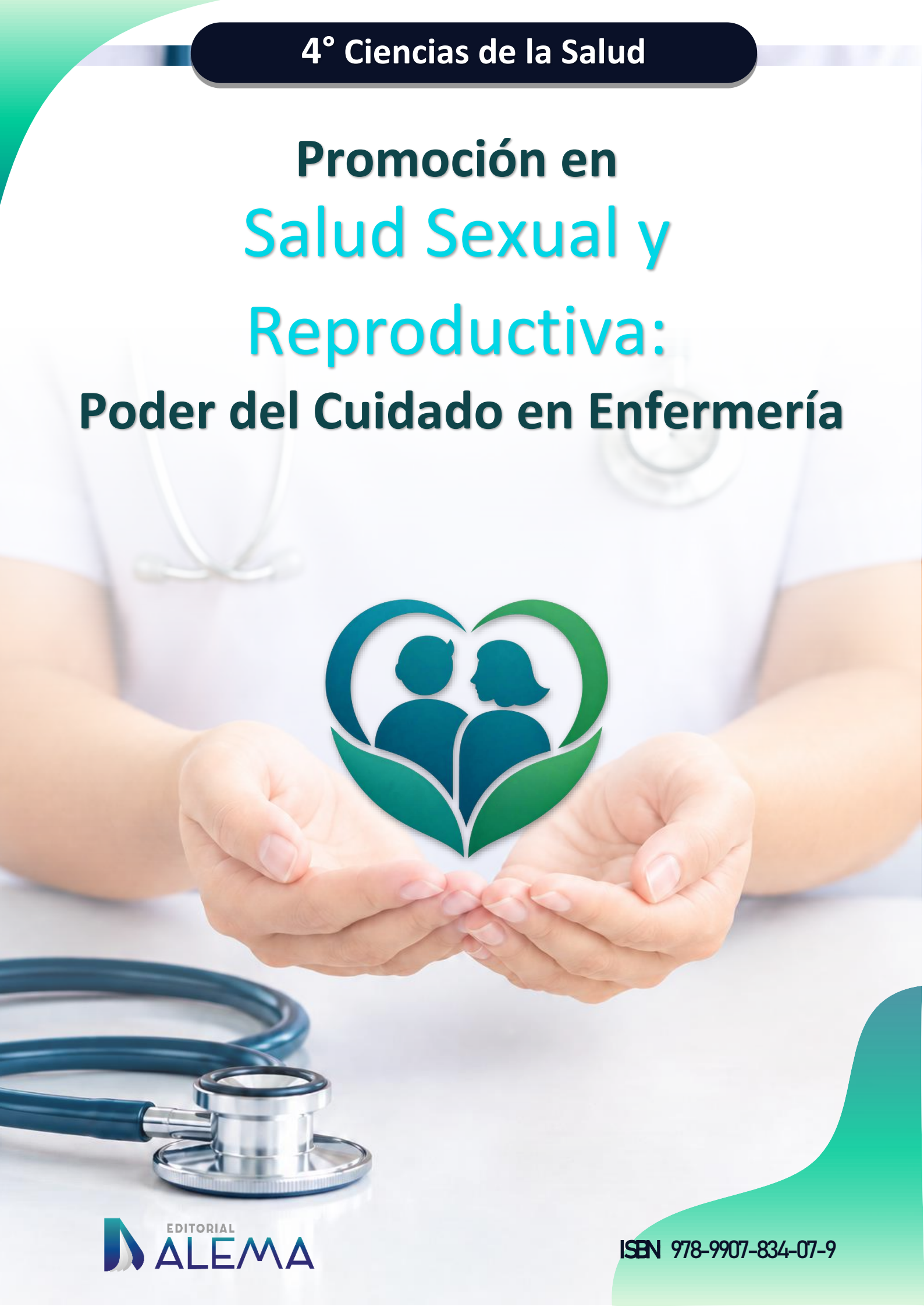
4° Ciencias de la Salud

Promoción en Salud Sexual y Reproductiva:

Poder del Cuidado en Enfermería



EDITORIAL ALEMA

ISBN 978-9907-834-07-9

Edición: Primera Edición 2026
ISBN: 978-9907-834-07-9
Editorial: ALEMA Casa Editora-Editorial Internacional S.A.S.D
Ciudad, País: Jipijapa – Ecuador.
URL: https://editorialalema.org/libros/index.php/alema

Diseño y diagramación:
MSc. Xiomara Lisbeth Anzules Avila

Corrección de contenidos:
Dr. C. Omar Mar Cornelio

Diseño, montaje y producción editorial:
ALEMA Casa Editora-Editorial Internacional S.A.S.D, Ecuador

Hecho en Ecuador, Made in Ecuador

Este texto ha sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos.

Advertencia: "Quedan todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información existente o por existir, sin el permiso previo por escrito del titular de los derechos correspondientes".

ISBN: 978-9907-834-07-9

Promoción en Salud Sexual y Reproductiva: Poder del cuidado en enfermería

AUTORES

Mg. Lorena María Loor Alvarado (Ecuador)

Magíster en Gestión del Cuidado. Licenciada en enfermería.

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería

E-mail: lorena.loor@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2851-0742

Mg. Irina Monserrate Santistevan Pionce (Ecuador)

Magíster en Gestión del Cuidado. Licenciada en enfermería. Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: irina.santistevan@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0009-0003-2182-4965

Mg. Angelica Adriana Alcázar Marcillo (Ecuador)

Magíster en Enfermería en Cuidados Críticos. Licenciada en Enfermería. Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: angelica.alcazar@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0619-2301

Dra. Yasmin Alejandra Castillo Merino, PhD. (Ecuador)

Doctora en Enfermería. Magíster en Gerencia y Administración de Salud. Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud. Licenciada en Ciencias de la Enfermería

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: yasmin.castillo@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1442-1725

Melanie Elizabeth Catuto Villegas (Ecuador)

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. IRM de medicina.

E-mail: melanie.catuto30@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3781-9530

Dra. Gina Rosa Alonso Muñiz, PhD. (Ecuador)

Doctora en Enfermería. Magíster en Emergencias Médicas. Licenciada en Ciencias de la Enfermería.

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Carrera Enfermería.

E-mail: gina.alonsom@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0041-2956

Mg. Ana Joselyn Parrales Choez (Ecuador)

Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria. Licenciada en Enfermería

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Carrera Enfermería.

E-mail: ana.parrales@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9763-5122

Dra. C. Mercedes María Lucas Choez (Ecuador)

Doctora en Ciencias Biomédicas. Magíster en Investigación Clínica y Epidemiológica. Licenciada en Enfermería.

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: mercedes.lucas@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2001-7611

Mg. Tatiana Jazmín Piguave Figueroa (Ecuador)

Magister en Gestión del Cuidado. Licenciada en Enfermería.

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: tatiana.piguave@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1475-4965

Méd. Cir. Jenifer Dayanara Aguilar Cano, Esp. (Ecuador)

Especialista en Salud y Seguridad Ocupacional con Mención en Salud Ocupacional.
Médica Cirujana

Universidad Estatal del Sur Manabí. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: jenifer.aguilar@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1747-0266

Mg. Silvia Gabriela Cáceres Palma (Ecuador)

Magíster en Gestión del Cuidado. Licenciada en Enfermería.

Universidad Estatal del Sur Manabí. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: silvia.caceres@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2558-5984

Lcda. Paola Fernanda Zambrano Alcivar (Ecuador)

Licenciada en Enfermería.

Trabajadora vinculada al Centro de Salud 24 de mayo, Ecuador

E-mail: pfza1350552889@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0001-6733-3278

Dra. C. Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga (Ecuador)

Doctora en Ciencias Biomédicas. Magister en Investigación Clínica y Epidemiológica. Licenciada en Enfermería. Diplomado en Autoevaluación y Acreditación Universitaria.
Enfermera Profesional
Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.
E-mail: margoth.villegas@unesum.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4637-5396

Dra. Rosa del Rocío Pinargote Chancay, PhD. (Ecuador)

Doctora en Enfermería. Magíster en Epidemiología. Licenciada en Ciencias de la Enfermería.

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: rosa.pinargote@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9899-9243

Dra. C. Mercedes Tania Alcázar Pichucho (Ecuador)

Doctora en Ciencias Biomédicas. Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local

Licenciada en Ciencias de la Enfermería.

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: Mercedes.alcazar@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7440-5447

Mg. Angie Celeste Alcázar Pincay (Ecuador)

Licenciada en Enfermería. Magister en Seguridad y Salud Ocupacional.

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.

E-mail: angie.alcazar@unesum.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2774-0087

Mg. Lorena Pilar Lino Solís (Ecuador)

Magister en Gestión del cuidado. Licenciada en Enfermería.
Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.
E-mail: lorena.lino@unesum.edu.ec
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5012-8887

Mg. Luz María Castillo Ayón (Ecuador)

Magíster en Gestión del Cuidado. Licenciada en Enfermería.

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería.
E-mail: luzcasti19@hotmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2992-9513

Resumen

La obra Promoción en Salud Sexual y Reproductiva: Poder del cuidado en enfermería despliega, en diez capítulos, un corpus doctrinal y procedimental orientado a la labor pedagógica del profesional de enfermería frente a la sexualidad humana, concebida como dimensión inherente a la existencia y atravesada por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y éticos. El itinerario arranca con la distinción conceptual entre sexo, género, sexualidad y orientación sexual, para luego examinar la anatomía y fisiología del aparato reproductor, la pubertad, la maduración psicoemocional y la diversidad sexual y de género, sin soslayar el estigma ni las barreras de acceso a los servicios sanitarios. Posteriormente, el texto escudriña el andamiaje normativo internacional y ecuatoriano de los derechos sexuales y reproductivos, cimentado en los principios de autonomía, dignidad, privacidad e igualdad, y confiere al personal de enfermería la condición de garante de tales prerrogativas. En el plano comunicacional se enaltecen la escucha activa, la empatía, el lenguaje exento de estigmatización y la consejería centrada en la persona, junto con recursos didácticos impresos, audiovisuales y digitales acomodados al curso de vida, desde la adolescencia hasta la senectud, sin omitir a las personas con discapacidad. El núcleo técnico comprende los métodos anticonceptivos hormonales, de barrera, intrauterinos, basados en el conocimiento de la fertilidad y permanentes, ponderados conforme a los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS y acompañados de la refutación de mitos arraigados; la obra se detiene además en la planificación familiar, el control preconcepcional y prenatal y la salud materna y neonatal. Las infecciones de transmisión sexual, con particular atención al VIH, se estudian desde la detección precoz, el tamizaje, la adherencia terapéutica y el acompañamiento. Los capítulos postreros versan sobre las violencias basadas en género, sus indicios en la consulta, los primeros auxilios psicológicos y las rutas de notificación; sobre la bioética del consentimiento informado, la confidencialidad y la objeción de conciencia; y, finalmente, sobre la concepción y evaluación de programas comunitarios, la perspectiva intercultural, el empleo de herramientas digitales y el liderazgo enfermero en campañas de salud pública, ámbito donde el cuidado se transfigura en praxis educativa sustentada en evidencia y en el respeto irrestricto a la equidad.

Palabras Clave: anticoncepción; derechos reproductivos; educación sexual; servicio de enfermería; violencia de género

Abstract

The work Promotion of Sexual and Reproductive Health: The Power of Nursing Care presents, in ten chapters, a doctrinal and procedural corpus oriented toward the pedagogical work of nursing professionals in relation to human sexuality, conceived as an inherent dimension of existence and shaped by biological, psychological, social, cultural, and ethical factors. The journey begins with the conceptual distinction between sex, gender, sexuality, and sexual orientation, and then examines the anatomy and physiology of the reproductive system, puberty, psycho-emotional maturation, and sexual and gender diversity, without overlooking stigma or barriers to access to health services. Subsequently, the text scrutinizes the international and Ecuadorian regulatory framework concerning sexual and reproductive rights, grounded in the principles of autonomy, dignity, privacy, and equality, and recognizes nursing personnel as guarantors of these rights. At the communicational level, active listening, empathy, non-stigmatizing language, and person-centered counseling are emphasized, together with printed, audiovisual, and digital educational resources adapted to the life course, from adolescence to old age, without omitting persons with disabilities. The technical core encompasses hormonal, barrier, intrauterine, fertility-awareness-based, and permanent contraceptive methods, assessed according to the World Health Organization (WHO) Medical Eligibility Criteria and accompanied by the refutation of deeply rooted myths. The work also addresses family planning, preconception and prenatal care, and maternal and neonatal health. Sexually transmitted infections, with particular attention to HIV, are examined from the perspectives of early detection, screening, treatment adherence, and support. The final chapters address gender-based violence, its signs in clinical consultations, psychological first aid, and reporting pathways; the bioethics of informed consent, confidentiality, and conscientious objection; and, finally, the design and evaluation of community programs, the intercultural perspective, the use of digital tools, and nursing leadership in public health campaigns, an area in which care is transformed into educational practice grounded in evidence and in an uncompromising respect for equity.

Keywords: contraception; gender-based violence; nursing services; reproductive rights; sexual education.

Índice de Contenido

Resumen....8
Abstract....9
Introducción....20
Capítulo I.- Introducción a la Educación Sexual y Reproductiva....22
1.1. Concepto de sexualidad humana....22
1.1.1 Sexualidad como dimensión integral del ser humano. 23
1.1.2 Sexualidad a lo largo del curso de vida. 23
1.1.3 Diferencia entre sexualidad, sexo, género y orientación sexual. 24
1.1.4 Sexualidad y derechos humanos. 25
1.2. Dimensiones de la sexualidad (biológica, psicológica, social, cultural y ética) 26
1.2.1. Dimensión biológica....26
1.2.2. Dimensión psicológica 27
1.2.3. Dimensión social 28
1.2.4. Dimensión cultural 28
1.2.5. Dimensión ética 29
1.3. Importancia de la educación sexual basada en evidencia 30
1.3.1. Educación sexual integral: concepto y principios 30
1.3.2. Evidencia científica frente a mitos y creencias 31
1.3.3. Educación sexual y prevención de riesgos 34
1.4. Rol de la enfermería en la promoción de la salud sexual....35
1.4.1. Enfermería como agente educador 35
1.4.2. Consejería en salud sexual y reproductiva 37
1.4.3. Comunicación terapéutica y escucha activa 38
1.4.4. Enfoque de derechos, género e interculturalidad....38
1.4.5. Prevención y promoción desde el cuidado de enfermería 39
Capítulo II.- Desarrollo Sexual Humano 42
2.1. Anatomía y fisiología del sistema reproductor 42
2.1.1. Anatomía del aparato reproductor femenino 42
2.1.2. Anatomía del aparato reproductor masculino....44
2.1.3. Fisiología de la función reproductiva 46
2.1.4. Ciclo menstrual y ovulación 47
2.1.5. Respuesta sexual humana 48
2.2. Pubertad y cambios físicos....49

2.2.1. Concepto y características de la pubertad....50
2.2.2. Cambios físicos en mujeres y hombres....51
2.2.3. Cambios hormonales durante la pubertad....53
2.2.4. Maduración sexual y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios....54
2.3. Desarrollo psicoemocional y sexualidad....55
2.3.1. Desarrollo de la identidad y autoconcepto....56
2.3.2. Autoestima, emociones y sexualidad....57
2.3.3. Relaciones afectivas y vínculos interpersonales....58
2.3.4. Desarrollo de la identidad sexual....59
2.3.5. Influencia de la familia, pares y entorno social....60
2.4. Diversidad sexual y de género....62
2.4.1. Identidad de género y expresión de género....62
2.4.2. Orientación sexual y diversidad afectivo-sexual....63
2.4.3. Diversidad de experiencias y vivencias de la sexualidad....64
2.4.4. Estigma, discriminación y barreras de acceso a los servicios de salud....65
2.5. Abordaje desde enfermería del desarrollo sexual....66
2.5.1. Educación y orientación según la etapa del desarrollo....67
2.5.2. Identificación de necesidades y factores de riesgo....68
2.5.3. Aplicación de la comunicación profesional según la etapa del desarrollo....69
2.5.4. Promoción de un desarrollo sexual saludable....71
Capítulo III.- Derechos Sexuales y Reproductivos....73
3.1. Marco legal nacional e internacional....73
3.1.1. Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos....74
3.1.2. Marco internacional de protección....74
3.1.3. Marco constitucional y legal ecuatoriano....75
3.1.4. Obligaciones del Estado en materia de salud sexual y reproductiva....77
3.1.5. Derechos sexuales y reproductivos de grupos en situación de vulnerabilidad....78
3.2. Principios de autonomía, dignidad y privacidad....79
3.2.1. Principio de autonomía....79
3.2.2. Autonomía y consentimiento para la toma de decisiones....80
3.2.3. Dignidad humana....81
3.2.4. Privacidad y protección de la intimidad....82
3.2.5. Igualdad y no discriminación....82
3.2.6. Toma de decisiones libres e informadas....83
3.3. Acceso a servicios de salud sexual....83

