



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Autoeficacia y actitud sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual en mujeres con violencia de pareja

Self-efficacy and sexual attitude to prevent sexually transmitted infections in women experiencing intimate partner violence

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a24.3.6073

Iliana Patricia Vega Campos¹ 

Rosalva del Carmen Barbosa Martínez² 

Martha Ofelia Valle Solís³ 

María Aracely Márquez Vega⁴ 

Correspondencia: Rosalva del Carmen Barbosa Martínez. Dirección postal: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Avenida Gonzalitos 1500 norte, Col. Mitras Centro. C.P. 64460. Monterrey, Nuevo León. México.
Correo electrónico: rosalva.barbosamrt@uanl.edu.mx



Licencia CC-BY-NC-ND

¹ Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora e investigadora. Unidad Académica de Enfermería. Universidad Autónoma de Nayarit. Tepic, Nayarit. México.

² Doctora en Ciencias de Enfermería. profesor e investigador de la Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León. México.

³ Doctor en Ciencias de Enfermería, profesor e investigador de la Unidad Académica de Enfermería. Universidad Autónoma de Nayarit. Tepic, Nayarit. México.

⁴ Doctora en Ciencias de Enfermería, profesor e investigador de la Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León. México.



Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre la autoeficacia, actitudes sexuales y las conductas de prevención de infecciones de transmisión sexual en mujeres jóvenes expuestas a violencia de pareja.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio, correlacional y transversal con 42 mujeres de 18 a 24 años, seleccionadas mediante muestreo aleatorizado en un centro universitario del noroeste de México. Todas las participantes reportaron haber experimentado algún tipo de violencia en la relación. Se emplearon instrumentos validados para medir las variables.

Resultados: Se encontró una correlación significativa entre la negociación del uso del condón y actitudes de salud ($r = .930$), así como el conocimiento sobre ITS/VIH ($r = .905$). Además, la autoeficacia mostró una fuerte relación con la negociación sexual ($r = .742$). El análisis de regresión mostró que la autoeficacia, las actitudes positivas de salud y el conocimiento sobre ITS/VIH conjuntamente explicaron el 22.8% de la varianza explicada en las prácticas sexuales seguras ($R^2 = 22.8\%$), confirmando su papel como determinantes relevantes en dicho contexto.

Conclusiones: Fortalecer la autoeficacia, el conocimiento y las actitudes saludables en mujeres con violencia de pareja es fundamental para fomentar conductas sexuales seguras, promover su autonomía sexual y reducir la vulnerabilidad frente a ITS.

Palabras Claves: Autoeficacia; Actitudes; Prevención; Infecciones de transmisión sexual; Violencia de pareja.

Abstract

Objective: To analyze the relationship between self-efficacy, sexual attitudes, and sexually transmitted infection (STI) prevention behaviors in young women exposed to intimate partner violence.

Materials and methods: A correlational and cross-sectional study was conducted with 42 women aged 18 to 24, selected through random sampling at a university center in northwestern Mexico. All participants reported having experienced some form of partner violence. Validated instruments were used to measure the variables.

Results: A significant correlation was found between condom use negotiation and health attitudes ($r = .930$), as well as with knowledge about STIs/HIV ($r = .905$). In addition, self-efficacy showed a strong relationship with sexual negotiation ($r = .742$). Regression analysis indicated that self-efficacy, positive health attitudes, and knowledge about STIs/HIV jointly explained 22.8% of the variance in safe sexual practices ($R^2 = 22.8\%$), confirming their role as relevant determinants in this context.

Conclusions: Strengthening self-efficacy, knowledge, and healthy attitudes in women exposed to partner violence is essential to promote safe sexual behaviors, foster sexual autonomy, and reduce vulnerability to STIs.

Keywords: Self-efficacy; Attitudes; Prevention; Sexually transmitted infections; Intimate partner violence.

• Fecha de recibido: 15 de agosto de 2025 • Fecha de aceptado: 21 de noviembre de 2025
• Fecha de publicación: 21 de noviembre de 2025

Introducción

La prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) es un tema de gran trascendencia dentro de la salud pública, especialmente en mujeres que experimentan abuso en sus relaciones de pareja, debido a su mayor vulnerabilidad a contraer ITS. La evidencia indica que las mujeres víctimas de violencia de pareja presentan una tasa significativamente mayor de infecciones en comparación con aquellas que no sufren violencia, con una proporción de 2:1 respecto a los hombres¹. Esta tendencia se observa principalmente en mujeres de entre 19 y 35 años². Esta situación, que adquiere dimensiones críticas, exige un abordaje específico en salud pública y en enfermería, dado el impacto negativo que la violencia de pareja tiene sobre la salud sexual de estas mujeres³.

Además de las dinámicas de poder y control en las relaciones violentas, la falta de capacidad para negociar el uso de métodos de protección y la exposición a relaciones sexuales no consensuadas agravan el riesgo de contraer ITS en estas mujeres^{4,5}.

