

Artículo Original

Efectividad de intervenciones para prevención de ITS en mujeres que sufren violencia de pareja: revisión sistemática

Iliana Patricia Vega-Campos¹, Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez^{2*}, Raquel Alicia Benavides-Torres² & Yolanda Flores-Peña²

¹ Universidad Autónoma de Nayarit, Unidad Académica de Enfermería, Tepic, Nayarit, México

² Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León, México

*Autor de correspondencia: Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León, México.
rosalva.barbosamrt@uanl.edu.mx

Enviado: 23/11/2023

Aceptado: 21/03/2024

Publicado: 13/09/2024

Resumen: Introducción: La presente revisión sistemática tiene por objetivo sintetizar las intervenciones conductuales disponibles que demostraron efectividad para favorecer la conducta sexual segura y prevención de ITS incluyendo el VIH, en mujeres que han sufrido algún tipo de violencia; se describen algunas de las características de estas intervenciones y el impacto que tuvieron en la modificación de la conducta. **Método:** Se incluyeron intervenciones publicadas de enero de 1995 hasta enero de 2020, indizados en JCR. Se realizó una revisión sistemática en la literatura científica incluida en las bases de datos EBSCO Academic Search Complete, CINAHL, MEDLINE/PubMed, Springer, Web of Science, Elsevier, Dialnet, SciELO y Google Académico. Se siguieron las recomendaciones de la declaración PRISMA y los pasos propuestos por Holly et al. Además, se seleccionaron las intervenciones de acuerdo con los criterios de inclusión propuestos, y los análisis se sintetizaron narrativamente y los resultados se tabularon. **Resultados:** Cinco estudios de intervención se apegaron a los criterios de inclusión establecidos, todos fueron ensayos controlados aleatorios. Dichas intervenciones comprendieron entre una y ocho sesiones en formato individual o grupal. Con una duración que oscilo entre los diez y 250 minutos. Los resultados mostraron efectividad para mantener una conducta sexual más segura con el uso del condón. **Conclusiones:** Las intervenciones conductuales para prevención de ITS y mantenimiento de conducta sexual segura en mujeres destacan la oportunidad de orientar la investigación sobre la violencia de pareja y la prevención de ITS, reduciendo disparidades relacionadas con el género en cuestiones de salud.

Palabras clave: violencia de pareja, revisión sistemática, educación sexual, conducta sexual segura, mujeres, Infecciones de transmisión sexual.



1. Introducción

La violencia de pareja y las infecciones de transmisión sexual (ITS), son dos problemas de salud pública que afectan a mujeres a nivel mundial. La violencia de pareja se refiere a cualquier patrón de comportamiento utilizado por una pareja para mantener el poder y el control sobre la otra persona en una relación íntima¹. Actualmente la violencia de pareja es un evento que ocurre en una de cada tres mujeres en el mundo^{1,2}, esta puede ser física, psicológica, económica, patrimonial, y/o sexual³⁻⁵, dejando severas secuelas no solo en la salud física y mental^{5,6}, sino que también puede aumentar el riesgo de contraer ITS e incluso, se asocia a una muerte prematura.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)², con Borumandnia⁷ y Goga⁸, refieren que la violencia contra la mujer es un fenómeno endémico; que tuvo un incremento preocupante por la pandemia de Covid-19 derivado del confinamiento y la suspensión de ciertos apoyos. En México el 70.1% de las mujeres ha experimentado algún tipo de violencia, y esta tuvo un incremento sustancial durante el confinamiento de la pandemia, pasando de 7,723 casos en el año 2016 a 10,579 casos en el 2021⁹⁻¹¹. Aunque la violencia de pareja la pueden experimentar hombres y mujeres, se ha documentado en mayor proporción que la padecen las mujeres¹²⁻¹⁴. Las cifras reales reportadas son generalmente menores a las reales, ya que se ha demostrado que las mujeres no reportan todas las ocasiones en que sufren de violencia e incluso no la reconocen como tal, además del difícil acceso a los servicios de salud que enfrentan¹⁵⁻¹⁸.

Las mujeres que están expuestas a la violencia de pareja incrementan no solo el riesgo de adquirir alguna ITS, sino también embarazos no deseados y/o repetidos abortos¹⁹. Las dinámicas de poder desiguales en las relaciones abusivas a menudo dificultan que las mujeres negocien el uso de métodos anticonceptivos y los mecanismos de protección, como el condón, por lo que afrontar el problema de las ITS es un desafío global, y las mujeres que sufren violencia de pareja se encuentran en un grupo especialmente vulnerable. En este contexto, distintas intervenciones han sido desarrolladas para abordar esta problemática y reducir el riesgo de transmisión de ITS en esta población.