3.3.1. Derecho a recibir atención integral en salud sexual y reproductiva 84
3.3.2. Accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud... 85
3.3.3. Derecho a recibir información clara, suficiente y basada en evidencia..... 86
3.3.4. Acceso sin discriminación y con enfoque de equidad..... 86
3.4. Enfermería como garante de derechos 87
3.4.1. Responsabilidad profesional en la protección de los derechos sexuales y reproductivos 88
3.4.2. Respeto a la autonomía y toma de decisiones 89
3.4.3. Identificación y prevención de vulneraciones de derechos 90
3.4.4. Confidencialidad y secreto profesional 91
3.4.5. Atención libre de estigma, discriminación y violencia..... 93
Capítulo IV.- Comunicación y Educación para la Salud 94
4.1. Habilidades comunicativas en salud sexual 94
4.1.1. Comunicación terapéutica en el abordaje de la salud sexual..... 95
4.1.2. Escucha activa y formulación de preguntas 96
4.1.3. Empatía, respeto y lenguaje no estigmatizante..... 96
4.1.4. Comunicación verbal y no verbal..... 97
4.1.5. Manejo de temas sensibles y situaciones de vergüenza o incomodidad..... 98
4.1.6. Comunicación adaptada a las características y necesidades de la persona..... 99
4.1.7. Barreras comunicativas y estrategias para superarlas..... 100
4.2. Consejería en salud sexual y reproductiva 100
4.2.1. Concepto, objetivos y características de la consejería..... 101
4.2.2. Etapas del proceso de consejería 102
4.2.3. Identificación de necesidades y expectativas de la persona 104
4.2.4. Comunicación de información basada en evidencia..... 105
4.2.5. Toma de decisiones compartida 106
4.2.6. Consejería centrada en la persona 107
4.3. Educación sexual en adolescentes, adultos y población vulnerable..... 108
4.3.1. Educación sexual adaptada al curso de vida..... 109
4.3.2. Educación sexual dirigida a adolescentes..... 110
4.3.3. Educación sexual dirigida a población adulta 110
4.3.4. Educación sexual dirigida a personas mayores 111
4.3.5. Educación sexual para personas con discapacidad..... 112
4.3.6. Educación sexual en poblaciones en situación de vulnerabilidad 112
4.4. Herramientas educativas para enfermería 113

4.4.1. Materiales educativos impresos y digitales 114
4.4.2. Uso de recursos audiovisuales y tecnológicos 115
4.4.3. Infografías, cartillas y material gráfico 116
4.4.4. Demostración y enseñanza práctica 117
4.4.5. Dinámicas participativas y actividades educativas 118
4.4.6. Educación individual y educación grupal 119
4.4.7. Uso responsable de recursos digitales y redes sociales 121
Capítulo V.- Métodos Anticonceptivos 123
5.1. Métodos hormonales 123
5.1.1. Generalidades de los métodos hormonales 123
5.1.2. Anticonceptivos orales 125
5.1.3. Anticonceptivos inyectables 126
5.1.4. Implantes subdérmicos 127
5.1.5. Anticoncepción hormonal de emergencia 128
5.1.6. Consideraciones para la selección de métodos hormonales 129
5.2. Métodos de barrera 130
5.2.1. Condón externo 131
5.2.2. Condón interno 131
5.2.3. Diafragma y espermicidas 132
5.2.4. Mecanismo de acción 133
5.2.5. Uso correcto y eficacia 133
5.2.6. Ventajas, limitaciones y consideraciones para su uso 135
5.3. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad 136
5.3.1. Método del calendario 137
5.3.2. Observación del moco cervical 138
5.3.3. Métodos basados en síntomas y temperatura corporal 139
5.3.4. Eficacia, ventajas y limitaciones 140
5.3.5. Consideraciones para su utilización 142
5.4. Métodos intrauterinos 142
5.4.3. Mecanismo de acción 143
5.4.1. Dispositivo intrauterino de cobre 144
5.4.2. Sistema intrauterino liberador de hormona 144
5.4.4. Eficacia, duración y reversibilidad 145
5.4.5. Ventajas, efectos adversos y limitaciones 145
5.4.6. Consideraciones para la atención y seguimiento 146

5.5. Métodos permanentes 147
5.5.1. Esterilización quirúrgica femenina 148
5.5.2. Vasectomía 149
5.5.3. Características, eficacia y permanencia 149
5.5.4. Consideraciones previas al procedimiento 150
5.5.5. Seguimiento y cuidados posteriores 151
5.6. Elección informada y consejería desde enfermería 152
5.6.1. Valoración de necesidades, preferencias y condiciones individuales 152
5.6.2. Información sobre eficacia, beneficios, riesgos y limitaciones 153
5.6.3. Autonomía y participación activa en la elección del método 154
5.6.4. Seguimiento, adherencia y resolución de dificultades 155
5.7. Mitos, creencias y barreras socioculturales en la anticoncepción 156
5.7.1. Mitos y creencias frecuentes sobre los métodos anticonceptivos 157
5.7.2. Fuentes de información y desinformación 158
5.7.3. Influencia de factores familiares, sociales y culturales 158
5.7.4. Barreras culturales y de género en el uso de anticonceptivos 159
5.7.5. Estrategias de enfermería para abordar mitos y creencias 160
Capítulo VI.- Salud Reproductiva y Planificación Familiar 162
6.1. Concepto e importancia de la planificación familiar 162
6.1.1. Concepto de planificación familiar 162
6.1.2. Planificación familiar y salud reproductiva 164
6.1.3. Planificación de la vida reproductiva 165
6.1.4. Espaciamiento y planificación de los embarazos 167
6.1.5. Beneficios de la planificación familiar para la persona, pareja, familia y comunidad 167
6.2. Control preconcepcional 169
6.2.1. Concepto y objetivos del control preconcepcional 170
6.2.2. Valoración integral de la persona antes del embarazo 171
6.2.3. Identificación de factores de riesgo reproductivo 172
6.2.4. Preparación para un embarazo saludable 174
6.2.5. Nutrición, suplementación y estilos de vida saludables 175
6.3. Control prenatal y educación para el parto 177
6.3.1. Importancia del control prenatal 178
6.3.2. Valoración y seguimiento durante el embarazo 178
6.3.3. Identificación de signos de alarma 180

6.3.4. Promoción de hábitos saludables durante el embarazo 181
6.3.5. Preparación física y emocional para el parto 182
6.3.6. Planificación del parto y preparación para el nacimiento 183
6.3.7. Participación de la pareja y familia durante el proceso reproductivo 184
6.4. Salud materna y neonatal 185
6.4.1. Concepto de salud materna y neonatal 186
6.4.2. Factores que influyen en la salud materna y neonatal 187
6.4.3. Atención durante el parto y nacimiento 188
6.4.4. Cuidados durante el puerperio 190
6.4.5. Lactancia materna y alimentación del recién nacido 192
6.5. Intervenciones enfermeras en la salud reproductiva 193
6.5.1. Promoción de la salud preconcepcional 193
6.5.2. Seguimiento y educación durante el embarazo 194
6.5.3. Cuidados de enfermería durante el puerperio 195
6.5.4. Cuidados de enfermería al recién nacido 197
Capítulo VII.- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 199
7.1. Principales ITS: signos, síntomas y prevención 199
7.1.1. Concepto y características de las ITS 199
7.1.2. Principales vías de transmisión 200
7.1.3. Infecciones bacterianas frecuentes 201
7.1.4. Infecciones virales frecuentes 202
7.1.5. Infecciones parasitarias y otras ITS 203
7.1.6. Signos y síntomas de las principales ITS 204
7.1.7. Infecciones asintomáticas y riesgo de transmisión 205
7.1.8. Complicaciones de las ITS no tratadas 205
7.1.9. Prevención general de las ITS 206
7.2. VIH: diagnóstico, tratamiento y estigma 207
7.2.1. Conceptos fundamentales sobre VIH y sida 208
7.2.2. Formas de transmisión y situaciones que no transmiten el VIH 209
7.2.3. Prevención de la infección por VIH 210
7.2.4. Pruebas diagnósticas y detección de la infección 211
7.2.5. Tratamiento antirretroviral 212
7.2.6. Importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos 213
7.2.7. Indetectable = intransmisible (I=I) 213
7.2.8. Estigma, discriminación y calidad de vida 214

7.3. Detección precoz y tamizaje 214
7.3.1. Importancia de la detección precoz 215
7.3.2. Tamizaje según características y factores de riesgo 215
7.3.3. Pruebas diagnósticas utilizadas en las ITS 216
7.3.4. Detección de ITS en personas asintomáticas 217
7.3.5. Interpretación y comunicación de resultados 218
7.3.6. Referencia y seguimiento de personas con resultados positivos 219
7.4. Consejería, adherencia terapéutica y acompañamiento 220
7.4.1. Consejería posterior a la sospecha o diagnóstico de una ITS 220
7.4.2. Comunicación de resultados y apoyo emocional 221
7.4.3. Adherencia al tratamiento 222
7.4.4. Seguimiento de la persona en tratamiento 223
7.4.5. Prevención de la reinfección 224
7.5. Estrategias preventivas desde enfermería 225
7.5.1. Educación y promoción de prácticas sexuales seguras 225
7.5.2. Promoción del uso correcto y consistente del condón 226
7.5.3. Vacunación y prevención de ITS prevenibles 227
7.5.4. Prevención combinada del VIH y otras ITS 228
7.5.5. Seguimiento, referencia y reducción del estigma y la discriminación 229
Capítulo VIII. Violencias Basadas en Género y Salud Sexual 230
8.1. Tipos y manifestaciones de las violencias basadas en género 230
8.1.1. Concepto de violencia basada en género 231
8.1.2. Violencia física 231
8.1.3. Violencia psicológica y emocional 232
8.1.4. Violencia sexual 233
8.1.5. Violencia económica y patrimonial 234
8.1.6. Violencia digital y otras formas de violencia 234
8.1.7. Violencia en las relaciones de pareja y ámbito familiar 235
8.1.8. Consecuencias de la violencia en la salud sexual y reproductiva 236
8.2. Indicadores de violencia en la consulta 237
8.2.1. Indicadores físicos y clínicos 238
8.2.2. Indicadores psicológicos y emocionales 239
8.2.3. Indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva 239
8.2.4. Cambios conductuales y sociales asociados a situaciones de violencia 241
8.2.5. Entrevista y detección en un entorno seguro 242

8.2.6. Valoración de riesgo y necesidades inmediatas 243
8.3. Atención integral y primeros auxilios psicológicos 243
8.3.1. Principios de la atención inicial a personas sobrevivientes de violencia 244
8.3.2. Primeros auxilios psicológicos 245
8.3.3. Atención centrada en la persona y enfoque informado por el trauma 246
8.3.4. Atención de las necesidades inmediatas de salud 247
8.3.5. Prevención y atención de consecuencias relacionadas con la violencia sexual 248
8.4. Rutas de atención y notificación 249
8.4.1. Organización de la respuesta institucional 249
8.4.2. Ruta de atención integral a personas sobrevivientes de violencia 250
8.4.3. Referencia y coordinación interinstitucional 251
8.4.4. Notificación y registro de casos según la normativa vigente 252
8.4.5. Protección de la información y confidencialidad 253
8.5. Rol de la enfermería en detección y acompañamiento 254
8.5.1. Detección oportuna de situaciones de violencia 255
8.5.2. Atención inicial y activación de la ruta correspondiente 255
8.5.3. Acompañamiento y apoyo durante el proceso de atención 256
8.5.4. Coordinación con el equipo interdisciplinario e interinstitucional 257
8.5.5. Seguimiento y continuidad del cuidado 258
Capítulo IX. Ética y Bioética en la Salud Sexual y Reproductiva 260
9.1. Consentimiento informado 260
9.1.1. Concepto y elementos del consentimiento informado 260
9.1.2. Capacidad y autonomía para la toma de decisiones 261
9.1.3. Información suficiente, comprensible y voluntaria 262
9.1.4. Consentimiento en procedimientos y atención de salud sexual y reproductiva 263
9.1.5. Situaciones especiales y toma de decisiones por representación 265
9.2. Confidencialidad y manejo de información sensible 265
9.2.1. Confidencialidad y secreto profesional 266
9.2.2. Protección de datos e información relacionada con la salud sexual y reproductiva 267
9.2.3. Comunicación segura de información clínica 268
9.2.4. Límites y excepciones de la confidencialidad 269
9.3. Objeción de conciencia 272
9.3.1. Concepto y fundamentos de la objeción de conciencia 273
9.3.2. Objeción de conciencia en la práctica sanitaria 273

9.3.3. Diferencia entre objeción de conciencia y discriminación 275
9.3.4. Límites de la objeción de conciencia 276
9.3.5. Responsabilidad profesional y continuidad de la atención 277
9.4. Dilemas éticos frecuentes en enfermería 278
9.4.1. Autonomía frente a decisiones familiares o institucionales 279
9.4.2. Atención de adolescentes y conflictos relacionados con la confidencialidad 280
9.4.3. Diversidad sexual, identidad de género y atención libre de discriminación 281
9.4.4. Reproducción, anticoncepción y toma de decisiones 282
9.4.5. Atención ante situaciones de violencia sexual 283
9.4.6. Conflictos entre valores personales y deber profesional 284
9.4.7. Principios bioéticos aplicados a la resolución de dilemas 285
Capítulo X. Programas de Promoción y Prevención en Salud Sexual 289
10.1. Diseño de programas educativos 289
10.1.1. Concepto y características de los programas de promoción de la salud 289
10.1.2. Identificación de necesidades y problemas de salud sexual 290
10.1.3. Priorización de necesidades y población objetivo 291
10.1.4. Formulación de objetivos e indicadores 293
10.1.5. Planificación de actividades y recursos 295
10.1.6. Implementación y seguimiento de programas 296
10.2. Evaluación de intervenciones comunitarias 297
10.2.1. Importancia de la evaluación en promoción de la salud 298
10.2.2. Indicadores de proceso y resultado 299
10.2.3. Evaluación de cobertura y participación comunitaria 300
10.2.4. Evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas 301
10.2.5. Medición de resultados e impacto 302
10.2.6. Retroalimentación y mejora de las intervenciones 303
10.3. Enfoque intercultural en salud sexual 304
10.3.1. Diversidad cultural y prácticas relacionadas con la salud sexual 305
10.3.2. Creencias, valores y percepciones sobre sexualidad y reproducción 306
10.3.3. Adaptación cultural de programas e intervenciones 307
10.3.4. Participación de la comunidad en la promoción de la salud sexual 308
10.3.5. Comunicación intercultural y pertinencia de las intervenciones 308
10.3.6. Respeto a la diversidad y prevención de prácticas discriminatorias 310
10.4. Uso de TIC y herramientas digitales 311
10.4.1. TIC aplicadas a la promoción de la salud sexual 311

10.4.2. Educación y comunicación digital en salud 312
10.4.3. Redes sociales y plataformas digitales 314
10.4.4. Teleorientación y otras modalidades de atención digital.....315
10.4.5. Alfabetización digital y acceso equitativo a la información.....316
10.5. Rol del profesional de enfermería en campañas de salud pública.....318
10.5.1. Enfermería en la planificación de campañas de promoción y prevención 318
10.5.2. Educación y movilización comunitaria 319
10.5.3. Detección de necesidades y captación de población 320
10.5.4. Coordinación interprofesional e intersectorial 320
10.5.5. Seguimiento de la participación y continuidad de las actividades comunitarias 322
10.5.6. Liderazgo de enfermería en promoción de la salud sexual 322
Referencias Bibliográficas.....324

Introducción

La salud sexual y reproductiva conserva plena vigencia en la agenda sanitaria contemporánea, pues la persistencia de mitos, embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y violencias basadas en género revela carencias formativas irresueltas. Ante ello, esta obra ofrece al profesional de enfermería un referente sustentado en evidencia científica y en el marco normativo ecuatoriano, provechoso para la docencia universitaria, la consejería y el cuidado cotidiano. Su aporte radica en articular conocimiento clínico, perspectiva de derechos y destrezas comunicativas en una misma propuesta. Los diez capítulos parten de los fundamentos conceptuales y jurídicos de la sexualidad, transitan por la atención clínica y preventiva y culminan con la reflexión ética y la gestión de programas comunitarios de promoción.

El capítulo I, delimita la sexualidad humana como dimensión inherente a la existencia, distingue las nociones de sexo, género y orientación sexual y examina sus vertientes biológica, psicológica, social, cultural y ética. Justifica además la educación sexual basada en evidencia y perfila a la enfermería como agente educador y consejero.

El capítulo II, describe la anatomía y fisiología del aparato reproductor, el ciclo menstrual y la respuesta sexual humana, para luego examinar la pubertad, la maduración psicoemocional y la diversidad sexual y de género. Concluye con pautas de acompañamiento enfermero acordes con cada etapa del desarrollo.