Los factores que agravan el riesgo de contraer ITS en este grupo de población incluyen la falta de capacidad para negociar el uso de métodos de protección, la dinámica de poder y control en las relaciones violentas y la exposición a relaciones sexuales no consensuadas^{4,5}. En este contexto, el empoderamiento de las mujeres surge como una estrategia crucial para reducir estos riesgos, no solo permitiendo una negociación efectiva en las relaciones sexuales seguras, sino también promoviendo la autopercepción de las mujeres como agentes de su propia salud sexual y reproductiva^{6,7,8}.

El empoderamiento se centra en dos dimensiones clave: la autoeficacia (de la negociación de las relaciones sexuales y del uso del condón) y las actitudes (sexuales y de salud); considerando que la autoeficacia implica la confianza de las mujeres en su capacidad para negociar relaciones sexuales seguras y para insistir en el uso del condón, incluso en contextos difíciles⁹. Este aspecto es esencial para romper el ciclo de abuso y vulnerabilidad, ya que una mayor autoeficacia está relacionada con un mejor control de la salud sexual y una mayor autonomía frente a situaciones de riesgo^{10, 11, 12,13}. Por otro lado, las actitudes sexuales saludables permiten que las mujeres enfrenten de manera más consciente y firme sus decisiones sobre la sexualidad, minimizando el impacto de la violencia en su bienestar^{10,14}. Ambas dimensiones, autoeficacia y actitudes, resultan esenciales para promover cambios positivos en las relaciones de pareja y la prevención de ITS^{6,7, 15,16,17,18,19}.

La conexión entre la prevención de ITS y la violencia de pareja es fundamental para comprender la forma en que las dinámicas de poder en relaciones abusivas aumentan el riesgo de ITS en las mujeres. La falta de capacidad para negociar relaciones sexuales seguras, como el uso del condón, es común en contextos de violencia, lo que agrava la vulnerabilidad de las víctimas.

Este estudio es crucial para la salud pública, ya que identifica factores clave que limitan la autonomía de las mujeres en sus decisiones de salud sexual, además de proponer estrategias de empoderamiento que podrían prevenir o reducir significativamente la incidencia de ITS, lo que contribuye a la atención



integral de las mujeres. En el presente trabajo se realiza un análisis desde el enfoque del empoderamiento, que proporciona una base sólida para desarrollar intervenciones en los cuales no solo se deben abordar aspectos físicos de la prevención de ITS, sino que también fortalezcan el bienestar emocional y psicológico de las personas. Esto es crucial para asegurar que las intervenciones sean verdaderamente efectivas y sostenibles en el largo plazo, particularmente en mujeres que enfrentan situaciones de violencia y desigualdad de poder. Por lo antes descrito, el objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre la autoeficacia, actitudes en salud y actitudes sexuales sobre la prevención de ITS a en mujeres en el contexto de violencia de pareja.

Materiales y Métodos

El diseño del estudio descriptivo, correlacional, de comprobación de modelo y transversal. La muestra estuvo compuesta por 42 participantes, dado que fue una prueba piloto y se seleccionaron mediante muestreo aleatorizado simple. Los criterios de inclusión fueron: mujeres de 18 a 24 años, que tuvieran violencia de pareja y que se encontraran en una relación de pareja al momento de la encuesta, además de estar matriculadas como alumnas regulares en un centro universitario del noroeste de México.

Se realizó un screening previo al consentimiento informado para seleccionar que las mujeres contaran con la característica de encontrarse en una relación de pareja con violencia en cualquiera de sus formas.

Se utilizaron cinco instrumentos para medir las variables del estudio: Cuestionario sociodemográfico, la cual contiene 19 ítems de respuesta dicotómica, fue adaptada al contexto mexicano y permite caracterizar la muestra y contextualizar el comportamiento sexual de las participantes. La validez de contenido fue evaluada por cinco jueces expertos dando como resultado valores de V de Aiken entre .80 y 1.00, considerados adecuados según el punto de corte recomendado de 0.7, además se realizó la validez de contenido establecido mediante juicio de expertos²⁰.

Se utilizó la escala de negociación de las relaciones sexuales, compuesta por 28 ítems divididos en cuatro subescalas: prácticas no penetrativas, prácticas penetrativas, obstáculos de pareja y obstáculos personales. Puntajes altos indican mayor destreza para negociar. Respuestas tipo Likert. La escala ha mostrado una consistencia interna aceptable en estudios anteriores ($\alpha = .79$) validez de constructo AFC $\chi^2/df = 1.93^{21}$.

Escala de Autoeficacia para el uso del condón, compuesta por 14 ítems en formato Likert, donde los puntajes altos reflejan mayor confianza para usar y negociar el uso del condón. Esta escala se ha traducido del inglés, a otros idiomas como el coreano y tailandés, en donde han mostrado una confiabilidad aceptable que oscila entre .85 a .91²².