Aunque la violencia de pareja no está exenta al género, la suma de los esfuerzos se ha concentrado en la violencia hacia las mujeres^{20, 21} de acuerdo con Basile²² se requiere centrar las intervenciones en el empoderamiento femenino, para incrementar sus oportunidades tanto en el aspecto económico, educativo y laboral. En este mismo orden de ideas Campell²³⁻²⁶ refiere que existen múltiples intervenciones que se centran en mitigar las consecuencias adversas y en disminuir los daños que las mujeres han sufrido violencia. De esta manera se han desarrollado diversos enfoques propuestos para abordar dicha problemática, campañas de concientización, intervenciones específicas, incluyendo diversas estrategias para prevenir las ITS y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en este grupo vulnerable, dichas estrategias van desde la educación a la salud sexual, acceso a los servicios de salud, apoyo psicológico y social. Y a pesar de los

beneficios potenciales de estas intervenciones, existen desafíos importantes, como la confidencialidad, seguridad y capacitación adecuada de los profesionales de salud, son aspectos críticos que se deben cuidar para garantizar la efectividad de cualquier programa de prevención en dicho contexto.

Parte del problema radica en que mientras las personas practiquen conductas sexuales de riesgo, existe la probabilidad de contagio de ITS incluyendo el VIH, lo que afecta no solo su salud física, sino que impacta en su proyecto de vida, situación financiera y en sus relaciones sociales²⁷⁻²⁹. La sociedad hoy en día considera la salud sexual como tema tabú, especialmente cuando se trata de mujeres, dicho estigma tiene consecuencias graves, ya que se incluso se invisibiliza³⁰, y reprime al género femenino a buscar ayuda cuando experimentan síntomas de ITS²⁹ y, lo que puede conllevar a presentar problemas crónicos o incluso mortales.

Es decir, el sentimiento de vergüenza de las mujeres regularmente es consecuencia de las normas culturales, así como de la incorrecta educación sexual; por lo que muchas mujeres optan por automedicarse o bien ignorar los síntomas, resultando un atraso en el diagnóstico y tratamiento de las ITS, aumentando las complicaciones graves, tales como infertilidad, enfermedad inflamatoria pélvica y/o cáncer en casos de ITS no tratadas.

Es esencial que las mujeres se sientan empoderadas para cuidar de su salud sexual, incluyendo la autoexploración regular y la búsqueda de ayuda profesional, ante esto National Women's

Health Network³¹ refiere que existe un gran porcentaje de mujeres que nunca se han autoexplorado, ya que cualquier acto con la sexualidad o autoerotismo se consideran propios del género masculino. De acuerdo con algunos investigadores se recomienda incluir el concepto de empoderamiento en el desarrollo de intervenciones³²⁻³⁴

Campell²⁵ refieren que existen múltiples intervenciones dirigidas a disminuir los daños que las mujeres han sufrido por violencia de pareja. Por otra parte, se ha documentado que existe evidencia que se han evaluado intervenciones para prevención de ITS/VIH, las cuales se dirigen a reducir la conducta sexual de riesgo que puede estar asociada al consumo de drogas, sin embargo, es poca la evidencia que documente la efectividad de intervenciones dirigidas a disminuir las Conductas Sexuales de Riesgo (CSR) en una situación específica como la violencia de pareja.

Existe evidencia científica que ha demostrado la coexistencia entre las ITS/VIH y la violencia de pareja, por lo tanto, debido a su incidencia se deberían enfocar mayores esfuerzos para prevenirla y se considera relevante que la salud pública, se centre en el mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres, aumento de la educación sexual integral, incluyendo la prevención de las ITS vinculada con la violencia^{35, 36}.

Debido a la vulnerabilidad que experimentan las mujeres con violencia de pareja y las consecuencias en su salud sexual y reproductiva en comparación con las mujeres que no la sufren, existe un aliciente para que los profesionales y el

sistema de salud se adapten a esas necesidades actuales donde la violencia ha ido en incremento, y se identifiquen intervenciones que promuevan la salud y preserven los factores protectores que se observan en las mujeres víctimas de violencia. Por lo tanto, el objetivo de la presente revisión sistemática fue analizar las intervenciones disponibles para prevenir ITS/VIH en mujeres adultas jóvenes con violencia de pareja.

2. Método

Esta revisión sistemática fue desarrollada utilizando el método PRISMA³⁷, homogeneizando la información existente a nivel nacional e internacional para alcanzar un adecuado abordaje de las variables y siguiendo los pasos propuestos por Holly³⁸ que a continuación se describen:

2.1 Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión de la presente revisión sistemática, fueron los siguientes: 1) descriptores incluidos en el título y resumen, 2) estudios de textos completo, 3) que su objetivo fuera la prevención de ITS/VIH y violencia, 4) estudios con diseño ensayo controlado aleatorizado (ECA), 5) estudios con grupo de comparación, 6) con resultados de seguimiento, 7) específicos para el género femenino, 8) en mujeres de 18 años a 40 años, estudios en idioma inglés, portugués o español, 9) publicaciones desde el año 1995 hasta enero 2020, 10) que en los resultados reportaran modificación de la conducta, 11) descripción de la intervención.

