentro de estas poblaciones existen diferentes factores socioculturales que determinan el riesgo, por lo que no está exentos de contraer alguna ITS o inclusive que sean portadores del VIH/SIDA.

La segunda fase de la investigación cualitativa se compone de dos etapas: acceso al campo y recogida productiva de datos. La información recolectada tendrá que ver con eventos e interacciones, comportamientos que son observables, incorporando información de las participantes en torno a sus experiencias, creencias y representaciones que dicen, piensan y sienten. No obstante, la intención es captar el sentido de sus actos, las voces de las mujeres indígenas y sus particularidades.

Para el trabajo de campo y el proceso de recolección de datos, se diseñó una guía temática con la finalidad de no dejar de lado información. Posteriormente se solicitará la autorización por escrito a las autoridades la comunidad de La Palma, Charay, El Fuerte, para dar a conocer el objetivo y el aporte de la investigación, así como los beneficios que se obtendrán. En un segundo momento, se contactarán a informantes claves de la comunidad e instituciones de salud, para proceder a solicitar el apoyo para contactar a mujeres indígenas en edad reproductiva que se dediquen al trabajo agrícola. Para ello se hará uso de la técnica de cadena o por redes (Bola de nieve), para el caso que se identifiquen participantes claves con los criterios de inclusión que se requieren.

La tercera vista tendrá como finalidad invitar a mujeres jornaleras indígenas a participar en el estudio, asimismo, explicará el objetivo que se pretende con la investigación, y se hará énfasis en que la información que brinden se conservará de manera anónima, y los datos recabados serán utilizados por la investigadora de manera confidencial. Por último, se acordará día y hora para la entrevista con la finalidad de no afectar sus actividades.

Técnicas de recolección de la información

Observación participante

Para la recolección de la información se utilizará la técnica de la observación participante. A través de esta estrategia metodológica se comparten contextos y espacios vitales; se obtienen datos espontáneos y naturales expresados por el sujeto de estudio. Esta técnica permitirá recoger información fidedigna de las costumbres, ideales, aspiraciones, necesidades (Rodríguez *et al.*, 1999). La observación participante es una técnica útil en investigaciones cualitativas, debido a la forma intensa en la que el observador penetra en la vida de los grupos y comunidades (Taylor y Bogdan, 1986). Aunado a lo anterior, se diseñará un protocolo de observación con la finalidad de plasmar las experiencias, reflexiones, eventos y actividades. A través de las notas de campo el investigador, plasmará las narrativas de las

mujeres jornaleras yoreme-mayo, en torno a las experiencias sobre el cuidado de su cuerpo frente a las ITS, relacionadas con las representaciones sociales y de género.

Entrevista a profundidad

Con base en la naturaleza de la investigación, se optó por llevar cabo entrevistas a profundidad, definidas como la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio. Es una técnica flexible y abierta, que permite comprender y alcanzar una respuesta subjetivamente sincera más que objetiva. A través de esta técnica se recogerá información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas tales como: creencias y actitudes, opiniones, valores o conocimiento que, de otra forma, no podrían ser estudiadas.

La entrevista a profundidad se adentra en el mundo de los sujetos para identificar cómo y en qué condiciones trabajan o viven (Belzunegui *et al.*, 2012). El valor de la presente herramienta metodológica es brindar reconocimiento a la palabra del sujeto en estudio (Blázquez *et al.*, 2014). La entrevista a profundidad se realizará con base en un seguimiento de un guion de entrevista, con tópicos, de acuerdo con los objetivos planteados. El diseño de lo anterior ayudará a tener presentes los temas evitando extravíos y dispersión de la información (Robles, 2011).

TABLA 1. Estructura metodológica de la construcción de la guía de entrevista

<i>Categorías</i>	
Información sociodemográfica	Infecciones de transmisión sexual
Derechos sexuales/género	Percepción del riesgo sexual
Factores socioculturales	Conductas sexuales de riesgo
Métodos anticonceptivos	Sexualidad

FUENTE: Elaboración propia para la estructura de guía de entrevista.

Antes de iniciar con entrevista a profundidad, se dará lectura del consentimiento informado. A través de él se proporcionará una explicación formal de estudios; se hará hincapié en que la información obtenida durante la entrevista será resguardada por la investigadora, cuidando en todo

momento su privacidad. Asimismo, se hará énfasis en que al sentirse incómoda tiene el derecho a no contestar, inclusive, a retirarse del estudio en cualquier momento que lo decida.

Para la recolección de datos se hará uso de audiograbaciones, con el objetivo de obtener una efectiva colecta de datos. Lo anterior facilitará elaborar transcripciones y descripciones detalladas. La información obtenida mediante la entrevista y el diario de campo se organizarán a través del programa informático de análisis cualitativo ATLAS-ti.

