

Capítulo 1

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

*Vega Campos, Iliana Patricia*¹

*Barbosa Martínez, Rosalva del Carmen*²

*Valle Solís, Martha Ofelia*³

*Medina Barragán, Ramona Armida*⁴

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



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

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

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

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

Resumen

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados

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

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

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

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

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

Tabla 1

Comparación de las características de los participantes por grupo

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

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

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

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

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

Tabla 2*Comparación global en pretest y postest*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 3
Pretest resultados basados en cuartiles y mediana

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

Tabla 4

Comparación por enfoque de intervención del pretest

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

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

PPS = Proyecto de promoción de la salud.

Tabla 5

Comparación por enfoque de intervención del postest

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

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

PPS = Proyecto de promoción de la salud.

Discusión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

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

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

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

Limitaciones

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

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

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

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

Referencias

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

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

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

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