2.2 Estrategia de búsqueda y selección de estudios

La búsqueda se realizó en las bases de datos EBSCO Academic Search Complete, CINAHL, MEDLINE/PubMed, Springer, Web of Science, Elsevier, Dialnet, SciELO y Google Académico. Se utilizaron los descriptores integrados en el Medical Subject Headings (MeSH) y los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), además de usar los operadores booleanos, realizando combinaciones con los siguientes descriptores: Sexual education” OR “educational program” OR “brief intervention”, OR “intervention behavioral” AND “violence partner” OR “dating abuse” OR “dating violence” OR “couple violence” AND “condom negotiation” OR “safe sex” OR “Safer sex. Además, se aplicó el filtro de género y edad.

Se utilizó un administrador bibliográfico para organizar las referencias localizadas y eliminar los estudios duplicados. Al concluir la fase de identificación de los estudios se realizó un screening de los datos por título y resumen, seleccionando solamente los artículos que se apegaron con los criterios de inclusión. Los artículos identificados se evaluaron a través de las recomendaciones de la guía PRISMA, aunado a ello la evaluación de la calidad metodológica de los estudios se complementó con la lista de verificación de evaluación crítica para estudios y prevalencia del Instituto Joanna Briggs haciendo énfasis en el objetivo, metodología aplicada, diseño de investigación y resultados de la eficacia de las intervenciones.

Posteriormente los autores, revisaron los títulos y resúmenes de cada referencia para verificar que cada resumen cumplía con los criterios de inclusión, además se eliminaron artículos que no describían la intervención para prevenir ITS/VIH en las mujeres, asimismo se realizó la lectura del apartado de métodos/metodología y resultados para verificar el apego a los criterios de elegibilidad. Se realizó la lectura completa cada una de las intervenciones que cumplieron cada criterio de inclusión.

Se realizó una codificación y extracción independiente de los estudios incluidos en la revisión sistemática, se llevó a cabo una comparación de cada autor para tener mayor precisión y evitar diferencias en los criterios, se analizaron características como el origen del estudio, lugar de aplicación, diseño del estudio, seguimiento, modalidad de la intervención, tamaño de muestra, número de sesiones, duración de la intervención, resultados primarios y secundarios en consonancia del riesgo de contagio de ITS/VIH, aceptabilidad, viabilidad y fidelidad de los estudios.

La calidad metodológica de los artículos fue evaluada a través de la lista de verificación MINCIR³⁹, que incluye la valoración de tres dominios: Dominio 1: diseño del estudio; Dominio 2: población estudiada por factor de justificación; Dominio 3: metodología empleada (objetivo, diseño, criterios de selección y tamaño de la muestra). El protocolo de esta revisión fue registrado en PROSPERO (547838).

3. Resultados

De los estudios incluidos se extrajo información de identificación como el nombre de los autores, año y país donde se llevó a cabo el estudio, diseño del estudio, tamaño de la muestra, y característica de las mediciones posteriores a la intervención. Por último, se llevó a cabo un análisis, integración e interpretación de los estudios de intervención para prevenir ITS/VIH y manejo de la conducta sexual segura en mujeres expuestas a violencia. La figura 1 muestra los resultados de la búsqueda, los criterios de exclusión de los estudios de intervención utilizando la metodología PRISMA.

Durante la búsqueda inicial se identificaron 2753 citas potencialmente relevantes, se utilizaron criterios de búsqueda sistemática por lo que se eliminaron 1432 citas duplicadas. Lo que arrojó como resultado 1321 resúmenes que fueron seleccionados de forma independiente.

Un total de 1253 citas fueron excluidas por no cumplir con los criterios de inclusión lo que dio lugar a 68 artículos a texto completo, a los cuales se realizó una revisión más detallada, finalmente, 14 estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Se hizo la reducción de los 14 a cinco artículos debido a que en el análisis de la descripción no se encontraron todas las características de la implementación de la intervención (Figura 1).



Figura 1. Diagrama de flujo para las intervenciones de prevención de ITS para mujeres con violencia de pareja.

Referente a la calidad metodológica de los estudios de intervención, el 100% (n=5) obtuvo una puntuación de calidad aceptable según la escala MINCIR (Tabla 1), considerándose aceptable una puntuación mayor a 18 puntos.

En la tabla 1, se muestran los cinco estudios seleccionados, de los cuales cuatro se llevaron a cabo en Estados Unidos 39-42 y uno en Latinoamérica 43; todos los estudios fueron ensayos controlados aleatorios.

Tabla 1. Descripción de los programas de intervención.