El capítulo III, escudriña el andamiaje jurídico internacional y ecuatoriano de los derechos sexuales y reproductivos, cimentado en los principios de autonomía, dignidad, privacidad e igualdad. Analiza el acceso sanitario sin discriminación y confiere al personal de enfermería la condición de garante de tales prerrogativas y del secreto profesional.

El capítulo IV, detalla las destrezas comunicativas en la consulta, como la escucha activa, la empatía y el lenguaje exento de estigmatización, y las etapas de la consejería. Expone además estrategias educativas acomodadas a adolescentes, adultos, personas mayores, personas con discapacidad y poblaciones vulnerables, con recursos didácticos impresos y digitales.

El capítulo V, pormenoriza los métodos anticonceptivos hormonales, de barrera, intrauterinos, basados en el conocimiento de la fertilidad y permanentes, ponderados conforme a los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS. Incorpora la elección informada y la refutación de mitos, creencias y barreras socioculturales vinculadas con la anticoncepción.

El capítulo VI, examina la planificación familiar, el control preconcepcional, el control prenatal y la educación para el parto, y se extiende hacia la salud materna y neonatal. Cierra

con las intervenciones enfermeras destinadas a salvaguardar el bienestar reproductivo de la mujer, del recién nacido y del núcleo familiar.

El capítulo VII estudia las principales infecciones de transmisión sexual, sus signos, síntomas y medidas preventivas, con particular detenimiento en el VIH, su diagnóstico, tratamiento y estigma. Contempla la detección precoz, el tamizaje, la adherencia terapéutica y las estrategias preventivas conducidas por el profesional de enfermería.

El capítulo VIII, caracteriza los tipos y manifestaciones de las violencias basadas en género y los indicios susceptibles de reconocerse durante la consulta. Explica la atención integral, los primeros auxilios psicológicos, las rutas de atención y notificación y el papel de la enfermería en la detección y el acompañamiento.

El capítulo IX, se ocupa de la ética y la bioética aplicadas a la salud sexual y reproductiva, con énfasis en el consentimiento informado, la confidencialidad y el manejo de información sensible. Discute igualmente la objeción de conciencia y los dilemas éticos frecuentes en el quehacer cotidiano de la enfermería.

El capítulo X, orienta el diseño de programas educativos y la evaluación de intervenciones comunitarias en salud sexual, bajo una perspectiva intercultural. Incluye el empleo de tecnologías de la información y herramientas digitales, y culmina con el liderazgo enfermero en la planificación, ejecución y valoración de campañas de salud pública.

Capítulo I.- Introducción a la Educación Sexual y Reproductiva

Mg. Lorena María Loor Alvarado[1]
Mg. Irina Monserrate Santistevan Pionce[2]

1.1. Concepto de sexualidad humana

La sexualidad constituye una dimensión inherente a la experiencia humana y se encuentra vinculada con el cuerpo, la identidad, los afectos, las relaciones, la intimidad y la reproducción, su comprensión supera una perspectiva exclusivamente biológica, puesto que su expresión está influida por factores psicológicos, sociales, culturales, históricos y éticos (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Desde esta mirada, la sexualidad forma parte del bienestar y de la manera particular en que cada persona construye y expresa su relación consigo misma y con los demás (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2021).

La Organización Mundial de la Salud reconoce la sexualidad como un aspecto central del ser humano presente durante toda la vida, cuya expresión comprende diversas dimensiones relacionadas con el sexo, el género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción, este contexto permite comprender que no existe una única manera de vivir la sexualidad, sino experiencias diversas determinadas por las características individuales y las condiciones sociales en las que se desarrolla cada persona (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Comprender la sexualidad desde esta perspectiva resulta esencial para la promoción de la salud sexual y reproductiva, no basta con proporcionar información sobre anatomía, reproducción o prevención de enfermedades; también es necesario favorecer conocimientos y capacidades que permitan tomar decisiones responsables, establecer relaciones basadas en respeto y consentimiento, reconocer situaciones de riesgo y ejercer los derechos relacionados con el propio cuerpo (Organización Mundial de la Salud, 2023).

[1] Universidad Estatal del Sur de Manabí, Email: lorena.loor@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2851-0742
[2] Universidad Estatal del Sur de Manabí, Email: irina.santistevan@unesum.edu.ec ORCID: https://orcid.org/0009-0003-2182-4965

1.1.1 Sexualidad como dimensión integral del ser humano.

La condición integral de la sexualidad radica en su capacidad para involucrar simultáneamente dimensiones corporales, emocionales, psicológicas, sociales y relacionales, el cuerpo constituye una parte esencial de esta experiencia, pero los significados atribuidos a la corporeidad, la identidad, el afecto y las relaciones también participan en la manera en que cada persona vive su sexualidad (Asociación Mundial para la Salud Sexual, 2021).

A esta dimensión individual se incorporan factores sociales y culturales que influyen en las expectativas, valores y comportamientos relacionados con la sexualidad (Organización Mundial de la Salud, 2018). Las normas sociales, las concepciones sobre género, las creencias familiares y las experiencias educativas pueden favorecer o limitar la expresión de necesidades y decisiones relacionadas con la vida sexual y reproductiva (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2021).

Por consiguiente, una atención centrada exclusivamente en los aspectos fisiológicos puede resultar insuficiente, el cuidado enfermero requiere reconocer aquellas dimensiones que pueden permanecer invisibles durante la atención, particularmente cuando una enfermedad, tratamiento, intervención quirúrgica, embarazo, discapacidad o proceso de envejecimiento modifica la relación de la persona con su cuerpo, su intimidad o sus vínculos (Waldow, 2024).

Desde esta perspectiva, incorporar la sexualidad al cuidado significa reconocer a la persona en su totalidad, la valoración, la comunicación terapéutica y la educación permiten identificar necesidades que, aun cuando no constituyan el motivo principal de consulta, pueden tener una incidencia significativa sobre el bienestar, así, el carácter integral de la sexualidad proporciona una base para comprender que la promoción de la salud sexual y reproductiva no representa una actividad aislada, sino una expresión del cuidado que acompaña a la persona en las diferentes circunstancias de su vida (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2018).

1.1.2 Sexualidad a lo largo del curso de vida.

La sexualidad evoluciona de manera continua a lo largo de las distintas etapas del desarrollo, sus manifestaciones, necesidades y prioridades cambian en función de la maduración biológica y el contexto psicosocial (Organización Panamericana de la Salud, 2020):

Etapa del Curso de Vida	Manifestación de la Sexualidad	Enfoque de la Intervención de Enfermería

Infancia	Exploración corporal, curiosidad natural, desarrollo del autoconcepto e identificación de los límites corporales.	Promoción del autocuidado, reconocimiento del propio cuerpo y prevención del abuso infantil mediante el consentimiento.
Adolescencia	Maduración sexual secundaria, consolidación de la identidad, exploración de la afectividad y primeras vivencias eróticas.	Asesoría en salud sexual y reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planificados.
Adultez	Vivencia de la intimidad, toma de decisiones reproductivas o no reproductivas, establecimiento de relaciones consensuadas.	Planificación familiar, educación para la maternidad/paternidad responsable y detección precoz de patologías oncológicas.
Adulto Mayor	Expresión del afecto, la compañía, el placer y la intimidad; adaptación a los cambios fisiológicos y hormonales del envejecimiento.	Desmontar mitos socio-culturales sobre la desexualización de la vejez y brindar pautas para la adaptación a los cambios corporales.

1.1.3 Diferencia entre sexualidad, sexo, género y orientación sexual.

La precisión terminológica resulta indispensable para comprender la diversidad de experiencias relacionadas con la sexualidad, aunque estos conceptos se encuentran relacionados, hacen referencia a dimensiones diferentes y, por tanto, no deben utilizarse como equivalentes (Organización Mundial de la Salud., 2025).

El sexo se relaciona principalmente con características biológicas vinculadas con la diferenciación sexual, mientras que la sexualidad comprende una dimensión más amplia de la experiencia humana, relacionada con el cuerpo, la identidad, los afectos, los deseos, las relaciones, la intimidad y la reproducción (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2018).

El género comprende construcciones sociales y culturales relacionadas con roles, comportamientos, expectativas e identidades, estas construcciones varían entre sociedades y

periodos históricos, por lo que no pueden entenderse como categorías inmutables (Zimmerman, 2022).

La orientación sexual se refiere a los patrones de atracción afectiva, romántica o sexual que una persona puede experimentar hacia otras personas, no debe confundirse con el sexo, el género ni con la identidad de género (Asociación Americana de Psicología, 2021).

Estas diferencias poseen una implicación directa para el cuidado enfermero, evitar presuposiciones sobre la vida afectiva o sexual de una persona permite establecer una comunicación más respetuosa y favorece una valoración basada en sus necesidades reales, la competencia profesional, en este ámbito, requiere precisión conceptual y capacidad para abordar la diversidad sin prejuicios ni discriminación.

1.1.4 Sexualidad y derechos humanos.

La salud sexual es inescindible de los Derechos Humanos fundamentados en la dignidad intrínseca de cada individuo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) establecen que, para asegurar el nivel más alto de salud sexual, se deben reconocer y garantizar los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) (Asociación Mundial para la Salud Sexual, 2024; Organización Mundial de la Salud., 2025):

- **Derecho a la autonomía corporal y autodeterminación:** Capacidad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la vida reproductiva sin coacción, discriminación ni violencia.
- **Derecho a la información basada en la evidencia:** Acceso universal a una educación sexual integral, veraz, oportuna y científicamente sustentada.
- **Derecho a la atención en salud de calidad:** Acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva sin barreras institucionales, culturales o económicas.
- **Derecho al respeto de la diversidad:** Garantía de no discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

En la práctica clínica, la enfermera actúa como garante de estos derechos mediante la confidencialidad, el consentimiento informado y el trato digno, asegurando intervenciones libres de estigma.

1.2. Dimensiones de la sexualidad (biológica, psicológica, social, cultural y ética)

La sexualidad humana se manifiesta de manera multidimensional, debido a que integra aspectos relacionados con el cuerpo, la subjetividad, las relaciones interpersonales, el contexto sociocultural y los principios que orientan las decisiones, estas dimensiones se encuentran interrelacionadas y permiten comprender la sexualidad desde una perspectiva integral, evitando reducirla exclusivamente a la reproducción o al funcionamiento biológico (Rojas, 2024).

La sexualidad humana no constituye una suma de partes aisladas, sino un sistema dinámico e integrado donde interactúan subsistemas anatamo-fisiológicos, intrapsíquicos, relacionales, axiológicos y macro-estructurales, la investigación científica contemporánea respalda que la alteración en cualquiera de estos niveles repercute sobre la totalidad de la vivencia sexual y la salud integral del sujeto (Cordova-Solís, 2024).

1.2.1. Dimensión biológica

La dimensión biológica abarca el sustrato anatómico, neuroendocrino, genético y fisiológico que posibilita el desarrollo del sexo biológico, la respuesta sexual y la función reproductiva (Hall & Hall, 2021). Constituye la base material sobre la cual se estructuran las experiencias subjetivas y relacionales de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Desde la neurobiología y la endocrinología, la vivencia de la sexualidad involucra redes complejas de neurotransmisores y hormonas:

- **Mecanismos Neuroendocrinos:** El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal regula la secreción de esteroides sexuales (testosterona, estrógenos y progesterona), a nivel central, la dopamina actúa como el principal facilitador del deseo y la motivación sexual en el sistema de recompensa mesolímbico, mientras que la oxitocina y la vasopresina intervienen en los procesos de apego, vinculación afectiva y respuesta multiorgánica durante el orgasmo (Hall & Hall, 2021) (Organización Mundial de la Salud, 2021).
- **Anatomía y Fisiología Vascular:** La respuesta sexual humana implica una intrincada interacción entre el sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático) y el tono vascular, los procesos hemodinámicos de vaso congestión (erección del tejido eréctil) y miotonía representan respuestas fisiológicas coordinadas frente a estímulos erógenos (Masters & Johnson, 2020).
- **Aspectos Genéticos y Cromosómicos:** El sexo genético se establece en la fertilización (46,XX o 46,XY), determinando la diferenciación gonadal e histológica subsiguiente,

no obstante, la variabilidad biológica incluye las condiciones de intersexualidad o diferencias del desarrollo sexual (DDS), que demuestran la complejidad del dimorfismo sexual biológico (Masters & Johnson, 2020)..

En la valoración clínica de enfermería, el análisis del componente biológico no se limita a la detección de disfunciones o patologías, sino que examina cómo las condiciones sistémicas (enfermedades crónicas, intervenciones farmacológicas, cambios metabólicos) modifican la respuesta fisiológica y la salud reproductiva.

1.2.2. Dimensión psicológica

La dimensión psicológica engloba la estructura intrapsíquica de la persona: los procesos cognitivos, afectivos, la autopercepción, las vivencias emocionales y la configuración de la identidad, la sexualidad es procesada individualmente a través de la psique, moldeando el modo en que el sujeto experimenta el placer, el deseo, la vulnerabilidad y la intimidad (Townsend & Morgan, 2021).

Los componentes clave de esta dimensión son (Townsend & Morgan, 2021):

- **Identidad de Género y Autoconcepto:** La vivencia interna e individual del género se consolida tempranamente mediante procesos neurodesarrollativos y psicosociales, la concordancia o discordancia entre el sexo asignado al nacer y la identidad sentida influye directamente en el bienestar psicológico.
- **Esquema Corporal y Autoestima Sexual**: La percepción subjetiva que la persona tiene de su propio cuerpo (imagen corporal) condiciona la confianza y la disposición hacia la interacción íntima, alteraciones en la imagen corporal derivadas de cirugías electivas u oncológicas, cicatrices o cambios morfológicos repercuten fuertemente en la autoestima sexual.
- **Procesos Afectivos y Lenguaje Erótico:** Las emociones (amor, apego, miedo, culpa, empatía) estructuran los patrones de atracción y las fantasías sexuales, la capacidad de procesamiento emocional (inteligencia emocional) determina la salud relacional y el disfrute consciente del erotismo.

El diagnóstico de enfermería en esta dimensión requiere abordar respuestas humanas como la ansiedad ante el desempeño sexual, la culpa asociada a prejuicios internalizados o el duelo relativo a la pérdida de funciones corporales.

1.2.3. Dimensión social

La dimensión social examina a la persona en interacción con sus diferentes entornos relacionales: la pareja, la familia, los grupos de pares, las instituciones de educación y la estructura sociopolítica en general, la sexualidad humana es fundamentalmente relacional; existe y se expresa dentro de un tejido comunicativo y social (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2022).

Entre las determinantes sociales de la sexualidad destacan (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2022):

- **Dinámicas de Comunicación y Vinculación:** La calidad de la interacción interpersonal, el grado de asertividad para expresar límites y deseos, y el manejo del conflicto en la pareja son factores determinantes en la satisfacción y salud sexual.
- **Estructura de Roles de Género:** La sociedad asigna roles, expectativas y comportamientos prescritos a los individuos según el género, estos roles pueden promover la equidad o, por el contrario, instituir relaciones de poder asimétricas que subordinan la autonomía sexual y reproductiva, particularmente de las mujeres y minorías.
- **Redes de Apoyo e Instituciones:** La escuela, los centros de salud, los grupos comunitarios y los medios de comunicación masivos actúan como agentes de socialización sexual, la presencia o ausencia de políticas públicas inclusivas y redes institucionales condiciona el acceso equitativo a la información e insumos de salud.

1.2.4. Dimensión cultural

La dimensión cultural abarca el sistema de símbolos, significados, valores, costumbres, tradiciones, normas implícitas y construcciones religiosas que una comunidad histórica determinada asigna a la sexualidad. La cultura actúa como un filtro normativo que delimita lo considerado "aceptable", "deseable", "tabú" o "patológico" (Organización Mundial de la Salud, 2018).

- **Relativismo e Historicidad de la Sexualidad:** Las expresiones sexuales no son universales ni estáticas; varían drásticamente entre distintas sociedades y épocas históricas, lo que en una cultura es comprendido como una práctica de integración espiritual o social, en otra puede ser sancionado.

- **Mitos, Tabúes y Creencias Populares:** La construcción social del conocimiento sobre el cuerpo y la reproducción suele estar influida por mitos (ej., la desexualización de la vejez, mitos sobre la primera relación sexual o tabúes menstruales) que generan desinformación, vergüenza y estigmatización.
- **Diversidad Étnica e Interculturalidad en Enfermería:** En el cuidado holístico, la enfermera debe aplicar la transculturalidad para reconocer las cosmogonías de poblaciones indígenas, afros o migrantes, el respeto a la diversidad cultural debe equilibrarse éticamente garantizando que ninguna práctica lesione los derechos humanos o la integridad física de las personas (por ejemplo, la erradicación de la mutilación genital femenina).

1.2.5. Dimensión ética

La dimensión ética constituye el marco normativo moral, de valores y de derechos que rige las conductas humanas y la toma de decisiones en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. Es la dimensión reflexiva que orienta el ejercicio de la libertad con responsabilidad personal y social (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2022).