Conclusiones

Los problemas de salud hoy en día deben ser tratados desde de un enfoque social. En México existen poblaciones vulnerables como es el caso de los pueblos indígenas, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas determinan de manera positiva o negativa su salud. En las comunidades indígenas existe una acumulación epidemiológica, en donde persisten enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades transmisibles como es el caso de las ITS/VIH/SIDA; en los últimos años se ha evidenciado un incremento en la morbilidad y mortalidad en mujeres. Es importante destacar la necesidad de realizar investigaciones desde un enfoque social, desde una visión multicausal, debido a que existen diferentes matices que limitan a las mujeres indígenas a una atención a la salud preventiva. Se hace importante posicionar la presente investigación desde la mirada de la mujer para analizar los problemas relativos de las mujeres —a través de las narrativas—, sus experiencias, opiniones, creencias e ideologías, para de esta manera acercarnos a las representaciones sociales en torno a los riesgos de contraer alguna ITS/VIH/SIDA.

Bibliografía

- Aldapa, G. (2019). *La práctica de las relaciones sexuales debe ser seguras y protegidas*. Secretaría de Salud. <https://saludsinaloa.gob.mx/index.php/2019/03/12/la-practica-de-relaciones-sexuales-debe-ser-seguras-y-protegidas-12-de-marzo-del-2019/>

Capítulo 18. Autoeficacia para la comunicación sexual en padres de hijos con discapacidad intelectual

[Self-Efficacy for Sexual Communication in Parents of Children with Intellectual Disabilities]

TATIANE GERALDA-ANDRÉ¹
CAROLINA VALDEZ-MONTERO²

Resumen

Introducción: El concepto de autoeficacia tiene implicaciones para la práctica de enfermería, debido a que la clave para promover la autoeficacia es ayudar a los pacientes a aprender nuevos comportamientos a través del modelado o aprender a modificar el comportamiento desadaptativo existente mediante el cambio del refuerzo anticipado. *Objetivo:* Reflexionar sobre el uso de la autoeficacia para la comunicación sexual en padres de hijos con discapacidad intelectual por medio de la investigación empírica e intervenciones. *Metodología:* Estudio teórico, analítico sobre el cuerpo de conocimientos sobre un tema específico. *Resultados:* La comunicación sexual entre padres e hijos es importante para la transmisión de información, valores y habilidades de toma de decisiones sexuales para todas las personas, incluidas las personas con DI. Además, la comunicación sexual entre padres e hijos en etapas tempranas es beneficiosa para evitar riesgos, como el abuso sexual, prevención de embarazos, conocimientos sobre su cuerpo y cambios en etapas de transición como es la adolescencia. *Conclusiones:* La autoeficacia desempeña un papel predictor para la comunicación sexual entre padres e hijos.

¹ Profesora. Instituto de Ensino Superior "Presidente Tancredo Neves", São João del Rei, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1059-0548>

² Profesora -investigadora. Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087>

Palabras clave: autoeficacia, sexualidad, discapacidad intelectual, comunicación sexual.

Introducción

La *autoeficacia* ha sido bastante discutida en la literatura de la psicología social, sin embargo, este concepto ha sido adaptado a la enfermería como un importante predictor de conductas de salud (Olivari Medina y Urra Medina, 2007). El concepto de autoeficacia tiene implicaciones para la práctica de enfermería, debido a que la clave para promoverla es ayudar a los pacientes a aprender nuevos comportamientos a través del modelado o aprender a modificar el comportamiento desadaptativo existente mediante el cambio del refuerzo anticipado (Zulkosky, 2009). El comportamiento se aprende, principalmente, a través del aprendizaje observacional y se enseña a través del modelado (Bandura, 1997).

La ²autoeficacia defiende que parte de la conducta de los seres humanos busca una finalidad e incluye los objetivos deseados. No obstante, el establecimiento de objetivos está influenciado debido a las autoestimaciones de las capacidades, de manera que, cuanto más alta sea la autoeficacia percibida, los objetivos también son más fuertes y consecuentemente es más el compromiso de la persona para alcanzarlo (Bandura, 1987). El concepto de autoeficacia también es mencionado por Nola J. Pender en el Modelo de Promoción de la Salud. Para la autora, la autoeficacia percibida ¹⁵constituye uno de los conceptos más importantes que se encuentra dentro del modelo, porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta; conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud ²específica (Pender, Murdaugh, y Parsons, 2011).