Autor	Entrega	Sesiones	Componente principal	Meses de Seguimiento	Resultados primarios	Puntaje MINCIR
Mittal ⁴⁰	I - G	8	Negociación sobre el sexo seguro/uso del condón	3	Riesgo directo de ITS/VIH, Episodios de RS sin protección, Conocimiento de ITS, Intención de sexo seguro, Habilidades de negociación de Autoeficacia del uso del condón	26*
Meléndez ⁴¹	G	4 u 8	Comunicación y empoderamiento	1, 6, 12	Riesgo directo de ITS/VIH, Episodios de RS sin protección, Intención de sexo seguro, Comodidad en la comunicación, Autoeficacia del uso del condón	31*
Wingood ⁴²	I - G	8	Riesgo, vulnerabilidad	6 y 12	Uso sistemático del uso del condón, reducción de VIH e ITS, Conocimiento de ITS/VIH	35*
Villegas ⁴⁴	G	6	Autoeficacia	3	Conocimientos ITS/VIH, Actitud hacia el uso del condón, Autoeficacia para prevención ITS/VIH Vulnerabilidad, Uso del internet	23*
Jemmott ⁴³	G	1	Autoeficacia, Negociación de las RS y uso del condón, Comunicación sexual asertiva, Empoderamiento sexual	3, 6, 12	Reducción de riesgo ITS/VIH, Reducción de consumo de drogas, Autoeficacia, Episodios consistentes de uso del condón, Habilidades de negociación del uso del condón	35*

Nota: I = Individual, G= Grupal. RS= Relación Sexual, ITS= Infección de transmisión sexual, VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana

* Calidad metodológica adecuada según escalar MINCIR (adecuada \geq 18 puntos)

A continuación, se muestra la descripción de las intervenciones identificadas, haciendo un análisis de cada una, en base a los criterios de inclusión antes mencionados.

Mittal⁴⁰, presenta los resultados de una intervención enfocada en la reducción de riesgos de VIH para mujeres con antecedentes de violencia de pareja. Esta intervención demostró ser prometedora al abordar la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia y las ITS. Además de que se aborda de manera integral la salud sexual y emocional de las mujeres. La intervención se desarrolla de manera individual y grupal a través de 8 sesiones. Tres sesiones individuales (1, 3 y 4),

destacando la psicoeducación de las relaciones, resiliencia y empoderamiento; las cinco sesiones restantes abordaron actividades centradas en las ITS/VIH, violencia de género, autoprotección y vida saludable. Mostrando eficacia a los tres meses en el mantenimiento de la conducta sexual segura, habilidades de comunicación y habilidades en el uso del condón, así como en la reducción de ansiedad y depresión.

Meléndez⁴¹, destaca la importancia de la negociación de prácticas sexuales seguras en el contexto de la violencia de pareja. Esta intervención se aplicó en dos niveles de dosis a un grupo en 4 sesiones y otro en ocho sesiones, abordando conocimientos

de ITS, motivación, actitudes, creencias y habilidades del uso del condón. Mostrando eficacia en las habilidades para mantener la conducta sexual segura con el uso del condón y aumento de autoeficacia en la comunicación hasta 12 meses posteriores a la intervención.

Wingood⁴², llevaron a cabo la intervención AMIGAS, la cual es una adaptación de la intervención SiSTA, diseñado para reducir los comportamientos de riesgo de transmisión del VIH y las ITS entre mujeres que viven con VIH. La intervención se desarrolla en 8 sesiones en total, tres sesiones individuales y cinco grupales, con implementación de ejercicio de meditación de atención plena, abordando temáticas de conocimientos, de VIH/ITS, habilidades de comunicación y uso del condón, relaciones de pareja saludables. Mostrando resultados hasta 12 meses después de la intervención en la disminución de incidencia de ITS, mayor habilidad en el uso de condones y mantenimiento de sexo protegido.

El estudio de Villegas⁴⁴, destaca la importancia de considerar factores psicosociales y de género en el diseño de intervenciones para la prevención de ITS en mujeres que experimentan violencia de pareja. Este enfoque integral reconoce la interseccionalidad de las experiencias de estas mujeres y la necesidad de estrategias sensibles a sus contextos particulares. Se desarrolla en grupos reducidos de 8-10 mujeres, entre los elementos abordados se encuentran las ITS, prevención de VIH, conocimientos negociación, comunicación de pareja, prevención y control de la violencia, estos en sesiones participativas, que incluyen videos, juego de roles, discusiones para desarrollar

autoeficacia y habilidades de comunicación. Llevaron a cabo un seguimiento a 3 meses. Reportando incremento del nivel de conocimiento, actitudes positivas para reducir la estigmatización, mejora en las habilidades de negociación y comunicación y reducción de las conductas sexuales de riesgo.

Jemmott⁴³ ha subrayado la relevancia de intervenciones basadas en la teoría del comportamiento, que buscan modificar las conductas de riesgo a través de la educación, la motivación y el fortalecimiento de habilidades de negociación en el contexto de las relaciones de pareja. Esta perspectiva pone énfasis en empoderar a las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

La intervención Sister to Sister mostró eficacia en mujeres jóvenes para el mantenimiento de la conducta sexual segura y la incidencia de las ITS. Es una intervención breve, con grupos de discusión, videos, juegos y ejercicios para la reducción de ITS/VIH, desarrollo de habilidades del uso correcto del condón y habilidades de negociación de las relaciones sexuales. Que se desarrolla de manera grupal en una sesión. Mostrando eficacia en la reducción de conductas de riesgo, reducción de la prevalencia de ITS y reducción del uso de alcohol y drogas durante el sexo. Los cuales perduraron a los 3, 6, y 12 meses de seguimiento.