Escala de actitudes sexuales y de salud, compuesta por 60 ítems con opción de respuesta tipo Likert, se interpreta que a puntajes altos indican actitudes más liberales. Este instrumento ha sido utilizado en población latinoamericana reportando un coeficiente de Alpha de Cronbach entre .66 y .88²³.

Escala de conocimiento sobre ITS, valora el conocimiento de la mujer sobre ITS, VIH, uso de condón y embarazo; está compuesto por 24 aseveraciones con opciones de respuesta de falso, verdadero y no sabe. A mayor puntuación indica mayor nivel de conocimientos. Este instrumento ha reportado Alpha de Cronbach de .65²⁴.

Se obtuvo la autorización de los directivos de la institución educativa, se acudió a las aulas al finalizar su última clase, para no interferir con sus actividades académicas de las estudiantes, se les explicó el objetivo del estudio y se les invitó a participar, a quienes aceptaron, se les solicitó que continuaran en el salón de clase y los que decidieron retirarse, podrían hacerlo sin afectar de ninguna manera su situación académica. A quienes aceptaron participar, se les solicitó que firmaran el consentimiento informado y se les proporcionaron los cuestionarios de manera presencial, las participantes los contestaron de forma anónima para garantizar la confidencialidad, a final del semestre enero-junio 2024.

Los datos fueron codificados y analizados con el software Statical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26 para Windows, asegurando el anonimato mediante un sistema de códigos. Se realizó estadística descriptiva e inferencial para la medición de asociación entre variables, por lo cual se realizó un análisis de correlación de Pearson para identificar relaciones lineales entre las variables del estudio. También se utilizó un modelo de regresión logística para examinar las asociaciones entre las variables predictoras, considerando un nivel de significancia de $p < .05$ para predecir la probabilidad de tener una alta percepción del riesgo (variable dicotómica), utilizando como predictores la autoeficacia, actitudes sexuales y negociación de relaciones sexuales. Se verificó la adecuación del modelo mediante el valor del estadístico de Wald y los coeficientes de la regresión, y se evaluó el ajuste global del modelo a través de la prueba de Hosmer-Lemeshow.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 42 participantes, con un promedio de edad de 19.74 años (18-22 años; DE=1.50). El 81% (n=34) de las participantes se dedica exclusivamente a estudiar, cursando del primero al cuarto semestre de licenciatura. Un 40.5% (n=17) de las participantes se encuentran en su segundo año de licenciatura, mientras que un 28.6% (n=12) expresa su deseo de continuar hasta el nivel de doctorado en su campo de estudio.

En cuanto a la relación de pareja y vida sexual, 52.4% (n=22) reporta tener una pareja sentimental estable, mientras que el 90.5% (n=38) ha iniciado su vida sexual activa, con una media de edad de inicio de 16.95 años (14-20 años; DE=1.41) (Tabla 1).



Tabla 1. Comparación de las características de los participantes por grupo

Características	M	DE	P	Total
Edad (años)	18-22	1.50	0.015	20 (18-22)
IVSA (años)	16.95	1.41	0.625	16.95 (16-18)

Nota: M= Media, DE= Desviación estándar, p= valor de p, IVSA = Inicio vida sexual activa. Para las variables numéricas se usó Kruskal-Wallis, para las variables categóricas se usó chi-cuadrada.

A continuación, se presentan las correlaciones entre la negociación de las relaciones sexuales con las variables control y los resultados del modelo (Tabla 2 y Tabla 3).

Tabla 1. Correlaciones entre variables

Variables	Negociación del uso del condón (empoderamiento)	
	r Pearson	GI
Actitudes sexuales	.542*	39
Autoeficacia del uso del condón	.742**	39
Actitudes de salud	.930**	39
Conocimiento ITS/VIH	.905**	39

Nota *p<.05, **p<.001

Respecto a las actitudes sexuales, se encontró una correlación positiva y moderada ($r=.542$; $p<.05$) con las actitudes sexuales, lo que sugiere que tener actitudes sexuales más saludables o positivas se asocia con una mayor capacidad para negociar las relaciones sexuales.

La autoeficacia mostró una correlación fuerte con la negociación del uso del condón ($r=.742$; $p<.001$) este hallazgo destaca que a medida que las mujeres perciben mayor confianza en su capacidad para tomar decisiones y expresar sus preferencias, aumenta significativamente su habilidad para negociar el uso del condón, establecer límites y ejercer control en las relaciones sexuales.

En cuanto las actitudes de salud y la negociación del uso del condón reflejan una relación extremadamente fuerte y positiva ($r=.930$; $p<.001$), lo que indica que a medida que las actitudes de las mujeres hacia su salud mejoran es decir que adoptan creencias y comportamientos que promueven el autocuidado, también aumenta su capacidad para mejorar el uso del condón en sus relaciones sexuales. esto sugiere que las actitudes positivas hacia la salud están fuertemente asociadas con a la habilidad de negociar prácticas sexuales seguras, como el uso del condón.