En ese sentido, el concepto de autoeficacia se ha utilizado con diversos fines y siempre indagando la confianza que tienen las personas para algún aspecto en particular (Bandura, 1977). Asimismo, se puede destacar que el uso del concepto de autoeficacia ha sido explorado entorno a la sexualidad, como en la autoeficacia para la comunicación sexual que es la confianza

que tiene el padre o madre para hablar de temas sexuales (M. Aracely 2007). Además, estudios previos han abordado la autoeficacia como un predictor de la conducta sexual segura (López y Moral, 2001; Ballester, Gil-Llario, Ruiz-Palomino y Giménez-García, 2013), e investigaciones sobre la autoeficacia pueden apoyar el éxito de estrategias educativas para disminuir la conducta sexual de riesgo, y al mismo tiempo promover la salud y conducta sexual responsable (Castillo-Arcos *et al.*, 2015).

Investigaciones previas han abordado la autoeficacia percibida en relación a la comunicación sobre temas sexuales entre padres e hijos normotípicos y neurotípicos (Castillo-Arcos *et al.*, 2015; Holmes, 2019). Estudios indican que la autoeficacia para la comunicación sexual tiene un papel fundamental en la comunicación sexual de padres e hijos (Dilorio, McCarty y Denzmore, 2006). Debido a lo anterior, el presente capítulo tiene como objetivo reflexionar sobre el uso de la autoeficacia para la comunicación sexual en padres de hijos con discapacidad intelectual utilizando investigación empírica e intervenciones.

Definiciones de autoeficacia

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura (1977) y representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva. Ese concepto fue creado por medio principalmente de dos ideas, la primera es que las intervenciones que cambian el ambiente son eficaces para modificar la conducta y la segunda que la intervención cognitiva del sujeto es imprescindible. En ese sentido, se identifica la autoeficacia como un estado psicológico en el cual la propia persona se autoevalúa en relación a su capacidad y habilidad de realizar una determinada tarea, actividad, conducta, entre otros, en una situación específica (Bardales, Díaz, Jiménez, Terreros, y Valencia, 2006). Bandura (1997); señala que la autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento.”

Bandura (1987) apunta que la autoeficacia es la confianza que la persona tiene en sí misma para organizar y ejecutar acciones, con el objetivo de manejar situaciones prospectivas. La autoeficacia también se relaciona con

los juicios acerca de su conocimiento y habilidad para realizar una actividad particular en la que se anticipan resultados exitosos. de acuerdo con el autor, las expectativas de autoeficacia determinan las expectativas de resultado. Por lo tanto, es posible sugerir que los resultados que esperan las personas dependen, en gran medida, de sus creencias de eficacia personal. Las personas que perciben un nivel alto de autoeficacia confían más en sus capacidades para someterse a diferentes tipos de demandas ambientales.

Según Bandura (1997), las personas que logran un control sobre los sucesos que perturban sus vidas, y son capaces de tomar acciones futuras para evitar que vuelvan a suceder, tienen un nivel elevado de autoeficacia. Esta lucha por lograr el control de las situaciones es una alternativa para garantizar beneficios personales y sociales. Por otro lado, cuando un individuo es incapaz de ejercer control se crea aprehensión, apatía o desesperación. La capacidad percibida de que se puede producir el resultado esperado proporciona incentivos para llevar a cabo la conducta en cuestión.

La autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 2001). Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y auto-desvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001). Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura, 1997).

Para Pender *et al.* (2011), la autoeficacia percibida puede ser definida como el juicio sobre la competencia personal para organizar y ejecutar un comportamiento de promoción de la salud, esto es la autoconfianza en la realización de la conducta de salud con éxito. La autoeficacia percibida influye en las barreras percibidas para la acción, por lo que una mayor eficacia da como resultado una menor percepción de las barreras para el desempeño del comportamiento. Además, la competencia percibida o la autoeficacia para ejecutar un comportamiento dado incrementan la probabilidad de compromiso con la acción y el desempeño real del comportamiento. Por lo tanto, como menciona los autores, la autoeficacia tiene la

capacidad de influir positivamente o negativamente en tres factores principales del comportamiento humano: en el ámbito, en el ámbito cognitivo y en el ámbito conductual (Olivari Medina y Urra Medina, 2007), es así como la autoeficacia determina y predice en gran parte comportamientos y acciones a futuro.

Investigaciones empíricas

La comunicación es un proceso muy importante para transmitir ideas, creencias y valores que sirvan de guía para tomar decisiones en un contexto particular (Sousa, Fernandes y Barroso, 2006). Los padres tienen la oportunidad de ser los primeros en comunicarse con sus hijos(as) acerca de temas importantes que influyen en su desarrollo (Jerman y Constantine, 2010). Según, Jerman y Constantine (2010), la comunicación sobre temas de sexualidad entre padres e hijos usualmente se presenta como un reto para ambos, principalmente, para los padres.