4. Discusión

En la presente revisión sistemática se identificaron cinco intervenciones de prevención de ITS/VIH probadas específicamente en mujeres jóvenes que viven violencia de pareja. Cuatro de estas fueron implementadas en Estados Unidos⁴⁰⁻⁴³ y una en Latinoamérica⁴⁴.

A nivel mundial, la literatura existente reconoce la magnitud del problema²⁶, sin embargo, existen estudios para abordar el problema y prevención del VIH, pero son escasas las intervenciones que se han llevado a cabo en mujeres que han sufrido violencia. Por lo tanto, los efectos de las intervenciones en mujeres que viven o han vivido violencia de pareja no están claros, ya que indudablemente existen variables que influyen en este grupo de población y que afecta su comportamiento ante la prevención de ITS/VIH. Las mujeres que sufren violencia de pareja enfrentan desafíos únicos en la negociación de prácticas sexuales seguras y la prevención de ITS.

Se considera la adolescencia como un grupo de población vulnerable y de riesgo, por lo cual la mayoría de los estudios son realizados en este grupo. Sin embargo, existen muy pocos estudios dirigidos a las mujeres adultas. En este sentido, es importante reconocer que las mujeres con violencia de pareja también son un grupo vulnerable ante el contagio de ITS/VIH, por las características que tienen en la toma de decisiones.

Se han realizado revisiones sistemáticas, centrándose en la prevención de VIH, en especial en población adolescente^{21, 44, 45}; y son pocas las intervenciones que buscan

prevenir las ITS en mujeres y en la adultez temprana⁴⁷⁻⁵⁰. por lo que se tiene poca evidencia sobre el estado de prevención de las ITS en dicha población.

La mayoría de los artículos revisados utilizaron marcos teóricos diferentes para apoyar el diseño y ejecución de la intervención, siendo los más utilizados los siguientes: Teoría cognoscitiva social de Bandura⁵¹, Teoría de la Conducta Planeada de Azjen⁵² y el modelo de información, motivación y habilidades conductuales (IMB) de Fisher^{53,54}.

Los focos identificados en los artículos fueron: empoderamiento, autoestima, barreras para el uso del condón autoeficacia, habilidades de negociación y comunicación. Además de estos en el estudio de Villegas⁴⁴ se incluyeron los roles de género, machismo y feminismo, mientras que en el estudio de Mittal⁴⁰ se reforzó la parte psicoeducativa en las relaciones familiares y de pareja. La mayoría de las intervenciones combinaban dos o más de los focos identificados.

Los enfoques de las intervenciones fueron grupales en los cinco artículos revisados⁴⁰⁻⁴³, adicionalmente dos tuvieron sesiones individuales^{40,42}. Se puede deducir que las sesiones grupales dan mayor efectividad en los resultados, principalmente por la retroalimentación que se realiza entre las participantes.

La duración de las sesiones en las intervenciones identificadas es muy variante, van desde 10 a 250 minutos. Se considera que en el caso de las mujeres que tienen múltiples tales como el trabajo del hogar, cuidado de los hijos, trabajo fuera de casa, entre otras actividades, es preferible tener sesiones cortas, para

lograr su atención y evitar la pérdida de participantes.

El contexto ambiental de las intervenciones fue similar en los cinco artículos, todas se realizaron en clínicas comunitarias y en base a las descripciones mencionadas, hubo diversidad en la ubicación geográfica, cuatro estudios se desarrollaron en Estados Unidos⁴⁰⁻⁴³ y solo uno en Sudamérica, específicamente en Chile⁴⁴. La mayoría de las participantes fueron afroamericanas y latinas.

Las intervenciones identificadas, se basaron principalmente en mecanismos individuales del cambio de comportamiento, para disminuir la prevalencia de ITS/VIH, buscando abordar los factores que impulsan la vulnerabilidad a las ITS/VIH en el estudio de Mittal⁴⁰ y Jemmott⁴³ destacan la importancia de impulsar la modificación de conducta desde la perspectiva de la reducción de riesgos.

Todas las intervenciones seleccionadas informaron resultados positivos para las participantes, por ejemplo, Jemmott⁴³, Wingood⁴² y Mittal⁴⁰ desarrollaron habilidades del uso correcto del condón y de habilidades de comunicación con la pareja logrando la negociación del uso del condón, reducción de la prevalencia de ITS. Además, Meléndez⁴¹ afirmaron que el programa de dos niveles se considera eficaz dada la retroalimentación de los participantes.

El estudio de Jemmott⁴² destaca el papel fundamental de la autoeficacia de la negociación para mantener relaciones sexuales protegidas, la capacitación en habilidades para la vida en pareja mejora la

autoeficacia, la autoestima y la negociación sexual^{41,42}, las pruebas de ITS/VIH^{40,42}, y redujo las conductas sexuales de riesgo⁴⁰⁻⁴³, las habilidades de comunicación pueden haber mitigado la violencia de pareja^{40, 42} lo que puede conducir al empoderamiento sexual.