Respecto a los conocimientos sobre ITS/VIH y a la negociación del uso del condón como indicador de empoderamiento ($r=.905$; $p<.001$) refleja que una relación fuerte y positiva, es decir que a medida que aumenta el conocimiento de las mujeres sobre las ITS/VIH, mejora significativamente su

capacidad para negociar el uso del condón en las relaciones sexuales, resultado que sugiere que a mayor nivel de conocimiento sobre ITS y VIH está asociado con una mejor capacidad para negociar prácticas sexuales seguras.

Tabla 3. Resumen del modelo

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	SEE	Durbin-Watson
1	.458 ^a	.228	.118	.483	1.685
	F (grados de libertad de regresión, residuo) 28.94 (1.98)				
	p (del modelo)				.001
	Tamaño del efecto f ²				.295
	Potencia estadística				.05

Nota: R= Coeficiente de correlación, R²= Coeficiente de determinación, R² ajustado= Coeficiente de determinación ajustado, SEE Standard Error of the Estimate, p= valor de p, F=Estadístico F. a. Predictores: (Constante), negociación de las relaciones sexuales (empoderamiento), actitudes, riesgo percibido, conocimientos. b. Variable dependiente: autoeficacia del uso del condón.

La Tabla 3 muestra que el modelo presenta una correlación positiva moderada entre las variables predictoras y la variable dependiente ($R=.458$). El coeficiente de determinación ($R^2=.228$) indica que el 22.8 % de la variabilidad en la autoeficacia para el uso del condón puede explicarse por las variables independientes incluidas en el modelo: percepción de riesgo, actitudes de salud, conocimiento de salud y negociación sexual.

El R^2 ajustado (.118) sugiere que, considerando el tamaño de la muestra y el número de predictores, aproximadamente el 11.8% de la variabilidad; en la autoeficacia se explica por el modelo. Aunque esta capacidad predictiva es moderada, los resultados son estadísticamente significativos ($F=28.94$; $p=.001$), lo que confirma que la autoeficacia es un predictor que tiene un efecto significativo sobre la variable dependiente, con un nivel de confianza del 99.9 %.

Después de ajustar por el número de predictores en el modelo, el 34% de la variabilidad de la variable dependiente es explicada por las variables independientes. El coeficiente de correlación ($R=.458$) indica una relación positiva moderada entre las variables predictoras (percepción de riesgo, autoeficacia del uso del condón, actitudes de salud y conocimiento de salud) y la variable dependiente (negociación de las relaciones sexuales).

Sin embargo, el modelo presenta una capacidad predictiva limitada, como lo sugiere el valor: El R^2 ajustado indican que el modelo explica una pequeña fracción de la variabilidad en la negociación de las relaciones sexuales (22.8% y 11.8%, respectivamente).

El valor de Durbin-Watson de 1.685 que se encuentra dentro del rango aceptable (1.5–2.5), indica que no hay evidencia de autocorrelación significativa en los residuos.

El error estándar de la estimación: .483, indica la desviación promedio de los valores observados de los valores predichos por el modelo. Este valor refleja la precisión del modelo en la predicción. Mientras que el estadístico $F=28.94$ con grados de libertad (1.98). Este valor indica que el modelo global es estadísticamente significativo, lo que significa que al menos uno de los predictores tiene un efecto significativo en la variable dependiente ($p=.001$), lo que confirma que el modelo es significativo a niveles de confianza altos (99.9%). $F_2 = .295$, clasificado como un efecto mediano a grande según Cohen²³. Esto indica que el modelo tiene un impacto considerable en la predicción de la variable dependiente.

Discusión

Los resultados de este estudio brindan una perspectiva relevante sobre la relación entre la negociación de las relaciones sexuales y factores clave como las actitudes hacia la salud, el conocimiento sobre ITS/VIH, la autoeficacia y el riesgo percibido. Estos hallazgos son fundamentales para diseñar estrategias que empoderen a las mujeres jóvenes y fomenten la prevención de ITS mediante el uso del condón.

Se identificó una correlación significativa entre el conocimiento sobre ITS/VIH y la negociación del uso del condón. Esto enfatiza la importancia de la educación sexual como herramienta para empoderar a las mujeres en la toma de decisiones informadas sobre su salud sexual. Este hallazgo coincide con investigaciones previas en donde se ha demostrado que una mayor comprensión de las ITS/VIH incrementa la capacidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales seguras²⁵. Asimismo, se ha respaldado que un mayor nivel de conocimiento incrementa directamente la probabilidad de negociar y utilizar el condón^{10,26}.