Particularmente, los padres con hijos con discapacidad suelen sentir incómodos al hablar de salud sexual y reproductiva, por lo que los hijos se ven privados del acceso a la información básica sobre cómo sus cuerpos se desarrollan y cambian al crecer o cómo negociar relaciones seguras (UNICEF, 2013). Mackin, Loew, González, Tykol, y Christensen (2016) señalan que existen barreras de comunicación con relación a la educación sexual entre padres e hijos con DI; sugieren que los padres pueden lograr una mejor comunicación con sus hijos si cuentan con información precisa, clara, coherente y específica sobre sexualidad. Además, los autores señalan que los padres se sienten mayormente seguros en abordar temas sexuales con sus hijos cuando han recibido información confiable de profesionales y cuando sus hijos muestran interés sobre su salud sexual.

Estudios señalan que personas con discapacidades intelectuales pueden demostrar comportamientos incontrolados, como jugar con el órgano sexual, besarse en los labios, alcanzar los senos o los genitales del sexo opuesto, desvestirse en cualquier lugar y la masturbación incontrolada en el período de la adolescencia (Ballan, 2012; Holmes *et al.*, 2016). De esa manera, el comportamiento sexual de una persona con discapacidad varía

según el estado de discapacidad mental y, por lo tanto, según el nivel de entrenamiento. Muchas veces esas personas no pueden compartir conocimientos y experiencias sexuales con sus familias, como sus compañeros, y experimentan dificultades para comprender la complejidad de la sexualidad y, de manera consecuente, controlar el comportamiento sexual (Kim, 2010). Por lo tanto, las personas con discapacidad intelectual necesitan principalmente del apoyo de sus padres, para continuar viviendo en la comunidad como un individuo participante y para satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y sexuales de acuerdo con su edad (Jerman y Constantine, 2010). Los padres también necesitan capacitación y asesoría profesional para ayudarlos a lidiar con los problemas que encuentran durante las etapas de desarrollo de su hijo con discapacidad (Ergün y Ertem, 2012).

Estudios indican que los padres ignoran los problemas físicos, psicológicos o sexuales que experimenta su hijo con discapacidad con respecto a la adolescencia, y no saben cómo abordar estos problemas de manera efectiva (Ergün y Ertem, 2012; Jerman y Constantine, 2010). Sin embargo, cuando los padres reciben información sobre cuestiones relacionadas con su hijo con discapacidad, pueden contribuir a su desarrollo y sentirse más competentes y cómodos (Holmes *et al.*, 2019). La participación de la familia en el proceso de educación especial es muy útil para ambos hijos con discapacidad y sus padres (Jerman y Constantine, 2010). La evidencia es consistente con que los programas de educación familiar para los padres juegan un papel crítico en el desarrollo físico, sexual y psicológico de los niños con discapacidades. La importancia de la participación de las madres y los padres en los programas de educación familiar ha aumentado, debido a la toma de decisiones relacionadas con la educación de sus hijos (Corona *et al.*, 2016).

Una investigación desarrollada por Holmes *et al.* (2019) tenía el propósito de describir la comunicación sexual en familias de niñas adolescentes con autismo y examinar cómo las variables cognitivas sociales (autoeficacia) están relacionadas con el número de temas de sexo abordados de acuerdo con la Función Intelectual (FI). Según los autores, los padres reportaron que habían cubierto conceptos básicos de sexualidad, sin embargo, muchos omitieron temas importantes relacionados con las relaciones de matrimonio, prevención de infección de transmisión sexual (ITS) y abu-

so sexual. Los autores señalan que la función intelectual del hijo también interfiere en la comunicación con su padre, demostrando que los padres con hijas con FI menor de 70 —o sea, bajo— no se sienten capaces de hablar sobre sexualidad, mostrando un efecto negativo en la autoeficacia para la comunicación sexual.

André *et al.* (2020) encontraron en su revisión sistemática que los padres tienen una comunicación sexual muy general con sus niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Por ejemplo, hablan sobre higiene, contacto físico, pubertad y la privacidad de su cuerpo; sin embargo, pocos estudios se refieren a una comunicación más específica con respecto a su sexualidad, como la menstruación, las relaciones sexuales, el embarazo y las ITS, que son temas relevantes para abordar en esta población específica. Otro hallazgo importante fue que los estudios abordaron el abuso sexual; sin embargo, dentro de los resultados, cada uno de los estudios informó que los padres comunicaron poco sobre la prevención del abuso sexual. Los padres reconocen que son responsables de la educación sexual de sus hijos, pero no se sienten preparados ni capaces para discutir temas sexuales.