El perfeccionamiento de las habilidades puede mantener los resultados posteriores a las intervenciones. La mejora de la autoestima, autoeficacia de la negociación de relaciones sexuales y del uso del condón, continuó manteniendo conductas sexuales seguras y protegidas incluso dos años después de la finalización de los programas⁴¹.

5. Conclusiones

La presente revisión sistemática sobre la prevención de ITS y violencia de pareja ha arrojado luz sobre la necesidad de implementar intervenciones integrales que aborden no solo la prevención de las ITS/VIH, sino también la violencia de pareja y las barreras estructurales que contribuyen a su persistencia.

Es crucial reconocer que la prevención de las ITS va más allá de la promoción del uso de preservativos. Si bien este método es efectivo, las intervenciones deben ser más amplias y considerar factores como la educación sexual, el acceso a servicios de salud, la equidad de género y el empoderamiento de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual.

La violencia de pareja es un problema de salud pública que está estrechamente relacionado con las ITS. Las personas que experimentan violencia de pareja tienen

un mayor riesgo de contraer ITS, debido a la falta de control sobre su salud sexual y reproductiva, así como a la dificultad para negociar prácticas sexuales seguras. Por lo tanto, las intervenciones que aborden la violencia de pareja no solo mejoran la salud emocional y física de las personas, sino que también contribuyen a la prevención de las ITS.

Es fundamental considerar las barreras estructurales que dificultan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La literatura indica que estas barreras deben ser consideradas para la mayor comprensión del fenómeno de estudio. En este caso, los factores como la estigmatización, la discriminación, la falta de recursos económicos y la falta de educación pueden limitar la capacidad de las personas para buscar atención médica o adoptar prácticas sexuales seguras. Y estas barreras deberían trabajarse en comunidades, instituciones y gobiernos para garantizar que todos tengan acceso a servicios de salud de calidad.

Los resultados de la presente revisión se correlacionan con las limitaciones del estudio. Anteriormente se señaló que solo un estudio se ubicó en el contexto latinoamericano, lo cual es motivo de preocupación ya que la violencia y las ITS/VIH son factores globales.

5. Declaraciones

5.1 Reconocimiento de autoría

IPVC: Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, escritura-borrador original, análisis formal, curación de datos

RCBM: conceptualización, metodología validación, análisis formal, escritura: revisión y edición, supervisión, visualización., análisis formal, curación de datos, administración de proyecto

RABT: escritura: revisión y Edición, visualización, análisis formal, curación de datos.

YFP: visualización, supervisión, revisión.

5.2 Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

5.3 Agradecimientos

Las autoras agradecen el apoyo recibido por la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por las facilidades brindadas para la realización de la presente revisión sistemática.

Referencias

1. Cha S, Masho SW, Heh V. Victimización por violencia de pareja y embarazo no deseado en mujeres latinas y asiático-americanas: análisis mediante modelos de ecuaciones estructurales. *Mujeres y Salud*. 2017;57(4):430-445.
<https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1170094>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Violencia Contra La Mujer*. 2021. Disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
3. Marrs Fuchsel CL. *Yes I Can, (Sí, Yo Puedo): An Empowerment Program for Immigrant*

- Latina Women in Group Settings. Oxford Academic; 2018.
<https://doi.org/10.1093/oso/9780190672829.001.0001>
4. Marrs Fuchsel CL. Immigrant Latinas' Experiences with Intimate Partner Violence, Access to Services, and Support Systems during a Global Health Crisis (COVID-19). *Journal of Family Violence*. 2023 Feb 16.
<https://doi.org/10.1007/s10896-023-00515-9>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Violencia contra las mujeres en México. Disponible en:
<https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>
6. Schneider, Nicole. "The Mask of Happiness: Unmasking Coercive Control in Intimate Relationships." *Journal of psychiatric practice* vol. 24,1 (2018): 48-50.
<https://doi.org/10.1097/PRA.00000000000000281>
7. Borumandnia N, Khadembashi N, Tabatabaei M, Alavi Majd H. La tasa de prevalencia de la violencia sexual en todo el mundo: un análisis de tendencias. *BMC Salud Pública*. 2020; 20(1):1-7.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09926-5>
8. Goga A, Bekker LG, Van de Perre P, et al. Centring adolescent girls and young women in the HIV and COVID-19 responses. *Lancet*. 2020;396(10266):1864-1866.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32552-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32552-6)
9. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA). La epidemia del VIH y el sida en México; 2022. Disponible en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf
10. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al cierre del 2019
11. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/Sida en México: Actualización al cierre 2019. 2019 Disponible en:
<https://www.tenforums.com/microsoft-office-365/179670-hyperlinks-word-not-working.html>
12. Whitaker, R., Hendry, M., Aslam, R., Booth, A., Carter, B., Charles, J. M., Craine, N., Tudor Edwards, R., Noyes, J., Ives Ntambwe, L., Pasterfield, D., Rycroft-Malone, J., & Williams, N.. Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 2016 20(16), 1-214.
<https://doi.org/10.3310/hta20160>
13. Marrs Fuchsel, C., Linares, R., Abugattas, A., Padilla, M., & Hartenberg, L.. Sí, Yo Puedo: Latinas examining domestic violence, relationships, and self. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 2016; 31, 219-231.
<https://doi.org/10.1177/0886109915608220>
14. Li Y, Samp JA. Sexual relationship power, safer sexual communication, and condom use: A comparison of heterosexual young men and women. *West J Commun*.