La autoeficacia también demostró ser un predictor clave, indicando sugiere que las mujeres con mayor confianza en su capacidad para manejar situaciones sexuales tienen más éxito en la negociación del uso del condón, incluso en contextos desafiantes como relaciones marcadas por la violencia. Existen estudios que han identificado que la autoeficacia momentánea para negociar el uso del condón se asocia significativamente con menores intenciones de tener sexo sin protección, aun cuando las mujeres enfrentan presiones de pareja, consumo de alcohol o antecedentes de abuso²⁷; así mismo se ha demostrado que fortalecer la autoeficacia mejora la capacidad de negociación del condón y la anticoncepción, en línea con los resultados del presente estudio donde la autoeficacia se identificó como un predictor clave de la conducta sexual segura²⁸. Esto reafirma su papel central en intervenciones preventivas dirigidas a poblaciones vulnerables. lo que destaca la importancia de desarrollar e implementar programas orientados al fortalecimiento de la autoeficacia, dada su relevancia en la adopción de conductas sexuales seguras.

Por otro lado, las actitudes de salud mostraron la correlación más fuerte indicando que las mujeres que priorizan su bienestar tienden a negociar con mayor eficacia el uso de protección. Este resultado

coincide con estudios en donde se concluye que las mujeres con actitudes positivas hacia la salud sexual tienen una mayor capacidad para insistir en el uso del condón, incluso en entornos adversos^{29,30}.

Aunque las actitudes sexuales tuvieron una correlación moderada su impacto sigue siendo relevante. Se han documentado que actitudes sexuales positivas refuerzan la autoeficacia y la capacidad para negociar relaciones sexuales seguras. enfatiza que la combinación de actitudes positivas y confianza personal empodera a las jóvenes para resistir presiones de pareja y superar barreras socioculturales, coincidiendo el resultado de la presente investigación donde la autoeficacia mostró una fuerte relación con la negociación sexual^{31,32}.

Se reafirmaron los resultados con hallazgos de estudios en el contexto internacional, donde intervenciones adaptadas culturalmente, suelen incrementar la autoeficacia, las actitudes sexuales y la capacidad de negociación, resaltando el papel de las actitudes positivas en la autoeficacia y la comunicación asertiva durante las relaciones sexuales con la pareja^{32, 33, 34}.

Por otra parte, el presente estudio subraya que el riesgo percibido tiene un impacto moderado en la negociación sexual, pero factores como el conocimiento y las actitudes hacia la salud parecen tener mayor peso. La limitada capacidad predictiva del modelo indica que otros factores, aún no analizados, podrían influir significativamente en la negociación del uso del condón.

Estos hallazgos enfatizan la necesidad de fortalecer los programas educativos mediante la integración de información relevante³⁵ y estrategias diseñadas para incrementar la autoeficacia y fomentar actitudes positivas hacia la salud, particularmente en el ámbito sexual. Asimismo, resulta fundamental incorporar elementos que refuercen la percepción del riesgo asociado al contagio de ITS, con el objetivo de mejorar la protección sexual, especialmente en contextos de vulnerabilidad, como aquellos caracterizados por la violencia de pareja.

Dado que la actividad sexual tiende a iniciarse entre los 14 y 16 años, según datos consistentes con estudios nacionales e internacionales, se vuelve imperativo implementar programas educativos tempranos. Estos programas deben abordar habilidades para la negociación de las relaciones sexuales, el uso del condón y la ampliación del conocimiento sobre ITS. Además, es esencial que las intervenciones sean culturalmente adaptadas y consideren las dinámicas de poder específicas de cada contexto, ya que tales enfoques pueden incrementar significativamente su efectividad, especialmente en poblaciones vulnerables.

Conclusiones

Este estudio destaca que el fortalecimiento del conocimiento sobre ITS/VIH, el desarrollo de actitudes positivas hacia la salud y la autoeficacia son elementos clave para empoderar a las mujeres en la negociación de prácticas sexuales seguras. Estos factores contribuyen significativamente a la reducción de conductas de riesgo y al incremento de la autonomía sexual. La implementación de enfoques



educativos integrales, culturalmente sensibles y adaptados al contexto sociocultural se presenta como una estrategia fundamental para la prevención ITS y promoción del bienestar sexual y reproductivo en mujeres jóvenes.

El análisis evidencia que las experiencias de violencia de pareja afectan de manera negativa la capacidad de negociación sexual, al impactar las actitudes sexuales, el deseo, la intimidad y la percepción de la sexualidad. Estos factores pueden perpetuar un estado de vulnerabilidad emocional y limitar las habilidades de las mujeres para protegerse frente a los riesgos asociados a las ITS. En este contexto, las actitudes sexuales saludables y una mayor autoeficacia emergen como herramientas cruciales para superar las barreras impuestas por dinámicas de poder desiguales y coercitivas.

El papel de la autoeficacia en la negociación del uso del condón es central, ya que influye directamente en la confianza, las habilidades comunicativas y la capacidad de manejar obstáculos. La correlación significativa identificada subraya su relevancia como componente esencial en programas de promoción de la salud sexual. Las mujeres con una alta autoeficacia no solo muestran mayor disposición para insistir en el uso del condón, sino que también logran negociar prácticas sexuales seguras con éxito, incluso en contextos desafiantes.