Intervenciones

Investigaciones y programas de intervenciones se desarrollan para trabajar la autoeficacia para la comunicación sexual con los padres en relación al desarrollo sexual de sus hijos con DI. Kok y Akyuz realizaron un programa de intervención para madres y padres de hijos con discapacidad. Ese programa, desarrollado por enfermeras, tenía como objetivo determinar las necesidades educativas de los padres en relación al desarrollo sexual de sus hijos con DI. Se llevó a cabo en dos centros de educación especial y rehabilitación en Turquía. Este estudio se realizó con las familias de niños con discapacidad intelectual en el período de la adolescencia. Por lo tanto, las familias de niños con discapacidades de entre 10 y 19 años se incluyeron en el estudio de acuerdo con el grupo de edad adolescente de la Organización Mundial de la Salud. Este estudio se basó en la educación de los padres que se proporcionó en seis semanas. En este programa, dos semanas para evaluación antes y después de la educación, y cuatro semanas

para educar, cuatro módulos para cada familia, se llevaron a cabo por separado. Cada programa educativo comenzó con un “Módulo de higiene en el período de la adolescencia” y continuó con “Control del comportamiento sexual”, “Abuso sexual” y “módulos de comunicación”, respectivamente. Se utilizó una prueba previa antes de la educación y pruebas posteriores un mes después de la última sesión educativa para evaluar la efectividad de la educación. Uno de los instrumentos utilizados fue la escala general de autoeficacia que se utilizó para las pruebas preliminares en la primera semana del programa educativo y un mes después de la intervención. La escala general de autoeficacia hace referencia a sentimientos, pensamientos y comportamientos de las personas cuando intentan alcanzar un cambio de objetivo de acuerdo con su nivel de autoeficacia. Cuanto mayor sea la autoeficacia, mejores serán los resultados. La escala general de autoeficacia se utilizó para evaluar el efecto de la educación sobre la autoeficacia de los padres en este estudio. ¹

Antes de la intervención, las autoras encontraron que las madres tenían dificultad de comunicarse sobre temas relacionados a higiene íntima de sus hijos con discapacidades, y los padres, principalmente, tuvieron dificultades para hablar sobre el comportamiento sexual de los niños en lugares públicos y protección contra el abuso sexual. Además, señalan que las madres presentaron mayor autoeficacia para comunicarse sobre temas sexuales comparado con los padres. Por lo tanto, después de la intervención se encontró que los puntajes de autoeficacia de las madres y los padres aumentaron significativamente después de la educación ($p < .001$). Los puntajes de autoeficacia de las madres y los padres fueron similares después de la educación y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ellos. En este estudio a las familias se les presentó el papel educativo y de consultoría de las enfermeras, y aquellas quedaron muy satisfechas con la educación sanitaria brindada. La educación para la salud aumentó el conocimiento y los niveles de autoeficacia de los padres sobre el desarrollo sexual de sus hijos.

Por otro lado, Clatos y Asare (2016) también desarrollaron un programa que tenía como propósito evaluar la intervención piloto de educación sexual para padres de niños con discapacidades entre las edades de 6 y 25 años. Los hijos tenían diagnósticos de autismo, desorden en el comporta-

miento, síndrome de Down, discapacidad intelectual, discapacidad en el aprendizaje, parálisis cerebral y déficit de atención e hiperactividad. Se desarrolló un cuestionario de autoinforme para evaluar variables que incluyen: (1) creencias sobre la educación sexual entre personas con discapacidades; (2) nivel actual de educación sexual que se produce entre padres e hijos; (3) nivel de comodidad en la comunicación sexualidad con su hijo; (4) actitudes con respecto a la sexualidad, y (5) conocimiento de la educación sexual. El cuestionario se administró al inicio, y la evaluación posterior a la intervención se realizó después de dos semanas de la intervención.

Los investigadores llevaron a cabo un programa de educación presencial de una hora de duración sobre el desarrollo de la sexualidad, luego de la evaluación inicial. La intervención se presentó a cada sujeto individualmente en una presentación en PowerPoint, y cada sujeto vio la presentación en una computadora portátil y en una copia impresa. En la evaluación previa a la intervención, el 53% de los participantes indicaron que no se sentían cómodos hablando con sus hijos con discapacidad sobre educación sexual, pero, después de la intervención, el 80% de los participantes se sintieron más cómodos hablando con sus hijos con discapacidad. La evaluación inicial también reveló que el 46% de los participantes informaron que no tenían las habilidades de comunicación sexual necesarias, empero, después de la intervención, el 73% indicó que tenían habilidades de comunicación sexual. El estudio mostró que, con un programa específico de educación sexual, los padres de niños con discapacidades adquirirán los conocimientos y las habilidades necesarias que pueden ayudarlos a educar o hablar con sus hijos con discapacidad sobre la sexualidad.