- 2019;83(1):58-74.
<https://doi.org/10.1080/10570314.2017.1398835>
15. Bhuyan R, Velagapudi K. From one "dragon sleigh" to another: Advocating for immigrant women facing violence in Kansas. *Affilia*. 2013;28(1):65-78.
<https://doi.org/10.1177/0886109912475049>
16. Reina AS, Lohman BJ. Barriers preventing Latina immigrants from seeking advocacy services for domestic violence victims: A qualitative analysis. *Journal of Family Violence*. 2015;30:479-488.
<https://doi.org/10.1007/s10896-015-9696-8>
17. Reina AS, Maldonado MM, Lohman BJ. Undocumented Latina networks and responses to domestic violence in a new immigrant gateway: Toward a place-specific analysis. *Violence Against Women*. 2013;19:1472-1497.
<https://doi.org/10.1177/1077801213517513>
18. Miller, Elizabeth and Jay G. Silverman. "Reproductive Coercion and Partner Violence: Implications for Clinical Assessment of Unintended Pregnancy." *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2010;5: 511-515.
<https://doi.org/10.1586/eog.10.44>
19. Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., Watts, C., & WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and*
- Obstetrics*, 2013;120(1), 3-9.
<https://doi.org/10.1016/j.jigo.2012.07.003>
20. Whitaker, A. K., Quinn, M. T., Munroe, E., Martins, S. L., Mistretta, S. Q., Gilliam, M. L., & Whitaker MS, A. K. A motivational interviewing-based counseling intervention to increase postabortion uptake of contraception: A pilot randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 2016;99(10), 1663-1669.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.05.011>
21. Whitaker, R., Hendry, M., Aslam, R., Booth, A., Carter, B., Charles, J. M., Craine, N., Tudor Edwards, R., Noyes, J., Ives Ntambwe, L., Pasterfield, D., Rycroft-Malone, J., & Williams, N. Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 2016; 20(16), 1-214.
<https://doi.org/10.3310/hta20160>
22. Basile KC, Espelage DL, Rivers I, McMahon PM, Simon TR. Los vínculos teóricos y empíricos entre el comportamiento de acoso y la perpetración de violencia sexual masculina. *Agresión y comportamiento violento*. 2009; 14(5):336-347.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.06.001>
23. Campbell JC, Lucea MB, Stockman JK, Draughon JE. Forced sex and HIV risk in violent relationships. *Am J Reprod Immunol*. 2013;69(Suppl 1):41-44.
<https://doi.org/10.1111/aji.12026>
24. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence

- against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2008 Dec;15(4):221-31. <https://doi.org/10.1080/17457300802423224>
25. Campbell, J. C., Lucea, M. B., Stockman, J. K., & Draughon, J. E.. Forced sex and HIV risk in violent relationships. *American journal of reproductive immunology* 2013, 69 Suppl 1(01), 41-44. <https://doi.org/10.1111/aji.12026>
26. Cavanaugh C, Campbell J, Whitt V, Wingood G. Pilot Test of an Adapted, Evidence-Based Intervention for Preventing HIV for Women Residing in Domestic Violence Shelters. *Violence Against Women.* 2020 May 1;26(6-7):771-783. <https://doi.org/10.1177/1077801219838329>
27. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 2018. 2019. <http://187.191.75.115/anuario/html/anuarios.html>
28. Center for Disease Control and Prevention. Preventing teen dating violence. In *Injury prevention and control.* 2020 March 9. Available in: <https://www.cdc.gov/injury/features/dating-violence/index.html>
29. Alvarado, J. I. U., Villalobos, J. A., Salinas, X. Z., & Casis, A. A. . Efectos de la habilidad de negociación, asertividad y autoeficacia en las relaciones sexuales protegidas de jóvenes. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 2017;19(1), 173-189 *American Psychologist*, 64(6), 527-537. <https://doi.org/10.1037/a0016830>
30. Martínez Gómez C. La estructura patriarcal y la constante violencia contra las mujeres en México. *Cienc juríd.* 2022;11(21):87-105. <https://doi.org/10.15174/cj.v11i21.404>
31. National Women's Health Network (NWHN). *Raising Women's Voices (RWV).* May-June 2019 Disponible en: <https://nwhn.org/nwhn-in-action-may-june-2019/>
32. Page RL, Chilton J, Montalvo-Liendo N, Matthews D, Nava A. Empowerment in Latina immigrant women recovering from interpersonal violence: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing.* 2017;28:531-539. <https://doi.org/10.1177/1043659617707014>
33. Clark HM, Grogan-Kaylor A, Galano MM, Stein SF, Montalvo-Liendo N, Graham-Bermann S. Reducing intimate partner violence among Latinas through the moms' empowerment program: An efficacy trial. *Journal of Family Violence.* 2018;33:257-268. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-9957-4>
34. Casique, I. Dimensiones entrelazadas: empoderamiento y actitudes de los adolescentes mexicanos respecto al uso del condón masculino. *Revista Latinoamericana de Población*, 2016;10(19), 149-168. <https://doi.org/10.31406/relap2016.v10.i2.n19.7>
35. The White House. *National HIV/AIDS strategy for the United States 2022-2025.* National HIV/AIDS Strategy 2023 Interim Action Report
36. Organización Mundial de la Salud [OMS]. *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021.*