En conjunto, los resultados de este estudio refuerzan la interconexión entre la autoeficacia, las actitudes de salud, el conocimiento sobre ITS/VIH y la capacidad de negociación sexual. Estos factores actúan como determinantes fundamentales para fomentar la salud sexual y empoderar a las mujeres, especialmente aquellas en situaciones de vulnerabilidad, como las expuestas a violencia de pareja. Además, los resultados indican que, aunque estas variables son críticas, el análisis de regresión sugiere la existencia de otros factores no considerados en el modelo, los cuales podrían influir significativamente en la negociación sexual y el empoderamiento.

Finalmente, los hallazgos de este estudio enfatizan la necesidad de desarrollar intervenciones educativas que integren el fortalecimiento del conocimiento sobre ITS/VIH, la promoción de actitudes positivas hacia la salud sexual y el incremento de la autoeficacia. Estas intervenciones deben ser culturalmente adaptadas y considerar las particularidades de los contextos socioculturales y de vulnerabilidad. En particular, los programas dirigidos a mujeres en situaciones de violencia de pareja deben incluir componentes que refuercen sus habilidades de negociación sexual, aumenten su percepción de riesgo y fomenten la confianza para ejercer un control informado y responsable sobre su salud sexual. La implementación de estas estrategias tiene el potencial de reducir significativamente las tasas de ITS, empoderar a las mujeres y mejorar su bienestar sexual y reproductivo en el largo plazo.

Representatividad geográfica y cultural: La selección de participantes de una única región limita la diversidad cultural, social y económica, lo que podría restringir la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con características diferentes. *Falta de medición de factores psicosociales profundos:* Aunque se evaluaron variables clave como autoeficacia, conocimientos y habilidades de negociación sexual, es posible que las participantes se sientan limitadas por factores emocionales o dinámicas

de violencia de pareja que no fueron abordadas directamente por la intervención. A pesar de estas limitaciones, el presente estudio representa una contribución sustancial al campo de la prevención de ITS/VIH y la promoción de la salud sexual con perspectiva de género.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses relacionado con la publicación de este artículo. Todos los aspectos del estudio, incluyendo el diseño, la recopilación y el análisis de los datos, así como la redacción del manuscrito, fueron realizados de manera independiente, sin influencias externas que puedan comprometer la objetividad de los resultados.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue sometido a revisión y aprobado, por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con registro en la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), No. 19-CEI-004-20180614. La aprobación se otorgó tras revisar la propuesta de investigación bajo el folio FAEN-D-1976. Asimismo, se gestionó y obtuvo la autorización institucional correspondiente de las distintas unidades académicas del centro universitario del noroeste.

Se garantizaron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y en la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos. Se consideró lo establecido en el capítulo I en los siguientes artículos: Artículo 13, prevaleció en todo momento el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las mujeres en su deseo de participar. Se respetó la dignidad, anonimato, protección de los derechos y bienestar de las participantes en el estudio, la información que se colectó solo fue manejada por el investigador principal. Artículo 14, fracción I, V, VII y VIII, se presentó el protocolo de investigación para aprobación por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y al Comité de Investigación de la Universidad Autónoma de Nayarit y se explicó el proceso de aplicación del consentimiento informado para quienes aceptaron participar voluntariamente en la intervención. Con base al artículo 16, se respetó la privacidad de las participantes considerando un espacio físico privado y los instrumentos no tuvieron datos de identificación personal para mantener su anonimato durante el estudio, además la base de datos solo fue manejada por el investigador principal. Acorde con el artículo 17, fracción II, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo ya que se abordaron temas sensibles que pudieran incomodar a la participante y en caso de requerir apoyo psicológico de emergencia se llevó al Centro de Atención Psicológica en donde se le brindó atención profesional especializada, la cual se otorgó de forma gratuita en cualquiera de los centros ubicados en todo el campus del centro universitario. De acuerdo con el artículo 18, se les proporcionó a las jóvenes, la opción de suspender o terminar con su participación del estudio, en el momento que así lo considere adecuado. Para obtener el consentimiento informado



de las participantes, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 20 y 21, fracciones I, II, III, IV, VI, VII, VIII y IX, se explicó previamente el propósito del estudio, los procedimientos a realizar, las molestias y beneficios que se podrían esperar, también se aclararon dudas e inquietudes y específico que se mantendría la confidencialidad de la información suministrada y tendría derecho a decidir continuar o no en el estudio sin que esto generara ningún perjuicio. Acorde al artículo 57, el presente estudio consideró a las participantes como grupos subordinados, debido a que los datos se recolectaron en una institución de educación superior; además de acuerdo con el artículo 58, fracción I y II, se asentó que pueden retirarse de la intervención, sin que esto influya su situación académica, de igual informo que los resultados obtenidos de la investigación en ningún momento se utilizaron en su perjuicio.