Implicaciones para la práctica de enfermería

1 Los profesionales de enfermería son piezas claves para apoyar a los padres en relación con la salud y el desarrollo de las personas con discapacidad. Según la Asociación Norte Americana de Diagnósticos en Enfermería (NANDA, 2018), existen diagnósticos de enfermería que pueden ser relacionados con la discapacidad, como el diagnóstico de conocimientos deficientes, que es definido como carencia o deficiencia de la información

cognitiva relacionada con el tema específico. Brown-Lavoie *et al.* (2014) señalan que los padres con hijos con discapacidad carecen de información correcta sobre sexualidad, así como con poco conocimiento sobre el tema y, a su vez, informan que falta el apoyo profesional de salud.

Otro diagnóstico es el riesgo de deterioro parental, que es definido por el riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, y ese diagnóstico tiene como unos de los factores de riesgo la situación de discapacidad (NANDA, 2018). Al encontrar diagnósticos de enfermería para el manejo de personas con discapacidad, es posible reconocer que trabajar con esa población también es parte del trabajo del enfermero. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel activo en el campo de la educación especial para la planificación e implementación de la educación, para que la salud de los padres sea adecuada para los períodos de edad de desarrollo de los niños con discapacidades. El programa planificado de educación y seguimiento para padres de niños con discapacidades, especialmente dirigido por enfermeras, puede mejorar los niveles de conocimiento y autoeficacia y la calidad de vida (Kok y Akyuz, 2015).

Se deben desarrollar programas educativos que tengan en cuenta las necesidades especiales de los padres y sus hijos adolescentes con discapacidades. Los profesionales de enfermería deben ayudar a aumentar la conciencia y las habilidades de los padres al brindar apoyo educativo sobre temas como el desarrollo de la salud sexual de los niños con discapacidades. Tener oportunidades de capacitación para padres y familias es esencial para mejorar su autoeficacia y capacidad de educar a sus hijos en temas relacionados con la sexualidad (Kok y Akyuz, 2015).

Consideraciones finales

Este estudio se suma a las investigaciones relacionadas con la discapacidad y la sexualidad, que son limitadas. La comunicación sexual entre padres e hijos es importante para la transmisión de información, valores y habilidades de toma de decisiones sexuales para todas las personas, incluidas las personas con DI. Además, la comunicación sexual entre padres e hijos en

etapas tempranas es beneficiosa para evitar riesgos, como el abuso sexual, prevención de embarazos, conocimientos sobre su cuerpo y cambios en etapas de transición como es la adolescencia. Así, la autoeficacia desempeña un papel predictor para la comunicación sexual entre padres e hijos.

El estudio contribuye a una mayor comprensión de la autoeficacia para la comunicación de los padres sobre sexualidad con sus hijos y las dificultades que los padres enfrentan para hablar de esos temas. Los programas de intervención mejoran la comunicación entre padres e hijos. Además, los padres se sienten más preparados para explicar temas relacionados con la sexualidad a sus hijos con discapacidades después del entrenamiento. Tener oportunidades de capacitación para padres y familias es esencial para mejorar su autoeficacia y capacidad de educar a sus hijos en temas relacionados con la sexualidad.

A pesar de que existen estudios en relación a la autoeficacia para la comunicación sexual de padres de hijos neurotípicos, respecto a los padres de hijos con DI, queda mucho por indagar. Por lo tanto, es preciso continuar realizando investigaciones desde diferentes enfoques para comprender mejor la autoeficacia para la comunicación sexual de padres con sus hijos con DI. Además, este estudio resalta la necesidad de capacitación de los profesionales de salud.

Por lo anterior, se recomienda diseñar intervenciones dirigidas a profesionales de la salud, padres e hijos con DI sobre salud sexual.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología/Postgrado Nacional (Conacyt-PNPC: 005560) con cédula de beca: 732394, otorgada a Tatiane Geralda André.

Bibliografía

Ballester, R., Gil, L. M. D., Ruiz, P.E. y Giménez, G.C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del SIDA: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29(1), 76-82.

Estudios sobre el comportamiento sexual y reproductivo en población vulnerable

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uas.edu.mx Internet	3681 palabras — 5%
2	eprints.uanl.mx Internet	2717 palabras — 4%
3	docplayer.es Internet	595 palabras — 1%
4	dspace.uan.mx:8080 Internet	574 palabras — 1%
5	www.researchgate.net Internet	572 palabras — 1%
6	ri.ues.edu.sv Internet	438 palabras — 1%
7	w.revistaespacios.com Internet	390 palabras — 1%
8	www.scielo.org.mx Internet	368 palabras — < 1%
9	ojs.psicoeureka.com.py Internet	285 palabras — < 1%
10	www.psicoeureka.com.py Internet	283 palabras — < 1%