Principio Ético / Valor	Aplicación en la Salud Sexual y Reproductiva	Implicación para la Práctica de Enfermería
Autonomía Corporal	Facultad del individuo para tomar decisiones sobre su cuerpo, capacidad reproductiva y expresión erótica.	Garantizar el consentimiento informado libre de coacción en cualquier procedimiento o consulta.
Beneficencia y No Maleficencia	Priorizar la promoción del bienestar sexual y prevenir daños físicos, psicológicos o morales.	Brindar atención basada en la mejor evidencia científica disponible, omitiendo juicios de valor moralizantes.
Justicia Distributiva y Equidad	Garantizar el acceso universal, equitativo y sin discriminación a los servicios de salud sexual.	Defender activamente el acceso a insumos y educación para grupos vulnerables o marginados.

Consentimiento y Reciprocidad	Establecer relaciones basadas en el acuerdo explícito, consciente, reversible y respetuoso entre partes.	Educar a la población en el reconocimiento del consentimiento y la prevención de cualquier forma de violencia sexual.
Confidencialidad y Secreto Profesional	Salvaguardar la intimidad y los datos sensibles del paciente referentes a su vida sexual y reproductiva.	Mantener un entorno seguro de consulta que proteja la privacidad de la historia clínica e información personal.

1.3. Importancia de la educación sexual basada en evidencia

La educación sexual basada en evidencia científica constituye la piedra angular de las intervenciones promocionales y preventivas en las ciencias de la salud, la transición desde modelos intuitivos, basados en la tradición o cargados de dogmatismo moral, hacia estrategias fundamentadas en la investigación cualitativa, cuantitativa y epidemiológica, representa un avance epistemológico crucial.

Sustentar la educación sexual en pruebas empíricas garantiza que las políticas públicas, las estrategias comunitarias y las intervenciones clínicas produzcan resultados cuantificables, reduzcan las inequidades en salud y garanticen el respeto irrestricto a los derechos humanos y a la dignidad de la persona.

1.3.1. Educación sexual integral: concepto y principios

La educación sexual integral (ESI) es un proceso educativo estructurado, progresivo y científicamente fundamentado que aborda los aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales relacionados con la sexualidad, su propósito no consiste únicamente en transmitir conocimientos, sino en favorecer el desarrollo de competencias que permitan tomar decisiones responsables, establecer relaciones saludables y proteger la salud y el bienestar (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La OMS señala que la ESI debe proporcionar información científicamente precisa, apropiada para la edad y culturalmente pertinente, además, comprende contenidos relacionados con las relaciones interpersonales, valores y derechos, igualdad, consentimiento, seguridad, habilidades para la vida, desarrollo humano, sexualidad y salud sexual y reproductiva

(Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, Centro Federal de Educación para la Salud, 2020).

Uno de sus elementos esenciales es la progresividad, la educación sexual no puede impartirse de la misma manera en todas las etapas del desarrollo, los contenidos deben corresponder al nivel de madurez, necesidades, conocimientos previos y contexto de cada persona. En edades tempranas, por ejemplo, el aprendizaje puede centrarse en el reconocimiento del cuerpo, las emociones, las relaciones familiares, el respeto, la privacidad y la seguridad; posteriormente puede incorporar contenidos relacionados con pubertad, relaciones afectivas, consentimiento, prevención de infecciones, anticoncepción y toma de decisiones (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2018).

Otro principio fundamental es la cientificidad, la información debe proceder de fuentes confiables y distinguir claramente entre conocimiento respaldado por evidencia, opiniones, creencias y afirmaciones sin fundamento, siendo importante por la proliferación de contenidos digitales sobre sexualidad que pueden presentar información falsa o descontextualizada (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La pertinencia cultural constituye igualmente un principio esencial, los procesos educativos deben considerar las características sociales y culturales de las comunidades, sus formas de comunicación y sus necesidades específicas, sin que ello implique renunciar a la evidencia científica ni a los principios de dignidad, igualdad y derechos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2025). La ESI también debe sustentarse en la inclusión y el respeto a la diversidad, evitando estigmatizaciones y discriminación, el propósito educativo es proporcionar herramientas para comprender la sexualidad y favorecer relaciones respetuosas, seguras y responsables (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2018).

Finalmente, la educación sexual integral debe promover el desarrollo de habilidades para la vida, entre ellas comunicación, toma de decisiones, pensamiento crítico, negociación, establecimiento de límites y búsqueda de ayuda, estas competencias permiten transformar el conocimiento adquirido en capacidades aplicables a situaciones reales.

1.3.2. Evidencia científica frente a mitos y creencias

Uno de los principales desafíos de la educación sexual contemporánea es la coexistencia de información científica con mitos, creencias, prejuicios y contenidos difundidos sin respaldo, las características propias de internet y las redes sociales permiten que información incorrecta

alcance rápidamente a grandes grupos de población, dificultando la diferenciación entre fuentes confiables y contenidos basados en experiencias personales o afirmaciones no verificadas (Organización Mundial de la Salud, 2025) (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2021).

Los mitos relacionados con la sexualidad pueden referirse al funcionamiento del cuerpo, fertilidad, menstruación, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, relaciones afectivas, consentimiento o comportamiento sexual, aunque algunos pueden parecer inofensivos, otros pueden generar decisiones inadecuadas y aumentar la exposición a riesgos (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2021).

Por ejemplo, las creencias incorrectas sobre métodos anticonceptivos pueden favorecer su uso inadecuado; la información falsa sobre las infecciones de transmisión sexual puede retrasar la búsqueda de diagnóstico y tratamiento; mientras que determinados estereotipos pueden normalizar comportamientos de control, presión o violencia dentro de las relaciones (Gruber & Grube, 2020).

Frente a esta situación, la educación sexual basada en evidencia debe desarrollar alfabetización científica y pensamiento crítico**,** no basta con sustituir un mito por una afirmación contraria; es necesario enseñar a analizar la procedencia de la información, identificar fuentes confiables, reconocer argumentos sin fundamento y contrastar afirmaciones con conocimientos científicos (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2021).

La OMS identifica precisamente la corrección de ideas erróneas como una de las finalidades de la educación sexual integral, mediante información adecuada para la edad, científicamente rigurosa y culturalmente pertinente (Organización Mundial de la Salud, 2021). La confrontación entre evidencia y creencias requiere, además, una comunicación respetuosa, las creencias pueden estar profundamente vinculadas con experiencias familiares, culturales o sociales, por ello, una intervención educativa efectiva no debería ridiculizar ni descalificar a las personas, sino generar espacios que permitan formular preguntas, revisar conocimientos previos y contrastarlos con evidencia (Subiela-García, Abellón-Ruiz, & Celdrán-Baños, 2024).

Uno de los principales desafíos en el campo de la salud comunitaria es la persistencia de mitos, estigmas y construcciones culturales desinformadas que actúan como barreras para

el cuidado de la salud sexual, las investigaciones han demostrado repetidamente que los enfoques basados en el miedo o en la restricción exclusiva de información no solo son ineficaces para modificar conductas de riesgo, sino que incrementan la vulnerabilidad de la población (Subiela-García, Abellón-Ruiz, & Celdrán-Baños, 2024).

Por el contrario, la evidencia empírica respalda de manera contundente la efectividad de la educación integral (Mirabal-López, 2025):

Mito o Creencia Popular	**Evidencia Científica Demostrada**	**Implicación para la Práctica de Enfermería**
"Proporcionar información sobre sexualidad a adolescentes estimula el inicio precoz de las relaciones sexuales."	La ESI no adelanta la iniciación sexual. La evidencia demuestra que retrasa la edad del primer coito, incrementa las tasas de uso de anticonceptivos y barrera, y reduce el número de parejas sexuales.	Implementar programas de educación sexual en el ámbito escolar y comunitario de forma temprana, sin retener información por prejuicios.
"La anticoncepción hormonal y los dispositivos intrauterinos producen infertilidad a largo plazo en mujeres jóvenes o nupérrimas."	Los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) y los métodos hormonales son seguros en adolescentes y jóvenes, presentando una reversibilidad inmediata al suspender su uso y sin afectar la fertilidad futura.	Ofertar y prescribir métodos anticonceptivos basados en los *Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS*, erradicando barreras institucionales e ideológicas.
"El uso del preservativo presenta altas tasas de falla y no previene eficazmente las ITS ni el VIH."	El uso correcto y consistente del preservativo de látex o poliuretano reduce el riesgo de transmisión del VIH y de la mayoría de las ITS en más de un 98%.	Realizar talleres prácticos de adiestramiento sobre la colocación, retiro, almacenamiento y verificación de la integridad del preservativo.

"Las personas adultas mayores no tienen vida sexual ni necesitan orientación o protección en esta área."	El interés, la capacidad y la actividad sexual se mantienen en la vejez. Su invisibilización expone a esta población a ITS debido a la falta de uso de métodos de barrera.	Valorar sistemáticamente la esfera sexual en el control de salud del adulto mayor, brindando orientación sobre lubricantes, adaptación corporal e ITS.

1.3.3. Educación sexual y prevención de riesgos

La prevención constituye una de las principales finalidades de la educación sexual. Sin embargo, prevenir no significa únicamente advertir sobre peligros o transmitir mensajes centrados en el miedo, una educación preventiva eficaz proporciona conocimientos, desarrolla habilidades y fortalece la capacidad de tomar decisiones responsables (Fernandes, 2023). Entre los riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva se encuentran las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no planificados, la violencia sexual, la coerción, el abuso, la desinformación y determinadas prácticas sexuales realizadas sin medidas adecuadas de protección (Fernandes, 2023).

La educación sexual permite abordar estos riesgos desde una perspectiva integral, en lugar de presentar únicamente las consecuencias negativas de determinadas conductas, proporciona herramientas para identificar situaciones de riesgo, valorar alternativas y adoptar medidas de protección (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En materia de infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, la educación debe incorporar conocimientos sobre mecanismos de transmisión, prevención, pruebas diagnósticas, tratamiento y reducción del estigma, en relación con la anticoncepción, debe proporcionar información objetiva sobre las diferentes alternativas, su utilización correcta, eficacia, ventajas, limitaciones y necesidad de recibir orientación profesional cuando corresponda (Pérez & Hernández, 2022).

La prevención también comprende aspectos relacionados con las relaciones interpersonales, el consentimiento, la comunicación, el establecimiento de límites y el reconocimiento de situaciones de coerción constituyen competencias fundamentales para disminuir la vulnerabilidad frente a violencia y abuso. La OMS incluye consentimiento,

integridad corporal, seguridad, reconocimiento del abuso y búsqueda de ayuda entre los componentes de la educación sexual integral (Pérez & Hernández, 2022).

Un aspecto particularmente importante es que la prevención debe evitar responsabilizar exclusivamente al individuo, las conductas relacionadas con la salud sexual están influenciadas por factores personales, familiares, sociales, económicos y culturales, por ello, las estrategias educativas deben reconocer las condiciones que pueden facilitar o dificultar la adopción de comportamientos protectores (Pérez & Hernández, 2022).

La OMS informa que los programas de educación sexual integral de calidad se asocian con un aumento del conocimiento y de conductas protectoras, incluyendo el uso de anticonceptivos y preservativos, así como con una reducción de determinados comportamientos de riesgo y de embarazos no intencionales en algunos contextos (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

1.4. Rol de la enfermería en la promoción de la salud sexual

La enfermería desempeña un papel relevante en la promoción de la salud sexual y reproductiva debido a su contacto continuo con las personas, las familias y las comunidades en diferentes escenarios de atención, este contacto favorece la identificación de necesidades educativas, factores de riesgo, barreras de acceso y situaciones que pueden afectar el bienestar sexual y reproductivo (Montesdeoca-Abad, 2024).

El cuidado de enfermería en este ámbito trasciende la transmisión de información. Implica establecer relaciones profesionales basadas en confianza, respeto, confidencialidad y ausencia de juicios, facilitando que las personas expresen inquietudes y participen activamente en las decisiones relacionadas con su salud, viendo desde este enfoque, la enfermería integra educación, comunicación, orientación, prevención y promoción dentro de un cuidado centrado en la persona.

1.4.1. Enfermería como agente educador

La educación constituye una de las funciones esenciales de enfermería en la promoción de la salud sexual, el profesional de enfermería puede identificar necesidades de conocimiento, proporcionar información basada en evidencia y favorecer el desarrollo de habilidades necesarias para el autocuidado y la toma de decisiones (Pereira-Afonso, Fernández-Cézar, & Lopezosa-Villajos, 2025).

La función educativa no consiste únicamente en transmitir contenidos, requiere valorar previamente los conocimientos, experiencias, necesidades y características de la persona para seleccionar información pertinente y comprensible, una intervención educativa eficaz debe adaptarse a la edad, nivel de comprensión, contexto sociocultural y circunstancias particulares (Perdomo-Cáceres & Perdomo-Cáceres, 2020).

En salud sexual, esta función puede incluir educación sobre cambios corporales, autocuidado, prevención de infecciones de transmisión sexual, anticoncepción, salud reproductiva, consentimiento, relaciones saludables y reconocimiento de situaciones de riesgo, la información debe ser científicamente rigurosa, actualizada y presentada de manera que permita a la persona comprender sus alternativas (Organización Mundial de la Salud., 2025).

El profesional de enfermería también puede contribuir al desarrollo del pensamiento crítico frente a la información disponible en medios digitales, en un contexto donde circulan numerosos contenidos sobre sexualidad, la educación debe ayudar a diferenciar información científica de mitos, opiniones y recomendaciones sin respaldo (Estrada-Zapata, 2021).

Para ejercer la función como agente educador con excelencia científica, la enfermera educadora articula diversas estrategias metodológicas (Estrada-Zapata, 2021):

- **Diseño e implementación de programas educativos estructurados:** Formulación de intervenciones basadas en modelos teóricos del cambio conductual (como el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender o la Teoría de la Acción Planificada), estos programas se adaptan rigurosamente al nivel de madurez neurocognitiva, etapa del curso de vida y características socioculturales del grupo poblacional objeto de estudio.
- **Uso de metodologías participativas e interactivas:** Superación de la clase magistral pasiva mediante la incorporación de talleres vivenciales, análisis de casos morales, sociodramas y el aprovechamiento de entornos digitales seguros, estas herramientas permiten a los participantes cuestionar estereotipos, evaluar riesgos reales y ensayar habilidades de negociación interpersonal.
- **Desarrollo de la autoeficacia y la negociación asertiva:** La educación impartida por enfermería prioriza el entrenamiento en competencias socioemocionales, esto incluye la capacidad de decir "no" frente a la presión de pares, la negociación clara

del uso de métodos de barrera con la pareja, la comunicación transparente del deseo y los límites, y la solicitud oportuna de atención médica sin vergüenza ni temor.

- **Empoderamiento comunitario y formación de pares:** Capacitación sistemática de líderes comunitarios, agentes de salud y colectivos juveniles para que actúen como educadores entre pares, esta estrategia multiplica el alcance de las intervenciones de enfermería, democratiza el conocimiento científico y penetra en espacios donde las estructuras formales de salud suelen encontrar resistencia.

1.4.2. Consejería en salud sexual y reproductiva

La consejería se define como un proceso interactivo, estructurado, confidencial y personalizado, centrado en apoyar a la persona en el análisis de sus necesidades, la clarificación de sus valores, la evaluación de riesgos y la toma de decisiones autónomas e informadas respecto a su vida sexual y reproductiva (Rubio, 2025). A diferencia de una comunicación basada exclusivamente en instrucciones, la consejería reconoce que las decisiones relacionadas con sexualidad y reproducción pueden estar condicionadas por experiencias personales, relaciones interpersonales, valores, conocimientos, condiciones sociales y preferencias individuales (Rubio, 2025).

La consejería debe desarrollarse en un ambiente de privacidad y confianza, permitiendo que la persona formule preguntas y exprese preocupaciones, la información proporcionada debe ser clara, suficiente y comprensible, de manera que facilite una decisión informada, en este proceso resulta fundamental respetar la autonomía. El profesional acompaña y orienta, pero no sustituye la capacidad de decisión de la persona, la consejería, por tanto, debe evitar actitudes paternalistas, presiones o juicios relacionados con las elecciones individuales (Rubio, 2025).

En el ámbito de la salud reproductiva, la consejería puede abordar planificación familiar, métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual, preparación para la maternidad y paternidad, salud preconcepcional y otras necesidades identificadas durante la atención, su calidad depende tanto del conocimiento técnico del profesional como de sus habilidades comunicativas y de su capacidad para establecer una relación basada en respeto, confidencialidad y confianza (Organización Mundial de la Salud., 2025).

1.4.3. Comunicación terapéutica y escucha activa

La comunicación constituye una herramienta fundamental del cuidado de enfermería, en el ámbito de la salud sexual es importante porque las personas pueden experimentar vergüenza, temor, inseguridad o preocupación al abordar determinados temas (Grant, Jones, & Candrian, 2025). La comunicación terapéutica permite establecer un vínculo profesional que favorece la expresión de necesidades y facilita la identificación de problemas que podrían permanecer ocultos en una interacción superficial (Grant, Jones, & Candrian, 2025).