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf>

<https://doi.org/10.1097/01.qai.0000140603.57478.a9>

37. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2009;339, b2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>

38. Holly C, Salmond S, Saimbert M.K. *Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice*.2009

39. Moraga J, Manterola C, Cartes-Velasquez R, Burgos M. E, Aravena P, Urrutia S. Instrucciones para la Utilización de la Escala MINCIR para Valorar Calidad Metodológica de Estudios de Terapia. *Int. J. Morphol.* 2014 Mar; 32(1): 294-298. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022014000100047>

40. Mittal M, Thevenet-Morrison K, Landau J, et al. An Integrated HIV risk reduction intervention for women with a history of intimate partner violence: pilot test results. *AIDS Behav.* 2016;21:1-14. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1427-5>

41. Melendez RM, Hoffman S, Exner T, Leu C-S, Ehrhardt AA. Intimate partner violence and safer sex negotiation: effects of a gender-specific intervention. *Arch Sex Behav.* 2003;32(6):499-511. <https://doi.org/10.1023/A:1026081309709>

42. Wingood GM, DiClemente RJ, Mikhail I, et al. A randomized controlled trial to reduce HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases among women living with HIV: The WiLLOW Program. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004;37(Suppl 2): S58-S67.

43. Jemmott, L. S., Jemmott, J. B., 3rd, & O'Leary, A. Effects on sexual risk behavior and STD rate of brief HIV/STD prevention interventions for African American women in primary care settings. *American journal of public health*, 2009;97(6), 1034-1040. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.020271>

44. Villegas, N., Santisteban, D., Cianelli, R., Ferrer, L., Ambrosia, T., Peragallo, N., & Lara, L. Prueba piloto de una intervención de prevención de ITS y VIH basada en Internet con mujeres chilenas. *Revista de becas de enfermería: una publicación oficial de la Sociedad Internacional de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau*; 2015: 47(2), 106-116. <https://doi.org/10.1111/jnu.12114>

45. Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016;11(1), CD006417. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3>

46. Noble, E., Ward, L., French, S., & Falb, K. State of the Evidence: A Systematic Review of Approaches to Reduce Gender-Based Violence and Support the Empowerment of Adolescent Girls in Humanitarian Settings. *Trauma, violence & abuse*, 2019;20(3), 428-434. <https://doi.org/10.1177/1524838017699601>

47. Fu, T., Hensel, D. J., Beckmeyer, J. J., Dodge, B., & Herbenick, D. Considerations in the Measurement and Reporting of Withdrawal: Findings from the 2018 National

Survey of Sexual Health and Behavior. 2019. The Journal of Sexual Medicine. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.022>

48. Gonçalves, T. R., Faria, E. R., Carvalho, F. T., Piccinini, C. A., & Shoveller, J. A. Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV: a systematic review update. *Cadernos de saude publica*, 2017;33(1), e00202515. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00202515>

49. Steiner, R. J., Pampati, S., Kortsmit, K. M., Liddon, N., Swartzendruber, A., & Pazol, K. Long-Acting Reversible Contraception, Condom Use, and Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review and Meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 2021;61(5), 750-760. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.04.032>

50. Marshall, K. J., Fowler, D. N., Walters, M. L., & Doreson, A. B.. Interventions that

Address Intimate Partner Violence and HIV Among Women: A Systematic Review. *AIDS and behavior*, 2018;22(10), 3244-3263. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-2020-2>

51. Bandura A. *Social learning theory*, New Jersey: Prentice Hall-, 1977

52. Ajzen, I. The theory of planned behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991; 50, 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

53. Fisher JD, Fisher WA, Shuper PA. The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. *Emerging theories in health promotion practice and research* 2009;2:21-64.

54. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull.* 1992;111(3):455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>

Derechos de Autor © Iliana Patricia Vega Campos, Rosalva del Carmen Barbosa Martínez, Raquel Alicia Benavides Torres y Yolanda Flores Peña 2024



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir –copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato – y Adaptar el documento –remezclar, transformar y crear a partir del material– para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)