11	www.coursehero.com Internet	276 palabras — < 1%
12	codigof.mx Internet	255 palabras — < 1%
13	nse.amai.org Internet	230 palabras — < 1%
14	edoc.tips Internet	194 palabras — < 1%
15	repositorio.ucv.edu.pe Internet	166 palabras — < 1%
16	repositorio.unh.edu.pe Internet	130 palabras — < 1%
17	hdl.handle.net Internet	129 palabras — < 1%
18	catarina.udlap.mx Internet	116 palabras — < 1%
19	repositorio.ucp.edu.pe Internet	110 palabras — < 1%
20	www.mensaje.cl Internet	107 palabras — < 1%
21	www.amai.org Internet	106 palabras — < 1%
22	Rosa María Alvarado Berrueta, Margarita Arroyo Vázquez, Celeste Hernández Pérez, Marina Vélez Calderón et al. "Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México", Enfermería Universitaria, 2018 Crossref	102 palabras — < 1%

23	amap.com.mx Internet	100 palabras — < 1%
24	Joaquín Guillermo Gómez Dávila, Andrea González Morales, María Isabel Martínez Ortiz, Margarita María Ortiz Mesa et al. "Evaluación de los programas de control prenatal para adolescentes en el valle de Aburrá, 2003", Iatreia, 2004 Crossref	98 palabras — < 1%
25	dspace.unl.edu.ec Internet	97 palabras — < 1%
26	repositorio.upsb.edu.pe Internet	95 palabras — < 1%
27	ensanut.insp.mx Internet	89 palabras — < 1%
28	Suárez Escobar, Sabely. "Relación Entre La Autoeficacia Docente y La Autoestima De Los Maestros Que Laboran En Los Colegios Adventistas De La Asociación De Los Llanos", Universidad de Montemorelos (Mexico), 2022 ProQuest	84 palabras — < 1%
29	informe.cndh.org.mx Internet	84 palabras — < 1%
30	www.coursesidekick.com Internet	79 palabras — < 1%
31	repository.ucc.edu.co Internet	76 palabras — < 1%
32	silo.tips Internet	73 palabras — < 1%
33	pdfs.semanticscholar.org Internet	71 palabras — < 1%

34	infosen.senado.gob.mx Internet	67 palabras — < 1%
35	www.riti.es Internet	67 palabras — < 1%
36	scielo.isciii.es Internet	64 palabras — < 1%
37	ojs.haaj.org Internet	61 palabras — < 1%
38	Klaas, Kathryn Ruth. "La relacion entre la moralidad materna y la movilidad poblacional en una region de frontera entre Mexico y Guatemala, 2010-2015", El Colegio de México, 2022 ProQuest	56 palabras — < 1%
39	Sarah Ospina-Cano, Eliana Quiroz-González, Erika Villavicencio-Ayub, Gina Marcela Arias Rodríguez. "Autoeficacia y engagement desde la perspectiva de género", Equidad y Desarrollo, 2023 Crossref	52 palabras — < 1%
40	Cynthia Anahi Rosales-Ronquillo, Luis Fernando Hernández-Jácquez. "Autoeficacia académica y su relación con el rendimiento académico en estudiantes de nutrición", Revista Electrónica Educare, 2020 Crossref	47 palabras — < 1%
41	repositori.uji.es Internet	44 palabras — < 1%
42	ri.ujat.mx Internet	44 palabras — < 1%
43	ri-ng.uaq.mx Internet	43 palabras — < 1%

44	erevistas.uacj.mx Internet	42 palabras — < 1%
45	riaa.uaem.mx Internet	39 palabras — < 1%
46	catalogoinsp.mx Internet	37 palabras — < 1%
47	Ramirez Cintron, Vanelly. "Guia de intervencion dirigida a capacitar a los profesionales de la psicologia para trabajar con adultos puertorriquenos que profesan la fe cristiana y que recurren al afrontamiento religioso para lidiar con eventos estresantes.", Universidad del Turabo (Puerto Rico), 2019 ProQuest	36 palabras — < 1%
48	repositorioinstitucional.buap.mx Internet	36 palabras — < 1%
49	repositorio.udea.edu.co Internet	35 palabras — < 1%
50	cathi.uacj.mx Internet	33 palabras — < 1%
51	www.593dp.com Internet	33 palabras — < 1%
52	www.unicef.org Internet	33 palabras — < 1%
53	repositorio.unsm.edu.pe Internet	32 palabras — < 1%
54	Francisco Javier Sosa-Arteaga, Juan Daniel Terán-Espinoza, Lesly Hugo Sánchez-Rogel. "Depresión en los adultos mayores que viven en el centro	29 palabras — < 1%

55 Diana Morales Koelliker. "Efectos de la modificación de textura en la dieta sobre la saciedad temprana, la percepción de la capacidad saciante y la ingesta energética en pacientes con Enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva de un Hospital General de Puebla, México.", Lux Médica, 2023