La escucha activa implica prestar atención al contenido verbal y no verbal de la comunicación, demostrar interés, evitar interrupciones innecesarias y utilizar preguntas que permitan ampliar la información, también requiere reconocer emociones y proporcionar respuestas que demuestren comprensión, sin convertir la interacción profesional en un espacio de valoración moral (Subiela-García, Abellón-Ruiz, & Celdrán-Baños, 2024).

En salud sexual, las preguntas deben formularse de manera respetuosa y únicamente cuando sean pertinentes para la atención, la privacidad y confidencialidad son elementos esenciales para generar seguridad y confianza, una comunicación terapéutica adecuada también permite identificar señales relacionadas con violencia, coerción, dificultades en las relaciones, problemas de salud sexual o barreras para acceder a servicios, en estos casos, la capacidad del profesional para escuchar y responder oportunamente puede favorecer la identificación temprana de necesidades de atención (Organización Mundial de la Salud., 2025).

1.4.4. Enfoque de derechos, género e interculturalidad

El ejercicio profesional de la enfermería contemporánea en salud sexual debe inscribirse bajo marcos ético-políticos internacionales que garanticen una atención equitativa, inclusiva y respetuosa de la diversidad humana (Macías-Sánchez & Verdezoto-Michuy, 2025).

- **Enfoque de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR):** Asume que el ejercicio de la sexualidad forma parte integral de los Derechos Humanos fundamentados en la dignidad, la enfermera actúa como garante de la autonomía corporal, asegurando que ningún procedimiento (desde un examen ginecológico hasta la prescripción de anticonceptivos) se ejecute sin un consentimiento informado libre, consciente, explícito y reversible, asimismo, defiende el derecho de todas las personas a acceder a servicios de salud de alta calidad sin discriminación por motivos de edad, clase social, etnia, orientación sexual o identidad de género.

- **Perspectiva de género:** Permite a la enfermera analizar críticamente cómo las construcciones socioculturales de la masculinidad y la feminidad determinan diferencias en el proceso salud-enfermedad, este enfoque visibiliza las asimetrías de poder que subordinan la capacidad de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos, exponen a los varones a conductas de riesgo por mandatos de hipermasculinidad, y estigmatizan a las personas trans y de la diversidad sexual, en la práctica clínica, se traduce en intervenciones orientadas a promover relaciones equitativas, compartidas y libres de violencia.
- **Interculturalidad y cuidado transcultural:** Exige el reconocimiento y respeto de las cosmovisiones, saberes ancestrales, creencias y prácticas de comunidades indígenas, afrodescendientes, rom o poblaciones migrantes, la enfermera intercultural no impone el modelo biomédico de forma hegemónica; por el contrario, establece un diálogo de saberes genuino que negocia e integra los conocimientos tradicionales con la evidencia científica, este equilibrio tiene como límite absoluto el respeto a la integridad física y a los derechos humanos (por ejemplo, en la lucha por la erradicación global de la mutilación genital femenina).

1.4.5. Prevención y promoción desde el cuidado de enfermería

La prevención y la promoción de la salud constituyen componentes esenciales del cuidado de enfermería en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su importancia radica en que permiten intervenir no solamente frente a problemas de salud ya establecidos, sino también sobre aquellos factores individuales, familiares, sociales y contextuales que pueden favorecer o limitar el bienestar sexual y reproductivo, desde esta perspectiva, el cuidado de enfermería adquiere una orientación anticipatoria, participativa y centrada en las necesidades de las personas a lo largo del curso de vida (Santoyo-Rivilla, 2024).

La promoción de la salud sexual no debe comprenderse exclusivamente como la prevención de enfermedades o conductas consideradas de riesgo, implica generar condiciones que permitan a las personas desarrollar capacidades para cuidar de sí mismas, tomar decisiones informadas, establecer relaciones respetuosas, reconocer sus derechos y acceder oportunamente a servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Desde el enfoque de promoción de la salud, la intervención de enfermería parte del reconocimiento de que las condiciones de salud sexual no dependen únicamente de decisiones

individuales, factores como el nivel de conocimientos, las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios sanitarios, las relaciones familiares y afectivas, las normas culturales, las desigualdades de género y las experiencias de violencia pueden influir en la capacidad de las personas para proteger su salud, por ello, las acciones de enfermería requieren una valoración integral que permita identificar tanto factores protectores como situaciones de vulnerabilidad (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Prevención como componente del cuidado: La prevención en salud sexual comprende aquellas intervenciones destinadas a disminuir la probabilidad de aparición de problemas, favorecer su detección temprana y reducir sus consecuencias, en este campo pueden distinguirse acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, cuya aplicación depende de las necesidades y condiciones de cada persona o población (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La prevención primaria busca evitar la aparición de problemas mediante intervenciones dirigidas a fortalecer conocimientos, habilidades y factores protectores, en enfermería puede incluir orientación sobre autocuidado, prevención de infecciones de transmisión sexual, planificación reproductiva, uso adecuado de métodos de protección, relaciones saludables y reconocimiento de situaciones potencialmente peligrosas (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La prevención secundaria se orienta a la identificación temprana de alteraciones o situaciones que requieren atención, la valoración de enfermería puede contribuir a reconocer signos, síntomas, factores de riesgo, necesidades de orientación o indicadores de violencia y facilitar la derivación correspondiente, esta identificación temprana resulta particularmente importante cuando determinadas situaciones pueden permanecer ocultas debido al estigma, temor o dificultad para hablar sobre sexualidad (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La prevención terciaria busca disminuir las consecuencias de problemas de salud sexual ya establecidos y favorecer la recuperación y continuidad del cuidado, en este nivel, enfermería puede participar en la educación para la adherencia a tratamientos, seguimiento, reducción de complicaciones, apoyo emocional y coordinación con otros profesionales cuando sea necesario (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Esta clasificación permite comprender que la prevención no constituye una actividad aislada, sino un proceso continuo que puede desarrollarse en diferentes momentos del cuidado.

Promoción del autocuidado en salud sexual: El autocuidado representa otro componente fundamental de la intervención de enfermería, promoverlo implica fortalecer la capacidad de las personas para reconocer sus necesidades, adoptar prácticas protectoras y participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud (Rubio, 2025).

En el ámbito sexual y reproductivo, el autocuidado comprende conocimientos y comportamientos relacionados con higiene y cuidado corporal, prevención de infecciones, prácticas sexuales seguras, planificación reproductiva, reconocimiento de signos de alarma y utilización oportuna de los servicios sanitarios, sin embargo, el autocuidado no debe interpretarse como responsabilidad exclusiva del individuo, para que pueda desarrollarse efectivamente se requieren condiciones que faciliten el acceso a información, servicios, recursos y redes de apoyo (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La intervención de enfermería debe orientarse, por tanto, a fortalecer la autonomía sin trasladar a la persona toda la responsabilidad por situaciones determinadas por condiciones sociales o estructurales, educar para el autocuidado significa proporcionar herramientas y acompañamiento para que la persona pueda tomar decisiones posibles y adecuadas dentro de su realidad (Rubio, 2025).

Capítulo II.- Desarrollo Sexual Humano

Mg. Angelica Adriana Alcázar Marcillo[3]

2.1. Anatomía y fisiología del sistema reproductor

El conocimiento de la anatomía y fisiología del sistema reproductor constituye un componente fundamental para comprender el desarrollo sexual humano y los procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva, el sistema reproductor comprende un conjunto de órganos, estructuras y mecanismos fisiológicos especializados que participan en la reproducción, la producción de gametos y hormonas sexuales, así como en diferentes procesos asociados con la maduración sexual y la respuesta sexual humana (Roberts, 2023).

El desarrollo y funcionamiento del sistema reproductor están determinados por la interacción de factores anatómicos, endocrinos, genéticos, neurológicos y fisiológicos, estos procesos experimentan modificaciones a lo largo del curso de vida, particularmente durante la pubertad, etapa en la que se produce la maduración progresiva de las estructuras reproductivas y se adquieren las características sexuales secundarias (Roberts, 2023).

Desde una perspectiva de promoción de la salud sexual y reproductiva, conocer la anatomía y fisiología reproductiva permite comprender el funcionamiento normal del organismo, reconocer cambios fisiológicos esperados e identificar oportunamente manifestaciones que pueden requerir valoración profesional, asimismo, favorece una educación sexual basada en conocimientos científicos, contribuyendo al desarrollo de capacidades para el autocuidado, la toma de decisiones informadas y el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos (Roberts, 2023)

2.1.1. Anatomía del aparato reproductor femenino

El aparato reproductor femenino está constituido por órganos internos y externos que desempeñan funciones relacionadas con la producción de ovocitos, la secreción de hormonas sexuales, la fecundación, la implantación y el desarrollo embrionario y fetal (Rosner, Samardzic, & Sarao, 2024). Entre sus principales estructuras internas se encuentran los ovarios,

[3] Universidad Estatal del Sur de Manabí, Email: angie_alma_12@hotmail.com, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0619-2301

las trompas uterinas, el útero y la vagina, los genitales externos comprenden principalmente la vulva, constituida por diferentes estructuras anatómicas que protegen las aberturas vaginal y uretral y participan, además, en la respuesta sexual (Berrojo-Pérez, y otros, 2024).

Ovarios. Son las gónadas femeninas y se localizan en la cavidad pélvica, tienen dos funciones principales: la producción y maduración de los gametos femeninos y la secreción de hormonas sexuales, fundamentalmente estrógenos y progesterona, durante la vida reproductiva, los ovarios participan en el proceso de maduración folicular y liberación del ovocito durante la ovulación (Berrojo-Pérez, y otros, 2024).

Trompas uterinas. Son estructuras tubulares que se extienden desde las proximidades de los ovarios hasta el útero, se dividen anatómicamente en infundíbulo, ampolla, istmo y porción uterina, las fimbrias del infundíbulo facilitan la captación del ovocito después de la ovulación, la fecundación ocurre con mayor frecuencia en la región ampular de la trompa uterina (Berrojo-Pérez, y otros, 2024).

Útero. Es un órgano muscular localizado en la pelvis, situado entre la vejiga y el recto, se divide en fondo, cuerpo, istmo y cuello uterino, su pared está constituida principalmente por tres capas: perimetrio, miometrio y endometrio. El endometrio experimenta cambios cíclicos durante el ciclo menstrual y constituye el tejido donde se produce la implantación del blastocisto cuando ocurre un embarazo (Berrojo-Pérez, y otros, 2024).

Cuello uterino o cérvix. Es la porción inferior del útero que se continúa con la vagina, presenta un canal cervical que comunica la cavidad uterina con la vagina, el cuello uterino produce moco cervical, cuyas características varían durante el ciclo menstrual bajo influencia hormonal (Berrojo-Pérez, y otros, 2024).

Vagina. Es un conducto muscular y elástico que comunica el cuello uterino con el exterior del organismo, participa en la eliminación del flujo menstrual, constituye el canal del parto y forma parte de los órganos implicados en la respuesta sexual (Berrojo-Pérez, y otros, 2024).

Vulva. Corresponde al conjunto de genitales externos femeninos, incluye el monte del pubis, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, el vestíbulo vaginal y las glándulas vestibulares, estas estructuras presentan una importante vascularización e inervación y

participan en la protección de las estructuras genitales internas y en la respuesta sexual (Berrojo-Pérez, y otros, 2024).

Clítoris. Es una estructura eréctil altamente inervada, constituida por tejido especializado que responde a la estimulación sexual, anatómicamente comprende un glande visible externamente y estructuras internas que se extienden hacia los tejidos circundantes (Berrojo-Pérez, y otros, 2024).

La anatomía reproductiva femenina presenta variaciones individuales normales en tamaño, forma y características externas, estas variaciones no constituyen por sí mismas alteraciones de la salud y deben considerarse dentro de una perspectiva de diversidad anatómica (Berrojo-Pérez, y otros, 2024).

2.1.2. Anatomía del aparato reproductor masculino

El aparato reproductor masculino está integrado por órganos internos y externos especializados en la producción, maduración, almacenamiento y transporte de los espermatozoides, además de participar en la producción de hormonas sexuales, entre sus principales estructuras se encuentran los testículos, epidídimos, conductos deferentes, conductos eyaculadores, vesículas seminales, próstata, glándulas bulbouretrales, uretra y pene (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Testículos. Son las gónadas masculinas y se encuentran localizados en el escroto, desempeñan dos funciones fundamentales: la producción de espermatozoides mediante la espermatogénesis y la producción de testosterona, la localización testicular fuera de la cavidad abdominal contribuye al mantenimiento de una temperatura adecuada para la producción espermática (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Epidídimo. Es un conducto estrecho y altamente enrollado situado sobre la superficie posterior de cada testículo, en esta estructura los espermatozoides completan procesos de maduración y adquieren capacidad funcional para desplazarse (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Conductos deferentes. Son conductos musculares que transportan los espermatozoides desde el epidídimo hacia los conductos eyaculadores, su actividad contráctil contribuye al

desplazamiento del contenido espermático durante la eyaculación (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Vesículas seminales. Son glándulas pares ubicadas posteriormente a la vejiga urinaria, producen una secreción que constituye una proporción importante del líquido seminal y contiene sustancias, entre ellas fructosa, que contribuyen al metabolismo energético de los espermatozoides (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Próstata. Es una glándula localizada debajo de la vejiga urinaria y alrededor de la porción inicial de la uretra, produce una secreción que forma parte del semen y contribuye al adecuado funcionamiento de los espermatozoides (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Glándulas bulbouretrales. Son pequeñas glándulas que producen una secreción mucosa que contribuye a la lubricación y protección de la uretra antes de la eyaculación (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Pene. Es un órgano genital externo constituido principalmente por tejido eréctil, está formado por raíz, cuerpo y glande, la erección se produce como consecuencia de modificaciones en el flujo sanguíneo del tejido eréctil, mediadas por mecanismos vasculares y neurológicos (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Escroto. Es una estructura cutánea y muscular que contiene los testículos y contribuye a mantener su temperatura dentro de un rango favorable para la espermatogénesis (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Uretra. Es un conducto que atraviesa el pene y permite la salida de la orina y del semen al exterior, aunque ambos procesos no ocurren simultáneamente (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

El funcionamiento coordinado de estas estructuras permite la producción y transporte de espermatozoides y la participación del aparato reproductor masculino en la reproducción, al igual que ocurre con el aparato reproductor femenino, existen variaciones anatómicas individuales que forman parte de la diversidad corporal humana (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

2.1.3. Fisiología de la función reproductiva

La función reproductiva humana está regulada por una compleja interacción entre el sistema nervioso y el sistema endocrino, uno de los mecanismos fundamentales es el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, que coordina la producción de hormonas sexuales y regula procesos relacionados con la maduración y función de las gónadas (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023).

El hipotálamo produce la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), cuya secreción pulsátil estimula a la hipófisis anterior para producir las gonadotropinas: hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH). Estas hormonas actúan sobre las gónadas y regulan la producción de gametos y hormonas sexuales (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023).

En el organismo femenino, la FSH participa principalmente en el crecimiento y desarrollo de los folículos ováricos, mientras que la LH interviene en la maduración folicular, la ovulación y la formación y actividad del cuerpo lúteo. Los ovarios producen principalmente estrógenos y progesterona, hormonas que regulan cambios en el aparato reproductor y participan en la preparación del organismo para un posible embarazo (Torrealva Lázaro, Teodoro Maza, Silva Carranza, Soto Aguilar, & López Amaya, 2026).

En el organismo masculino, la LH estimula las células de Leydig de los testículos para producir testosterona, la FSH actúa principalmente sobre las células de Sertoli y participa en la regulación de la espermatogénesis, la testosterona interviene en el desarrollo y mantenimiento de las características sexuales masculinas, la función reproductiva y diversos procesos fisiológicos (Lin, Wang, Huang, & Xia, 2024).

La regulación hormonal se encuentra sometida a mecanismos de retroalimentación, principalmente negativa, mediante los cuales las hormonas producidas por las gónadas contribuyen a regular la actividad del hipotálamo y la hipófisis, esta coordinación permite mantener un equilibrio funcional del sistema reproductivo (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023).

Durante la pubertad se produce una activación progresiva del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, como consecuencia, aumenta la producción de hormonas sexuales y se desarrollan las

características sexuales secundarias, además de producirse la maduración funcional de los órganos reproductores (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023).

La función reproductiva, sin embargo, no se limita a la producción de gametos, comprende una serie de procesos fisiológicos coordinados que incluyen la gametogénesis, la ovulación o producción espermática, el transporte de gametos, la fecundación y, cuando ocurre un embarazo, los mecanismos necesarios para la implantación y el desarrollo gestacional (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023).