Uso de inteligencia artificial

Las autoras declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: I.P.V.C; Curación de datos: I.P.V.C; Análisis formal: I.P.V.C; Adquisición de fondos: I.P.V.C; Investigación: I.P.V.C, R.C.B.M.; Metodología: I.P.V.C, R.C.B.M, M.A.M.V.; Administración de proyecto: I.P.V.C, R.C.B.M; Recursos: M.O.V.S.; Software: M.O.V.S.; Supervisión: M.O.V.S.; Validación: M.A.M.V.; Visualización: M.O.V.S, M.A.M.V.; Redacción-borrador original: I.P.V.C.; Redacción-revisión y edición: I.P.V.C.

Financiamiento

Las autoras no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su más sincero y profundo agradecimiento a las valientes mujeres que, con su fortaleza y generosidad, hicieron posible este estudio. Su participación y confianza no solo enriquecen la investigación, sino que inspiran el compromiso continuo por una vida libre de violencia y con pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Referencias

1. Pelowich KA, Akibu T, Pellowski J, Hatcher A, Rebombo D, Christofides N, et al. Male perspectives on intimate partner violence: A qualitative analysis from South Africa. *PLoS One*. 2024;19(4): e0298198. DOI: 10.1371/journal.pone.0298198.
2. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Informe de principales resultados 2023 del Sistema de Indicadores para Monitoreo y Seguimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México: CONAPO; 2023 [citado 2024 Jun 28]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/informe-de-principales-resultados-2023>
3. Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Mendoza, J. A. (2021). La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 45, e34. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.34>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Intimate partner violence: Consequences. 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/consequences.html>
5. United Nations Program on HIV/AIDS [UNAIDS]. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Violencia de género. 2024. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/keywords/gender-based-violence>
6. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Violencia Contra Las Mujeres – OAC-NUDH. 2021. Disponible en: <https://www.oacnudh.org/wp-content/uploads/2021/05/Violencia-ContraMujeres-Informacion-Sobre-Salud-y-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>
7. Vizheh M, Muhidin S, Behboodi Moghadam Z, Zareiyan A. Women empowerment in reproductive health: a systematic review of measurement properties. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):424. DOI:10.1186/s12905-021-01566-0.
8. World Health Organization (WHO). Violencia contra las mujeres: estimaciones para 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349589/9789240027114-spa.pdf>
9. Vanwesenbeeck I, Cense M, van Reeuwijk M, Westeneng J. Understanding sexual agency: Implications for sexual health programming. *Sexes*. 2021;2(4):378–396. DOI: <https://doi.org/10.3390/sexes2040030>



10. Kalliath JD, Gnanaselvam NA, Pinto NX, Chirayath M, Ramesh N. Empowerment status of school-going adolescents in Anekal taluk of Bengaluru district. *J Sci Soc.* 2021;48(1):17–20. DOI : https://doi.org/10.4103/jss.JSS_39_20
11. Kotiuga J, Yampolsky MA, Martin GM. Adolescents' perception of their sexual self, relational capacities, attitudes towards sexual pleasure and sexual practices: a descriptive analysis. *J Youth Adoles.* 2022;51(3):486–98. DOI:10.1007/s10964-021-01543-8.
12. Saaka SA, Pienaa CKA, Stamp Z, Antabe R. Safe sex negotiation and HIV risk reduction among women: A cross-sectional analysis of Burkina Faso 2021 Demographic and Health Survey. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4(4): e0003134. DOI: 10.1371/journal.pgph.0003134.
13. Richner DC, Lynch SM. Sexual health knowledge and sexual self-efficacy as predictors of sexual risk behaviors in women. *Psychol Women Q.* 2023;48(1):133–146. doi:10.1177/03616843231172183. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/03616843231172183>
14. Shoikhedbrod A, Harasymchuk C, Impett EA, Muise A. When a partner supports your sexual autonomy: Perceived partner sexual autonomy support, need fulfillment, and satisfaction in romantic relationships. *Pers Soc Psychol Bull.* 2024 Sep 30:1461672241279099. DOI: <https://doi.org/10.1177/01461672241279099>
15. Wilson HW, Donenberg GR, Emerson E. Positive sexual health attitudes and decision-making: Their role in reproductive health and risk prevention among young women. *J Reprod Infant Psychol.* 2021;39(5):515–527. DOI: <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1917114>
16. Higgins JA, Lands M, Ufot M, McClelland SI. Socioeconomics and erotic inequity: A theoretical overview and narrative review of associations between poverty, socioeconomic conditions, and sexual wellbeing. *J Sex Res.* 2022;59(8):940–956. DOI : <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2044990>
17. Rodríguez FC. Autoestima en víctimas de violencia de género en el contexto de pareja: Revisión y propuesta de intervención [Trabajo de Fin de Máster en Psicología]. Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología; 2022. Disponible en: <https://minerva.usc.gal/entities/publication/9a1c3e95-f320-4656-8357-f81f1f3d4542>
18. Wamoyi J, Balvanz P, Atkins K, Gichane M, Majani E, Pettifor A, Maman S. Conceptualization of empowerment and pathways through which cash transfers work to empower young women to reduce HIV risk: A qualitative study in Tanzania. *AIDS Behav.* 2020;24(11):3024–3032. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02850-0>