28 palabras — < 1%

Crossref

56 Achulla Lagos, Regina Rosario. "La practica evaluativa de los aprendizajes en el area de Comunicacion del nivel secundario desde las percepciones de sus principales actores.", Pontificia Universidad Catolica del Peru - CENTRUM Catolica (Peru), 2020

27 palabras — < 1%

ProQuest

57 Gonzalez Darias, Aythamy. "Evaluacion del programa de intervencion Amadrina a una primeriza en la promocion de la lactancia materna", Universidad de La Laguna (Canary Islands, Spain), 2022

27 palabras — < 1%

ProQuest

58 Renaud René Boivin. ""Se podrían evitar muchas muertas": discriminación, estigma y violencia contra minorias sexuales en México", Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), 2014

24 palabras — < 1%

Crossref

59 octaedro.com

Internet

24 palabras — < 1%

60 Alejandra Balandrán, Edna Méndez Hernández, Sara Allin, Miguel A. González-Block et al. "9. Appendices", University of Toronto Press Inc. (UTPress), 2021

23 palabras — < 1%

Crossref

61	repositorio.unal.edu.co Internet	23 palabras — < 1%
62	Marcia Fernandes dos Santos, Miriam Aparecida Barbosa Merighi, Luz Angélica Muñoz. "La experiencia de las enfermeras clínicas con estudiantes de enfermería: un análisis fenomenológico", <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 2009 Crossref	22 palabras — < 1%
63	repositorio.unfv.edu.pe Internet	22 palabras — < 1%
64	J. Isaac Uribe Alvarado, Marly Johana Bahamón, Lizeth Reyes Ruíz, Ana María Trejos Herrera, Yolima Alarcón-Vásquez. "Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos", <i>Acta Colombiana de Psicología</i> , 2017 Crossref	21 palabras — < 1%
65	saludadolescente2016.blogspot.com Internet	21 palabras — < 1%
66	www.spiujat.mx Internet	20 palabras — < 1%
67	Carmen Muñoz, Alicia Rojas, Anghelo Silencio. "Significado de la salud al vivir en una ciudad minera: estudio cualitativo en profesionales de salud", <i>Anales de la Facultad de Medicina</i> , 2020 Crossref	19 palabras — < 1%
68	rd.buap.mx Internet	19 palabras — < 1%
69	repositorio.uan.edu.co Internet	19 palabras — < 1%

70	L.J. Morales-Mendoza. "Improved response of an active load emulation system by using a fuzzy inference system", IEEE Latin America Transactions, 10/2005 Crossref	18 palabras — < 1%
71	docs.com Internet	18 palabras — < 1%
72	idoc.pub Internet	18 palabras — < 1%
73	repositorio.uach.mx Internet	18 palabras — < 1%
74	revistas.javeriana.edu.co Internet	18 palabras — < 1%
75	Claudia Orozco Gómez, María Guadalupe Moreno Monsiváis. "Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en adolescentes: Action plan for condom use implementation intentions in adolescents", Hispanic Health Care International, 2018 Crossref	17 palabras — < 1%
76	revistas.um.es Internet	17 palabras — < 1%
77	tesis.ipn.mx Internet	17 palabras — < 1%
78	1library.co Internet	16 palabras — < 1%
79	Jorge Luis Arellanez Hernández, Enrique Romero Pedraza, León Felipe Beltrán Guerra, Fernando Iván Lima Zárate. "Comparación de	16 palabras — < 1%

características adictivas a los videojuegos entre hombres y mujeres estudiantes mexicanos", Psicología y Salud, 2023

Crossref

80	www.elsoldecuernavaca.com.mx Internet	16 palabras — < 1%
81	Enrique Bravo-García, Carlos Magis-Rodríguez, Manuel Palacios-Martínez, Noé Guarneros-Soto, Patricia Uribe-Zúñiga. "La mortalidad por VIH en las jurisdicciones sanitarias de México de 1990 a 2015", Salud Pública de México, 2019 Crossref	15 palabras — < 1%
82	repositorio.uap.edu.pe Internet	15 palabras — < 1%
83	revistas.ujat.mx Internet	15 palabras — < 1%
84	site.legislaturaqueretaro.gob.mx Internet	15 palabras — < 1%
85	www.repositorio.usac.edu.gt Internet	15 palabras — < 1%
86	www.slideshare.net Internet	15 palabras — < 1%

EXCLUIR CITAS

ACTIVADO

EXCLUIR FUENTES

DESACTIVADO

EXCLUIR BIBLIOGRAFÍA

ACTIVADO

EXCLUIR COINCIDENCIAS < 15 PALABRAS