2.1.4. Ciclo menstrual y ovulación

El ciclo menstrual constituye un conjunto de cambios fisiológicos periódicos que ocurren principalmente en el sistema reproductor femenino como consecuencia de las variaciones hormonales del eje hipotálamo-hipófisis-ovario (Moore & Persaud, 2021).

Aunque tradicionalmente se ha utilizado una duración de 28 días como referencia, la duración del ciclo puede variar entre personas y entre diferentes ciclos de una misma persona, por ello, un ciclo menstrual saludable no debe interpretarse exclusivamente a partir de un número fijo de días (Moore & Persaud, 2021).

El ciclo puede analizarse desde los cambios que ocurren en el ovario y en el endometrio, desde la perspectiva ovárica, se reconocen las fases: folicular, ovulatoria y lútea**,** desde la perspectiva endometrial, se describen las fases menstrual, proliferativa y secretora (Vollmar & Mahalingaiah, 2024).

Fase menstrual. Se caracteriza por la eliminación del tejido endometrial cuando no se ha producido una implantación, la disminución de las concentraciones de progesterona y estrógenos contribuye al desprendimiento del endometrio y origina el sangrado menstrual (Vollmar & Mahalingaiah, 2024).

Fase folicular. Se inicia con la menstruación y se caracteriza por el crecimiento de un grupo de folículos ováricos bajo la influencia de la FSH, generalmente, uno de ellos adquiere predominio y continúa su desarrollo hasta alcanzar la madurez funcional (Vollmar & Mahalingaiah, 2024).

Ovulación. Corresponde a la liberación de un ovocito secundario desde el ovario, se produce como consecuencia de un aumento significativo de la concentración de LH, conocido como pico de LH, el momento exacto de la ovulación puede variar entre ciclos, por lo que no debe asumirse que ocurre necesariamente en el día 14 de todos los ciclos (Vollmar & Mahalingaiah, 2024).

Fase lútea. Después de la ovulación, el folículo que liberó el ovocito se transforma en cuerpo lúteo, estructura que produce principalmente progesterona y también estrógenos, estas hormonas favorecen la preparación y mantenimiento del endometrio para una posible implantación (Vollmar & Mahalingaiah, 2024).

Si no ocurre fecundación e implantación, el cuerpo lúteo involuciona, disminuyen las concentraciones hormonales y se inicia un nuevo ciclo menstrual, el conocimiento del ciclo menstrual tiene importancia para la educación en salud sexual y reproductiva, permite comprender los cambios fisiológicos normales, reconocer alteraciones del patrón menstrual y favorecer el conocimiento del propio cuerpo, no obstante, la identificación del período fértil exclusivamente mediante el calendario presenta limitaciones debido a la variabilidad natural de los ciclos, por lo que no debe considerarse un método infalible para evitar un embarazo (Moore & Persaud, 2021).

2.1.5. Respuesta sexual humana

La respuesta sexual humana comprende un conjunto de cambios fisiológicos, neurológicos y subjetivos que pueden presentarse ante estímulos o experiencias de carácter sexual, se encuentra influida por múltiples factores, entre ellos el estado físico, las emociones, las experiencias previas, la relación interpersonal, el contexto sociocultural y las condiciones ambientales (Camacho López, Chávez Martínez, Martínez Campos, & Padrón, 2022).

Uno de los modelos clásicos para describir la respuesta sexual humana es el propuesto por Jerome (Jerome Levin, 2022), quienes identificaron cuatro fases fisiológicas: excitación, meseta, orgasmo y resolución, posteriormente, otros modelos incorporaron elementos relacionados con el deseo y destacaron que la respuesta sexual no necesariamente sigue una secuencia única o rígida.

Fase de excitación. Se caracteriza por modificaciones fisiológicas asociadas con la activación sexual, puede producirse aumento del flujo sanguíneo genital, lubricación vaginal, erección del pene y del clítoris, incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria y aumento de la tensión muscular (Jerome Levin, 2022).

Fase de meseta. Corresponde a un período de mantenimiento y aumento de la activación sexual, las respuestas fisiológicas observadas durante la excitación pueden intensificarse y alcanzar niveles elevados de estimulación (Jerome Levin, 2022).

Orgasmo. Es una respuesta fisiológica caracterizada por contracciones musculares rítmicas, particularmente en estructuras genitales y pélvicas, acompañadas de una intensa sensación subjetiva de placer, su expresión y percepción presentan variabilidad individual (Jerome Levin, 2022).

Fase de resolución. Se produce el retorno progresivo del organismo a las condiciones fisiológicas basales, disminuye la congestión vascular, se relaja la musculatura y se normalizan progresivamente la frecuencia cardíaca y respiratoria (Jerome Levin, 2022).

Posteriormente, diversos modelos conceptuales ampliaron esta descripción al incorporar el deseo sexual como componente relevante de la experiencia sexual, el deseo puede estar influido por factores biológicos, psicológicos, relacionales y socioculturales, por lo que no debe interpretarse exclusivamente desde una perspectiva fisiológica (Jerome Levin, 2022).

Es importante señalar que la respuesta sexual humana no constituye un proceso idéntico en todas las personas ni necesariamente sigue una secuencia lineal, la intensidad, duración y presencia de sus diferentes componentes pueden variar de acuerdo con la edad, el estado de salud, las experiencias personales, el contexto relacional, los medicamentos, las condiciones hormonales y diversos factores psicológicos y sociales (Jerome Levin, 2022).

2.2. Pubertad y cambios físicos

La pubertad es una etapa del desarrollo humano caracterizada por un conjunto progresivo de modificaciones biológicas que conducen a la maduración sexual y a la adquisición de la capacidad reproductiva (Iglesias, 2022). Durante este periodo se producen cambios coordinados en diferentes sistemas del organismo, especialmente en los órganos

reproductores, el sistema endocrino, la composición corporal y las características físicas externas (Ceñal González, 2024).

El inicio de la pubertad está determinado por la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, que incrementa progresivamente la producción de hormonas sexuales, este proceso genera modificaciones en las gónadas y favorece el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, paralelamente, la hormona de crecimiento y otros factores endocrinos participan en el crecimiento somático y en las transformaciones corporales propias de esta etapa (Ceñal González, 2024).

Aunque existen patrones generales de desarrollo puberal, el momento de aparición y la velocidad de los cambios presentan variaciones individuales, estas diferencias pueden estar relacionadas con factores genéticos, nutricionales, ambientales y de salud, por lo que el desarrollo puberal debe comprenderse como un proceso dinámico y no como una secuencia idéntica para todas las personas (Iglesias, 2022).

El conocimiento de los cambios propios de la pubertad tiene especial importancia en la educación para la salud, permite proporcionar información científica que facilite la comprensión del propio cuerpo, disminuir la incertidumbre ante las transformaciones físicas y favorecer prácticas adecuadas de autocuidado durante una etapa de importantes cambios biológicos (Iglesias, 2022).

2.2.1. Concepto y características de la pubertad

La pubertad puede definirse como el periodo del desarrollo durante el cual se produce la maduración progresiva de los órganos reproductores, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la adquisición de la capacidad reproductiva, constituye un proceso biológico regulado principalmente por mecanismos neuroendocrinos y se desarrolla como parte de la transición entre la infancia y la madurez física (Sepúlveda & Merico, 2022).

Uno de los acontecimientos fundamentales que marca el inicio de la pubertad es la reactivación de la secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) por el hipotálamo, esta hormona estimula a la hipófisis para producir las gonadotropinas FSH y LH, que actúan sobre las gónadas y favorecen la producción de hormonas sexuales (Sepúlveda & Merico, 2022).

La pubertad comprende diferentes procesos que ocurren de manera progresiva (Sepúlveda & Merico, 2022):

- Crecimiento corporal acelerado, particularmente durante el denominado estirón puberal.
- Maduración de las gónadas, con desarrollo de los ovarios o testículos.
- Maduración de los órganos reproductores internos y externos.
- Aparición de los caracteres sexuales secundarios.
- Modificación de la composición corporal.
- Cambios en la distribución del tejido adiposo y muscular.
- Desarrollo de características cutáneas, como aumento de la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas.
- Adquisición progresiva de la capacidad reproductiva.

El desarrollo puberal no ocurre de manera simultánea en todas las estructuras corporales, algunos cambios pueden aparecer antes que otros y la duración de cada proceso puede presentar diferencias entre individuos (Sepúlveda & Merico, 2022). La pubertad y la adolescencia son conceptos relacionados, pero no equivalentes, la pubertad hace referencia principalmente a los cambios biológicos asociados con la maduración sexual, mientras que la adolescencia comprende un periodo más amplio del desarrollo que incluye transformaciones biológicas, psicológicas y sociales.

2.2.2. Cambios físicos en mujeres y hombres

Los cambios físicos asociados con la pubertad se producen en ambos sexos, aunque presentan diferencias relacionadas principalmente con la acción de las hormonas sexuales y con la maduración específica de los órganos reproductores (Yan, Nierop, & Holmgren, 2025). En las mujeres, uno de los primeros cambios observables suele ser el desarrollo mamario, posteriormente se produce el crecimiento del vello púbico y axilar, modificaciones en la distribución de la grasa corporal y crecimiento de los órganos reproductores, el útero, los ovarios, las trompas uterinas y la vagina experimentan procesos de maduración (Yan, Nierop, & Holmgren, 2025).

El crecimiento corporal se acelera durante determinadas fases de la pubertad y posteriormente disminuye progresivamente conforme se completa la maduración esquelética,

la pelvis también experimenta modificaciones relacionadas con el crecimiento corporal, la menarquia, definida como la primera menstruación, constituye un acontecimiento importante dentro de la maduración reproductiva femenina, su aparición indica que se han producido cambios significativos en la función del eje hipotálamo-hipófisis-ovario; sin embargo, durante los primeros años posteriores a la menarquia los ciclos pueden presentar irregularidades mientras se establece la maduración completa de los mecanismos ovulatorios (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

En los hombres, los primeros cambios incluyen el crecimiento de los testículos y del escroto, seguido por el crecimiento del pene y la aparición progresiva del vello púbico y axilar, también se produce un aumento de la masa muscular, cambios en la distribución corporal y modificaciones de la voz como consecuencia del crecimiento de la laringe y de las estructuras relacionadas con la producción de la voz, la espermatogénesis se establece progresivamente durante la pubertad y representa un indicador de la maduración funcional de los testículos, la producción de testosterona aumenta y participa en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

En ambos sexos se incrementa la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas, lo que puede favorecer la aparición de acné, cambios en el olor corporal y modificaciones en las características de la piel y el cabello (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Los cambios físicos puberales pueden resumirse de la siguiente manera (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023):

Cambios comunes	**Mujeres**	**Hombres**
Aceleración del crecimiento	Sí	Sí
Desarrollo de vello púbico y axilar	Sí	Sí
Aumento de actividad sebácea	Sí	Sí
Desarrollo de órganos reproductores	Sí	Sí
Desarrollo mamario	Característico	Puede presentarse de forma transitoria
Menarquia	Característica	No corresponde
Espermatogénesis	No corresponde	Característica
Cambio de la voz	Moderado	Generalmente más marcado

Incremento de masa muscular	Sí	Generalmente más pronunciado
Cambios en la distribución de grasa corporal	Sí	Sí

2.2.3. Cambios hormonales durante la pubertad

Los cambios hormonales de la pubertad están determinados fundamentalmente por la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, durante la infancia, la actividad de este eje se mantiene relativamente inhibida, con el inicio de la pubertad, aumenta la secreción pulsátil de GnRH, lo que estimula la producción hipofisaria de FSH y LH (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023). La hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) actúan sobre las gónadas y estimulan procesos relacionados con la producción de gametos y hormonas sexuales (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023).

En las mujeres, la FSH favorece el desarrollo de los folículos ováricos y la producción de estrógenos, la LH participa en la maduración folicular, la ovulación y la función del cuerpo lúteo, el incremento de los estrógenos participa en el desarrollo mamario, la maduración de los órganos reproductores, los cambios en la distribución corporal y la regulación del ciclo menstrual (Evans, Kogan, Koss, & House, 2026).

En los hombres, la LH estimula las células de Leydig de los testículos para producir testosterona, mientras que la FSH actúa principalmente sobre las células de Sertoli y participa en el establecimiento y mantenimiento del espermatogénesis, la testosterona contribuye al crecimiento de los órganos reproductores, el desarrollo de la masa muscular, la modificación de la voz y la aparición de otros caracteres sexuales secundarios (Lin, Wang, Huang, & Xia, 2024).

Además de las hormonas sexuales, durante la pubertad aumenta la actividad del eje de la hormona de crecimiento y del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1), mecanismos que participan en el crecimiento longitudinal y en los cambios corporales propios del periodo puberal (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023). La adrenarquia, que corresponde al aumento de la actividad de las glándulas suprarrenales y de la producción de andrógenos suprarrenales, también participa en algunos cambios puberales, particularmente en la aparición del vello púbico y axilar y en las

modificaciones del olor corporal (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023).

La interacción de estos sistemas hormonales permite que el desarrollo puberal ocurra de manera progresiva y coordinada, la regulación endocrina se encuentra sometida a mecanismos de retroalimentación que permiten mantener el equilibrio de las concentraciones hormonales (Hernández-Cervantes, Sánchez-Acosta, Ramírez-Nieto, & Morales-Montor, 2023).

2.2.4. Maduración sexual y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios

La maduración sexual comprende el conjunto de transformaciones mediante las cuales los órganos reproductores alcanzan progresivamente su desarrollo funcional, este proceso incluye tanto la maduración de las gónadas como el desarrollo de los órganos genitales y la aparición de caracteres sexuales secundarios (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Los caracteres sexuales primarios corresponden a las estructuras directamente relacionadas con la reproducción, como los ovarios, el útero, las trompas uterinas y la vagina en las mujeres, y los testículos, epidídimos, conductos deferentes, próstata, pene y otras estructuras reproductoras en los hombres (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023). Los caracteres sexuales secundarios, en cambio, son características físicas que aparecen durante la pubertad como consecuencia de la acción de las hormonas sexuales y otros mecanismos endocrinos, pero que no constituyen directamente los órganos reproductores (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

Entre los principales caracteres sexuales secundarios se encuentran (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023):

En las mujeres (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023)**:**

- Desarrollo de las mamas.
- Aparición y progresión del vello púbico y axilar.
- Modificación de la distribución del tejido adiposo.
- Ensanchamiento relativo de la pelvis.
- Cambios en la piel y actividad de las glándulas sebáceas.
- Modificaciones en la composición corporal.

En los hombres (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023)**:**

- Desarrollo de la masa muscular.
- Crecimiento del pene y los testículos.
- Aparición y progresión del vello púbico, axilar, facial y corporal.
- Engrosamiento de la voz.
- Cambios en la composición corporal.
- Incremento de la actividad de las glándulas sebáceas.

La maduración sexual puede evaluarse clínicamente mediante la estadificación de Tanner, sistema que clasifica de manera progresiva el desarrollo de las mamas y del vello púbico en las mujeres, y el desarrollo genital y del vello púbico en los hombres, esta clasificación permite valorar el grado de maduración puberal y reconocer patrones de desarrollo que requieren seguimiento clínico (Patton, Bell, Thompson, & Williamson, 2023).

2.3. Desarrollo psicoemocional y sexualidad

El desarrollo sexual humano constituye un proceso multidimensional que trasciende los cambios anatómicos, fisiológicos y reproductivos, a lo largo del curso de vida, la sexualidad se relaciona con la construcción del autoconcepto, la autoestima, la expresión emocional, las relaciones interpersonales, la identidad y la manera en que cada persona establece vínculos con otras personas y con su entorno (Villalobos Guevara, 2024).

El desarrollo psicoemocional comprende los procesos mediante los cuales las personas adquieren progresivamente recursos para reconocer, comprender y expresar sus emociones, construir una percepción de sí mismas y establecer relaciones interpersonales, estos procesos se encuentran estrechamente vinculados con la forma en que se experimenta y expresa la sexualidad (Villalobos Guevara, 2024).

Durante la infancia, adolescencia, adultez y vejez se producen transformaciones en la manera de comprender el propio cuerpo, establecer relaciones afectivas y construir la identidad, aunque determinados cambios realzan importancia durante la adolescencia, el desarrollo de la sexualidad no concluye con esta etapa, sino que continúa modificándose a lo largo de la vida en interacción con factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales (Villalobos Guevara, 2024).

La comprensión del desarrollo psicoemocional permite abordar la sexualidad desde una perspectiva integral, esto implica reconocer que las experiencias sexuales y afectivas no dependen exclusivamente de procesos fisiológicos, sino que también están relacionadas con la percepción personal, las emociones, los vínculos interpersonales, las experiencias de socialización y el contexto en el que se desarrolla cada individuo (Villalobos Guevara, 2024).

2.3.1. Desarrollo de la identidad y autoconcepto

La identidad se refiere al conjunto de características, percepciones, experiencias y significados mediante los cuales una persona se reconoce y se diferencia de otras, su construcción constituye un proceso progresivo que se desarrolla mediante la interacción entre las características individuales y las experiencias familiares, sociales y culturales (De la Maza, 2021).