19. Sakaluk, J. K., Kim, J., Campbell, E., Baxter, A., & Impett, E. A. (2020). Self-esteem and sexual health: a multilevel meta-analytic review. *Health psychology review*, 14(2), 269–293. DOI: <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1625281>
20. Jemmott JB 3rd, Jemmott LW, Spears H, Hewitt N, Cruz-Collins M. Self-efficacy, hedonistic expectancies, and condom-use intentions among inner-city Black adolescent women: A social cognitive approach to AIDS risk behavior. *J Adolesc Health*. 1992;13(6):512–519. DOI: [https://doi.org/10.1016/1054-139x\(92\)90016-5](https://doi.org/10.1016/1054-139x(92)90016-5)
21. Noboa-Ortega P, Serrano I. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Rev Latinoam Psicol*. 2006;38(1):21–43. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000100002&lng=p-t&tlng=es
22. Thato S, Hanna KM, Rodcumdee B. Translation and validation of the Condom Self-Efficacy Scale with Thai adolescents and young adults. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(1):36–40. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00012.x>
23. Jemmott JB 3rd, Jemmott LS, Fong GT. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *JAMA*. 1998;279(19):1529–1536. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.279.19.1529>
24. Quach NE, Yang K, Chen R, Tu J, Xu M, Tu XM, et al. Post-hoc power analysis: a conceptually valid approach for power based on observed study data. *Gen Psychiatry*. 2022;35(4):e100764. DOI:10.1136/gpsych-2022-100764.
25. Wang X, Jin Y, Tian M, Zhuo Q, Lin CL, Hu P, et al. Safe-sex behavioral intention of Chinese college students: examining the effect of sexual knowledge using the theory of planned behavior. *Front Psychol*. 2022; 13:805371. DOI:10.3389/fpsyg.2022.805371.
26. Calderón-Canales F, Cricencio-Miranda G, Echevarría-Pinto M, et al. Educación sexual, conocimiento de ITS y conductas protectoras/de riesgo en personas entre 18 y 30 años. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2024;89(1):3-9. DOI: <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.23000002>
27. Neilson EC, Gilmore AK, Stappenbeck CA, Gulati NK, Neilson E, George WH, et al. Psychological effects of abuse, partner pressure, and alcohol: the roles of in-the-moment condom negotiation efficacy and condom-decision abdication on women's intentions to engage in condomless sex. *J Interpers Violence*. 2021;36(17-18):NP9416–NP9439. DOI:10.1177/0886260519857160.

28. Begay JL, Chambers RA, Rosenstock S, Kemp CG, Lee A, Lazelere F, et al. Assessing the effectiveness of the Respecting the Circle of Life project on condom and contraception self-efficacy among American Indian youth. *Prev Sci.* 2023;24(Suppl 2):283-91. DOI:10.1007/s11121-023-01514-4.
29. Corral-Gil GJ, García-Campos ML, Herrera-Paredes JM. Asertividad sexual, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes: Una revisión de literatura. *ACC CIETNA.* 2022;9(2):167–177. DOI: <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i2.851>
30. Awoleye AF, Solanke BL, Kupoluyi JA, et al. Exploring the perception and socio-cultural barriers to safer sex negotiation among married women in Northwest Nigeria. *BMC Womens Health.* 2022; 22:411. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01989-3>
31. Baruwa OJ. Breaking barriers: predictors of condom use negotiation among adolescent girls and young women in Mozambique. *BMC Public Health.* 2025;25(1):1040. DOI:10.1186/s12889-025-22315-0.
32. Ogallar-Blanco AI, Lara-Moreno R, García-Pérez R, Liñán-González A, Godoy-Izquierdo D. Cracking the code to female sexual satisfaction: the serial mediation of sexual behavior and the perceived importance of healthy sexuality from sexual self-efficacy. *Front Psychol.* 2024; 15:1305399. DOI:10.3389/fpsyg.2024.1305399.
33. Zhang L, Mou Y, Zhang L. Promoting condom negotiation self-efficacy among young women in China: the effects of traditional sexual values and descriptive norms. *Health Educ Res.* 2023;38(3):220–229. DOI: <https://doi.org/10.1093/her/cyad012>
34. McCrimmon J, Widman L, Javidi H, Brasileiro J, Hurst J. Evaluation of a brief online sexual health program for adolescents: a randomized controlled trial. *Health Promot Pract.* 2024;25(4):689–697. DOI:10.1177/15248399231162379.
35. Konkor I, Antabe R, Mkandawire P, McIntosh MD, Lawson ES, Husbands W, Wong J, Luginaah I. Knowledge of sexual partner's HIV serostatus and the practice of safer sex among heterosexual men of African descent in London, Ontario. *Ethn Health.* 2022;27(2):375–387. DOI: <https://doi.org/10.1080/13557858.2020.1734776>