El autoconcepto, corresponde a la representación que una persona construye acerca de sí misma, incluye percepciones relacionadas con las características físicas, capacidades, cualidades personales, relaciones sociales y diferentes roles que desempeña en su contexto (Clavijo Morales & Tobar Viera, 2026). Durante el desarrollo, el autoconcepto experimenta modificaciones como consecuencia de nuevas experiencias, aprendizajes y relaciones interpersonales. en la adolescencia tiene importancia, debido a los cambios corporales, emocionales y sociales propios de esta etapa, la transformación física asociada con la pubertad puede generar una reevaluación de la imagen corporal y de la percepción que la persona tiene de sí misma (Clavijo Morales & Tobar Viera, 2026).

La construcción de la identidad no constituye un proceso aislado, se encuentra influida por las experiencias de reconocimiento, aceptación y pertenencia, así como por las expectativas sociales y culturales, la familia, los grupos de pares, las instituciones educativas, los medios de comunicación y otros espacios de socialización pueden participar en este proceso (De la Maza, 2021).

En relación con la sexualidad, el autoconcepto incluye también la manera en que una persona percibe su cuerpo y comprende determinados aspectos de su identidad, una percepción positiva y realista de sí misma puede favorecer relaciones interpersonales saludables y una toma de decisiones coherente con las propias necesidades, valores y responsabilidades (Clavijo Morales & Tobar Viera, 2026).

La educación sexual debe proporcionar información que permita comprender que los cambios corporales y emocionales forman parte del desarrollo humano y que existen diferencias individuales en la manera y el momento en que estos procesos se manifiestan, esta información contribuye a evitar comparaciones inadecuadas y favorece una percepción fundamentada del propio desarrollo (Perdomo-Cáceres & Perdomo-Cáceres, 2020).

2.3.2. Autoestima, emociones y sexualidad

La autoestima se refiere a la valoración que una persona realiza de sí misma, está relacionada con el autoconcepto, aunque ambos conceptos no son equivalentes: mientras el autoconcepto describe cómo una persona se percibe, la autoestima incorpora la valoración que realiza sobre esas características, se desarrolla progresivamente a partir de experiencias personales, relaciones familiares, interacción con pares, reconocimiento social y percepción de las propias capacidades, y puede experimentar modificaciones durante las diferentes etapas de la vida. (Vasconcelos, Carrito, & Quinta, 2024).

La sexualidad se encuentra relacionada con aspectos emocionales debido a que las experiencias afectivas y sexuales pueden involucrar sentimientos, expectativas, deseos, satisfacción, preocupación, confianza y otras respuestas emocionales, estas experiencias, a su vez, están condicionadas por las características individuales y por las circunstancias en las que se producen (Vasconcelos, Carrito, & Quinta, 2024).

La capacidad para reconocer y gestionar las emociones constituye un componente importante del desarrollo psicoemocional, permite identificar estados emocionales, expresarlos de manera adecuada y desarrollar estrategias para afrontar situaciones que generan tensión, incertidumbre o conflicto (Vasconcelos, Carrito, & Quinta, 2024).

En el ámbito de las relaciones afectivas y sexuales, las habilidades emocionales pueden contribuir a la comunicación de necesidades y límites, la resolución de conflictos y el establecimiento de relaciones basadas en el respeto mutuo, esto no significa que las emociones determinen por sí mismas las decisiones relacionadas con la sexualidad, sino que forman parte del conjunto de factores que intervienen en ellas (Vasconcelos, Carrito, & Quinta, 2024).

La autoestima también puede relacionarse con la percepción del propio cuerpo, los cambios físicos propios del desarrollo, particularmente durante la pubertad y adolescencia, pueden modificar la imagen corporal, las expectativas sociales sobre la apariencia física pueden

influir en la manera en que las personas valoran su propio cuerpo. (Vasconcelos, Carrito, & Quinta, 2024).

2.3.3. Relaciones afectivas y vínculos interpersonales

La dimensión relacional de la sexualidad trasciende el acto biológico para posicionarse en el ámbito del encuentro con el otro, la naturaleza, calidad y madurez de los vínculos afectivos influyen directamente en la salud mental y emocional de los individuos (Chenche García, Llaguno Bajaña, Contreras Cruz, & Rivera Silva, 2023).

Teoría del Apego y su impacto en las relaciones adultas

Los patrones de apego desarrollados durante la infancia con los cuidadores primarios tienden a replicarse en las relaciones de pareja adultas (Valarezo Bravo, Guzmán González, & Garrido Rojas, 2024):

1. **Apego Seguro** (Valarezo Bravo, Guzmán González, & Garrido Rojas, 2024)**:**
    - Características: Confianza mutua, facilidad para expresar emociones, comodidad con la intimidad y la autonomía.
    - Impacto en la sexualidad: Fomenta una sexualidad comunicativa, placentera y abierta a la negociación de prácticas seguras.
2. **Apego Ansioso / Preocupado** (Valarezo Bravo, Guzmán González, & Garrido Rojas, 2024)**:**
    - Características: Hipervigilancia, temor constante al abandono, necesidad compulsiva de aprobación y dependencia emocional.
    - Impacto en la sexualidad: Se puede utilizar el sexo como una herramienta de retención afectiva o validación personal, aumentando la vulnerabilidad a sufrir coerción.
3. **Apego Evitativo** (Valarezo Bravo, Guzmán González, & Garrido Rojas, 2024)**:**
    - Características: Distanciamiento emocional, incomodidad con la intimidad profunda, excesiva autosuficiencia defensiva.
    - Impacto en la sexualidad: Disociación entre el acto físico y la afectividad, priorizando encuentros ocasionales o manteniendo barreras emocionales continuas.

Dimensiones de las relaciones afectivas saludables

Para que una relación afectivo-sexual favorezca la salud psicosocial de los involucrados, debe sustentarse sobre pilares éticos y relacionales fundamentales (Díaz Monsalve, 2025):

Pilar Relacional	Descripción Clínica / Operativa	Consecuencia en la Salud Sexual
Consentimiento Entusiasta y Continuo	Acuerdo explícito, libre, voluntario y revocable en todo momento para cualquier práctica sexual.	Previene la violencia sexual, el abuso y las dinámicas de dominación.
Comunicación Asertiva	Capacidad de expresar deseos, fantasías, límites e inquietudes con claridad y respeto.	Previene disfunciones, mejora la satisfacción mutua y facilita la prevención de ITS.
Reciprocidad y Equidad	Distribución equilibrada del poder y atención mutua al bienestar físico y emocional del otro.	Erradica relaciones verticales, dominantes o basadas en la sumisión.
Respeto a la Autonomía	Reconocimiento del otro como un ser independiente con derecho a su individualidad.	Evita el aislamiento social, los celos patológicos y el control coercitivo.

2.3.4. Desarrollo de la identidad sexual

La identidad sexual comprende la percepción y el sentido de identificación que una persona desarrolla respecto de aspectos relacionados con su sexualidad, su construcción se encuentra vinculada con el desarrollo individual y con las experiencias sociales, culturales y relacionales (Rocha Sánchez, 2022).

La identidad constituye un proceso dinámico y puede adquirir diferentes significados a lo largo del curso de vida, durante la adolescencia, el proceso de autoconocimiento puede intensificarse debido a las transformaciones corporales, emocionales y sociales propias de esta etapa (Ávila Huerta, 2023).

Es importante diferenciar la identidad sexual de otros conceptos relacionados con la sexualidad, la identidad de género, la orientación sexual, la expresión de género y las características sexuales son dimensiones conceptualmente diferentes, aunque pueden interactuar en la experiencia individual de la sexualidad (Ávila Huerta, 2023).

La identidad de género se refiere al sentido interno de identificación de una persona respecto del género, la orientación sexual se relaciona con los patrones de atracción sexual, afectiva o romántica que una persona puede experimentar, la expresión de género corresponde a las formas mediante las cuales una persona manifiesta socialmente aspectos relacionados con su género, por lo tanto, estos conceptos no deben utilizarse como sinónimos (Rocha Sánchez, 2022).

Desde la perspectiva del desarrollo humano, la construcción de la identidad requiere espacios que permitan el autoconocimiento, la reflexión y la expresión sin discriminación ni violencia, la educación sexual debe proporcionar conceptos científicamente fundamentados que permitan comprender la diversidad de experiencias humanas y evitar la estigmatización (Pereira-Afonso, Fernández-Cézar, & Lopezosa-Villajos, 2025).

El desarrollo de la identidad sexual no debe interpretarse como un proceso necesariamente lineal o idéntico para todas las personas, existen diferencias individuales en el momento, ritmo y forma en que cada persona comprende y expresa aspectos de su sexualidad (Rocha Sánchez, 2022).

2.3.5. Influencia de la familia, pares y entorno social

El desarrollo psicoemocional y sexual ocurre dentro de un contexto social, desde las primeras etapas de la vida, la familia, los pares, las instituciones educativas, los medios de comunicación y otros espacios de socialización transmiten conocimientos, valores, normas y expectativas relacionadas con el cuerpo, las relaciones interpersonales y la sexualidad (Janeta Patiño & Bonilla González, 2024).

La familia constituye uno de los primeros espacios de aprendizaje social, las actitudes familiares hacia el cuerpo, las emociones, las relaciones y la sexualidad pueden influir en la manera en que niñas, niños y adolescentes interpretan estos aspectos, una comunicación familiar abierta, respetuosa y basada en información científica puede facilitar la búsqueda de orientación y favorecer comportamientos de autocuidado (Janeta Patiño & Bonilla González, 2024).

La ausencia de comunicación o la transmisión de información incorrecta puede generar dudas y dificultades para identificar fuentes confiables, por ello, el diálogo familiar sobre sexualidad debe adaptarse a la edad y al nivel de desarrollo, utilizar información apropiada y evitar mensajes basados exclusivamente en miedo, estigma o desinformación (Castillo Nuñez, Cevallos Neira, Arpi Becerra, & López Alvarado, 2024).

Los pares adquieren una importancia progresiva durante la adolescencia, las amistades y los grupos de pertenencia proporcionan espacios para compartir experiencias, opiniones y preocupaciones, la influencia de los pares puede favorecer comportamientos saludables, pero también puede generar presión para adoptar determinadas conductas, el desarrollo de habilidades para analizar información y tomar decisiones autónomas permite disminuir la influencia negativa de la presión grupal (Castillo Nuñez, Cevallos Neira, Arpi Becerra, & López Alvarado, 2024).

El entorno social y cultural también participa en la construcción de significados relacionados con la sexualidad, las normas sociales, las tradiciones, los valores culturales y las representaciones sobre los roles de género pueden influir en las expectativas que las personas desarrollan respecto de las relaciones y comportamientos sexuales (Castillo Nuñez, Cevallos Neira, Arpi Becerra, & López Alvarado, 2024).

Los medios de comunicación y las plataformas digitales constituyen actualmente importantes fuentes de información sobre sexualidad, su influencia puede ser positiva cuando facilitan el acceso a información científica y servicios de orientación; sin embargo, también pueden difundir información falsa, estereotipos, representaciones idealizadas de los cuerpos y concepciones inadecuadas sobre las relaciones afectivas y sexuales, por ello, la alfabetización mediática y digital constituye un componente relevante de la educación sexual contemporánea (Fonseca Tumbaco, Palacios Távara, Gómez Ramos, & Vera Pesantes, 2025).

2.4. Diversidad sexual y de género

La diversidad sexual y de género comprende la variedad de experiencias, identidades, expresiones y orientaciones que forman parte de la experiencia humana, cuyo reconocimiento permite desarrollar una atención profesional ética, inclusiva y basada en los derechos humanos, especialmente en los servicios de enfermería, donde el cuidado debe considerar las características, necesidades y preferencias de cada persona sin establecer juicios sobre su identidad, expresión de género u orientación sexual (Magallanes Moreira, 2026).

El modelo binario tradicional establece una correspondencia rígida entre el sexo asignado al nacer, la identidad y expresión de género, los roles de género y la heterosexualidad como norma, por lo que resulta insuficiente para comprender la diversidad de experiencias presentes en la población, de ahí que la atención profesional requiera reconocer las distintas formas en que las personas viven y expresan su sexualidad y género, evitando estigmatización, discriminación y prácticas que puedan afectar su dignidad o limitar su acceso a una atención respetuosa (Magallanes Moreira, 2026).

El cuidado de enfermería debe superar los sesgos heteronormativos y cisnormativos que pueden estar presentes en las prácticas y estructuras institucionales, incorporando un enfoque de diversidad que reconozca las distintas formas en que las personas viven y expresan su sexualidad y género, de manera que las intervenciones se desarrollen libres de estigmatización y discriminación, respondan a las necesidades particulares de cada persona y contribuyan al bienestar físico, mental y social. (Cordero Campo & Perea Cuestay, 2025).

2.4.1. Identidad de género y expresión de género

La identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual que una persona tiene respecto de su género y puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer, constituye una dimensión de la identidad personal que debe diferenciarse de las características sexuales, la orientación sexual y la expresión de género (De la Maza, 2021).

La expresión de género corresponde a la manera en que una persona manifiesta socialmente aspectos relacionados con su género, puede incluir elementos como la vestimenta, apariencia, comportamiento, formas de comunicación o presentación personal, la expresión de género no determina necesariamente la identidad de género ni la orientación sexual (Rocha Sánchez, 2022).

La diferenciación entre estos conceptos resulta fundamental para la educación y la atención sanitaria, una persona puede presentar una determinada identidad de género independientemente de la manera en que otros interpreten su apariencia o expresión, por ello, las características externas no deben utilizarse para realizar suposiciones sobre la identidad de una persona (Rocha Sánchez, 2022).

El reconocimiento adecuado de la identidad de género constituye un componente del trato digno y respetuoso en los servicios de salud, por lo que la comunicación profesional debe evitar expresiones despectivas, estereotipos o juicios relacionados con la apariencia, la identidad o la forma de expresión de las personas usuarias (Magallanes Moreira, 2026).

La comprensión de la identidad y expresión de género también permite reconocer que las experiencias individuales se encuentran influenciadas por factores sociales y culturales, debido a que las expectativas relacionadas con el género pueden variar entre sociedades y grupos y transformarse a lo largo del tiempo, por lo que su abordaje requiere considerar la diversidad de experiencias y contextos en los que se desarrolla cada persona (Rocha Sánchez, 2022).

2.4.2. Orientación sexual y diversidad afectivo-sexual

La orientación sexual se refiere a los patrones de atracción sexual, afectiva o romántica que una persona puede experimentar hacia otras personas, incluyendo, entre otras, la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad, mientras que algunas personas pueden no experimentar atracción sexual o describir sus experiencias mediante otros términos (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

La orientación sexual constituye una dimensión diferente de la identidad de género, por lo que conocer la identidad de género de una persona no permite determinar su orientación sexual, del mismo modo que la orientación sexual no permite establecer cuál es su identidad de género (Gasch Gallén, Rodríguez Arenas, & Tomás Aznar, 2023).

La diversidad afectivo-sexual comprende las diferentes formas en que las personas experimentan la atracción, establecen vínculos afectivos y desarrollan relaciones interpersonales, cuyas características pueden variar de acuerdo con las experiencias individuales y deben comprenderse considerando el contexto personal, social y cultural de cada persona (Gasch Gallén, Rodríguez Arenas, & Tomás Aznar, 2023).

El reconocimiento de esta diversidad tiene implicaciones importantes para la atención de la salud sexual, debido a que las necesidades de prevención y cuidado no deben establecerse exclusivamente a partir de categorías identitarias, sino considerar las prácticas, conductas, antecedentes y necesidades concretas de cada persona para proporcionar una atención pertinente y respetuosa (Gasch Gallén, Rodríguez Arenas, & Tomás Aznar, 2023).

La promoción de la salud sexual debe proporcionar información relacionada con la prevención de infecciones de transmisión sexual, los métodos de protección, la salud reproductiva, el consentimiento, las relaciones saludables y el acceso a los servicios, independientemente de la orientación sexual o identidad de género de la persona, mientras que el lenguaje utilizado por los profesionales constituye un elemento fundamental de la atención, debido a que una comunicación respetuosa facilita la expresión de información relevante sobre la salud y las prácticas de cada persona y contribuye a realizar una valoración más adecuada de sus necesidades (Morales Sánchez, Alfaro Abellanas, Marzo Beltrol, & Ortega Poza, 2025).

2.4.3. Diversidad de experiencias y vivencias de la sexualidad

La vivencia de la sexualidad abarca una amplia gama de comportamientos, expresiones y configuraciones relacionales que pueden variar según el ciclo vital, las capacidades funcionales, el contexto sociocultural y las decisiones personales, por lo que su abordaje requiere respeto a la diversidad y reconocimiento de las necesidades individuales (Asociación Mundial para la Salud Sexual, 2024).

Prácticas y modelos relacionales no convencionales (Asociación Mundial para la Salud Sexual, 2024):

- Diversidad de prácticas sexuales: Incorporación de juguetes sexuales, prácticas BDSM consensuadas y juegos de roles. El rol de enfermería frente a estas prácticas es garantizar la consejería sobre reducción de riesgos y daños sin juzgar.
- Estructuras relacionales no monogámicas consensuadas: Formas de vinculación como el poliamor, la no monogamia ética o las relaciones abiertas. El equipo sanitario debe evitar presunciones de monogamia normativa durante las valoraciones familiares.

Sexualidad en poblaciones específicas

Población / Contexto	Peculiaridades de la Vivencia Sexual	Enfoque de Cuidado de Enfermería

Personas con Discapacidad	Históricamente infantilizadas o desexualizadas. Experimentan limitaciones físicas o cognitivas para expresar su deseo.	Promover el derecho al placer, asesorar sobre posturas ergonómicas, adaptaciones y estimulación de zonas erógenas alternativas.
Adultos Mayores	Mitos sobre la asexuación en la vejez. Cambios fisiológicos (sequedad vaginal, disfunción eréctil) impactan el desempeño.	Ofrecer educación sobre lubricantes, alternativas eróticas no penetrativas y prevención de ITS en la tercera edad.
Personas con Condiciones Intersexuales	Divergencia en la anatomía sexual o cromosómica respecto a patrones típicos de masculino o femenino.	Velar por la integridad corporal, evitando cirugías estéticas mutilantes no consentidas en la infancia y ofreciendo apoyo interdisciplinario.

2.4.4. Estigma, discriminación y barreras de acceso a los servicios de salud

El estigma comprende procesos sociales mediante los cuales determinadas características o condiciones son asociadas con percepciones negativas, prejuicios o desvalorización, especialmente cuando se relacionan con la sexualidad o el género, pudiendo generar experiencias de rechazo, aislamiento, violencia o discriminación (Alarcón San Migue, Ochoa Loayza, & Trujillo Loja, 2026).

La discriminación ocurre cuando una persona recibe un trato desfavorable o desigual debido a una determinada característica, en el ámbito sanitario puede manifestarse mediante actitudes prejuiciosas, lenguaje inapropiado, negación injustificada de servicios, falta de confidencialidad o dificultades para recibir una atención adecuada, constituyendo importantes barreras de acceso a los servicios de salud, mientras que el temor a ser juzgado, la preocupación por la confidencialidad o las experiencias negativas previas pueden disminuir la disposición de algunas personas a buscar atención sanitaria (Alarcón San Migue, Ochoa Loayza, & Trujillo Loja, 2026).

Las barreras también pueden ser institucionales, debido a la ausencia de capacitación del personal, formularios o sistemas de información que no contemplan adecuadamente la diversidad, protocolos insuficientes o prácticas administrativas poco inclusivas, situaciones que pueden dificultar una atención apropiada y limitar el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, planificación reproductiva, consejería y atención de la salud sexual (Alarcón San Migue, Ochoa Loayza, & Trujillo Loja, 2026).

El estigma también puede afectar la comunicación entre el usuario y el profesional, ya que cuando una persona percibe un ambiente de juicio o rechazo puede omitir información relevante para la valoración clínica, lo que limita la identificación de factores de riesgo y dificulta la planificación de intervenciones adecuadas (Alarcón San Migue, Ochoa Loayza, & Trujillo Loja, 2026).

La reducción de estas barreras requiere intervenciones institucionales y profesionales orientadas a garantizar una atención accesible, confidencial, respetuosa y libre de discriminación, donde la formación del personal sanitario constituya un componente esencial, particularmente en aspectos relacionados con diversidad sexual y de género, comunicación terapéutica, derechos humanos y competencias culturales.

2.5. Abordaje desde enfermería del desarrollo sexual

El abordaje del desarrollo sexual desde la enfermería integra los fundamentos científicos con acciones de cuidado orientadas a responder de manera integral a las necesidades de las personas, considerando que la sexualidad constituye una dimensión fundamental de la salud y se manifiesta a lo largo de las diferentes etapas del curso de vida, por lo que la actuación profesional requiere una perspectiva científica, humanizada, ética y libre de prejuicios morales o culturales (Morales Sánchez, Alfaro Abellanas, Marzo Beltrol, & Ortega Poza, 2025).

A través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el profesional identifica las necesidades que pueden presentarse durante las diferentes etapas del desarrollo, valora integralmente los factores protectores y de riesgo, orienta estrategias educativas adaptadas a las características de cada persona y emplea técnicas de comunicación terapéutica que favorecen el empoderamiento, la prevención y la toma de decisiones informadas (Morales Sánchez, Alfaro Abellanas, Marzo Beltrol, & Ortega Poza, 2025).

2.5.1. Educación y orientación según la etapa del desarrollo

La educación sexual debe responder a las características y necesidades propias de cada etapa del desarrollo, por lo que los contenidos, el lenguaje, las estrategias educativas y la profundidad de la información deben adaptarse a la edad, el nivel de maduración, la capacidad de comprensión y las necesidades identificadas en cada persona (Organización Mundial de la Salud, 2026).

Durante la infancia, la educación sexual debe orientarse al conocimiento básico del cuerpo, la identificación de sus partes mediante una terminología adecuada, el reconocimiento y expresión de las emociones, el desarrollo progresivo de habilidades de autocuidado, el respeto por la privacidad corporal y el establecimiento de límites personales, incorporando además herramientas que permitan reconocer situaciones inapropiadas, expresar incomodidad y solicitar ayuda de personas adultas de confianza (Organización Mundial de la Salud, 2026).

Durante la pubertad y la adolescencia, adquieren especial relevancia los cambios físicos y hormonales propios de esta etapa, así como la menstruación, la espermatogénesis, la construcción de la imagen corporal, el reconocimiento y manejo de las emociones, las relaciones interpersonales, el consentimiento, la prevención de las infecciones de transmisión sexual, la prevención del embarazo y el acceso oportuno a los servicios de salud sexual y reproductiva (Organización Mundial de la Salud, 2026).

En la adultez, la educación sexual puede orientarse hacia la planificación reproductiva, la prevención de infecciones de transmisión sexual, el cuidado de la salud sexual, el establecimiento de relaciones afectivas saludables, la maternidad y paternidad responsables, la prevención de la violencia y el fortalecimiento de prácticas de autocuidado que contribuyan al bienestar integral (Organización Mundial de la Salud, 2026).

Durante la adultez mayor, la educación debe reconocer que la sexualidad continúa formando parte del bienestar y la calidad de vida, por lo que puede abordar los cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento, la salud sexual, la intimidad, las relaciones afectivas, el efecto de determinados medicamentos sobre la función sexual y la prevención de infecciones de transmisión sexual, considerando las necesidades y circunstancias particulares de cada persona (Organización Mundial de la Salud, 2026).

La orientación en cada etapa debe sustentarse en información científica, clara y comprensible, evitando mensajes basados en el miedo, los prejuicios o los estereotipos, mientras que el profesional de enfermería debe verificar la comprensión de los contenidos proporcionados y generar espacios que permitan a la persona formular preguntas, expresar sus inquietudes y participar activamente en el proceso educativo (Organización Mundial de la Salud, 2026).

2.5.2. Identificación de necesidades y factores de riesgo

La identificación de necesidades constituye una etapa fundamental del cuidado de enfermería y, en relación con el desarrollo sexual, requiere una valoración integral orientada a reconocer factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que puedan influir en la salud sexual y reproductiva (Muñiz Ceballos, Larripa Romeo, & Samper Camparola, 2022).

Entre las necesidades que pueden identificarse se encuentran aquellas relacionadas con el conocimiento del cuerpo, los cambios propios de la pubertad, la higiene y el autocuidado, la salud menstrual, la anticoncepción, la prevención de infecciones de transmisión sexual, las relaciones afectivas, el consentimiento, la orientación sobre los servicios de salud y la prevención de la violencia, por lo que la valoración debe realizarse de manera individualizada, considerando que las personas presentan diferentes necesidades y no requieren necesariamente las mismas estrategias educativas, de modo que el profesional debe evitar asumir comportamientos, prácticas o necesidades a partir de la edad, la apariencia, el estado civil, la identidad de género o la orientación sexual (Muñiz Ceballos, Larripa Romeo, & Samper Camparola, 2022).

Entre los factores que pueden incrementar la vulnerabilidad en materia de salud sexual se encuentran (Brenes, Zapata, & Castro, 2026):

- Falta de información científica sobre sexualidad.
- Dificultades para acceder a servicios de salud.
- Barreras económicas, geográficas o socioculturales.
- Estigma y discriminación.
- Presencia de violencia o coerción.
- Relaciones caracterizadas por desigualdad o falta de respeto.
- Dificultades para establecer límites personales.

- Falta de redes de apoyo.
- Prácticas sexuales que incrementen el riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- Falta de acceso o uso inadecuado de métodos anticonceptivos cuando existe riesgo de embarazo.
- Consumo de sustancias que pueda interferir con la capacidad de tomar decisiones.
- Problemas relacionados con la salud mental o el bienestar emocional que interfieran con el autocuidado.

La identificación de estos factores no debe realizarse desde una perspectiva de culpabilización, sino con el propósito de reconocer condiciones que puedan requerir educación, orientación, acciones preventivas o derivación a otros profesionales, por lo que la valoración de enfermería debe desarrollarse bajo principios de privacidad y confidencialidad, mientras que las preguntas relacionadas con la sexualidad deben ser pertinentes al motivo de consulta o a las necesidades de cuidado identificadas, formularse mediante un lenguaje profesional y respetuoso y realizarse en un ambiente que favorezca la seguridad, la confianza y la expresión libre de la persona (Brenes, Zapata, & Castro, 2026).

2.5.3. Aplicación de la comunicación profesional según la etapa del desarrollo

La comunicación constituye una herramienta esencial para el cuidado de la salud sexual, debido a que la calidad de la información proporcionada y la disposición de la persona para expresar sus necesidades dependen, en gran medida, de la capacidad del profesional para establecer un ambiente basado en la confianza, el respeto y la privacidad (Cordero Campo & Perea Cuestay, 2025).

La comunicación debe adaptarse a las características y necesidades propias de cada etapa del desarrollo, por lo que en niñas y niños es necesario emplear un lenguaje sencillo, concreto y comprensible, evitando explicaciones innecesariamente complejas (75), mientras que durante la adolescencia debe favorecerse una interacción que reconozca progresivamente la autonomía, facilite la formulación de preguntas y permita abordar temas relacionados con la sexualidad sin generar juicios, intimidación o temor, en las personas adultas la comunicación debe centrarse en sus necesidades concretas y respetar sus decisiones, y en las personas adultas mayores debe evitarse asumir que la edad elimina el interés o las necesidades relacionadas con la sexualidad, reconociendo que esta dimensión forma parte del bienestar durante todo el curso de vida (Díaz Monsalve, 2025).

La comunicación profesional debe caracterizarse por (Morales Sánchez, Alfaro Abellanas, Marzo Beltrol, & Ortega Poza, 2025):

- Escucha activa. Implica prestar atención al contenido verbal y no verbal de la comunicación, permitir que la persona se exprese y evitar interrupciones innecesarias.
- Lenguaje claro. La información debe proporcionarse utilizando términos comprensibles, explicando aquellos conceptos técnicos que sean necesarios para el cuidado.
- Respeto. Las preguntas y respuestas deben formularse sin juicios, burlas, estereotipos o expresiones que puedan generar vergüenza.
- Privacidad. Los temas relacionados con sexualidad deben abordarse en condiciones que protejan la intimidad de la persona.
- Confidencialidad. La información obtenida durante la atención debe manejarse conforme a los principios éticos, las normas institucionales y la legislación aplicable.
- Comunicación no directiva. La orientación profesional debe proporcionar información y alternativas fundamentadas, favoreciendo que la persona participe en las decisiones relacionadas con su salud.
- Verificación de la comprensión. Es necesario comprobar que la persona haya comprendido la información proporcionada, especialmente cuando se abordan métodos anticonceptivos, prevención de infecciones, tratamientos o medidas de autocuidado.

En el caso de los adolescentes, la comunicación requiere especial atención, debido a que debe establecerse un equilibrio entre la participación de la familia cuando corresponda y el reconocimiento de la privacidad y la autonomía progresiva del adolescente, de acuerdo con las disposiciones legales y los protocolos aplicables, favoreciendo un espacio seguro que permita expresar dudas, necesidades e inquietudes relacionadas con su salud sexual y reproductiva (Morales Sánchez, Alfaro Abellanas, Marzo Beltrol, & Ortega Poza, 2025).

La comunicación profesional también debe reconocer la diversidad sexual y de género, evitando realizar suposiciones sobre la identidad, la orientación sexual o las relaciones de una persona a partir de su apariencia, por lo que las preguntas deben formularse de manera pertinente, respetuosa y libre de prejuicios, orientándose exclusivamente a obtener información

necesaria para la valoración y el cuidado de acuerdo con las necesidades individuales (Morales Sánchez, Alfaro Abellanas, Marzo Beltrol, & Ortega Poza, 2025).

2.5.4. Promoción de un desarrollo sexual saludable

La promoción de un desarrollo sexual saludable comprende un conjunto de intervenciones orientadas a fortalecer conocimientos, habilidades y condiciones que permitan a las personas cuidar su salud sexual y reproductiva a lo largo del curso de vida (Orden Gil, Costa Fandos, & Martín Naranjo, 2025). Desde enfermería, estas acciones deben integrar educación, prevención, orientación y acompañamiento con el propósito de favorecer la comprensión de los cambios propios del desarrollo, el reconocimiento de las necesidades individuales, la prevención de riesgos y la toma de decisiones informadas.

Entre las principales acciones de promoción se encuentran (Morales Sánchez, Alfaro Abellanas, Marzo Beltrol, & Ortega Poza, 2025):

- Proporcionar educación científica sobre anatomía, fisiología y desarrollo sexual.
- Orientar sobre los cambios físicos y emocionales propios de las diferentes etapas de la vida.
- Promover el conocimiento y cuidado del propio cuerpo.
- Fortalecer habilidades para la toma de decisiones responsables.
- Promover relaciones interpersonales basadas en respeto y reciprocidad.
- Educar sobre consentimiento y establecimiento de límites.
- Prevenir infecciones de transmisión sexual.
- Orientar sobre métodos anticonceptivos y planificación reproductiva.
- Identificar oportunamente situaciones de violencia, coerción o abuso.
- Facilitar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Promover la búsqueda de información en fuentes científicas y confiables.
- Fortalecer la participación de la familia y la comunidad cuando resulte pertinente.
- Favorecer la continuidad del cuidado y la referencia oportuna a otros profesionales.

La promoción de un desarrollo sexual saludable debe considerar que la salud sexual no depende únicamente de las decisiones individuales, sino que también está relacionada con las condiciones sociales, económicas, culturales y sanitarias en las que viven las personas, por ello, las intervenciones de enfermería deben reconocer las barreras de acceso a la información y los

servicios, así como las condiciones que pueden incrementar la vulnerabilidad. (Morales Sánchez, Alfaro Abellanas, Marzo Beltrol, & Ortega Poza, 2025).

Capítulo III.- Derechos Sexuales y Reproductivos

Dra. Yasmin Alejandra Castillo Merino, PhD.[4]
IRM. Melanie Elizabeth Catuto Villegas[5]

3.1. Marco legal nacional e internacional

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte del conjunto de derechos humanos y se relacionan directamente con la dignidad, la autonomía, la igualdad, la integridad personal y el derecho a la salud, su reconocimiento permite comprender que las decisiones relacionadas con el propio cuerpo, la sexualidad y la reproducción deben desarrollarse dentro de condiciones que garanticen libertad, información, seguridad, respeto y ausencia de discriminación (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En la atención de salud, tiene un gran impacto, toda vez que su ejercicio requiere el acceso efectivo a servicios de salud, información científica, educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y atención integral, por ello, la protección de los derechos sexuales y reproductivos no corresponde exclusivamente al ámbito jurídico, sino que constituye también una responsabilidad de los sistemas de salud y de los profesionales que participan en la atención (Tarragato, Mazarrasa, & Sara, 2025).

En Ecuador, el reconocimiento y protección de estos derechos se fundamenta principalmente en la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de Salud, la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y demás normas, políticas y disposiciones relacionadas con la atención sanitaria y la protección de derechos.

El marco nacional se complementa con los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado ecuatoriano, siendo así que el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos consideran tanto las obligaciones constitucionales y legales nacionales como los compromisos internacionales asumidos por Ecuador.

[4] Universidad Estatal del Sur de Manabí, Email: yasmin.castillo@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1442-1725
[5] Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Email: melanie.catuto30@gmail.com, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3781-9530

3.1.1. Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos

Los derechos sexuales comprenden aquellos relacionados con la posibilidad de vivir y expresar la sexualidad de manera libre, informada, segura y responsable, respetando la dignidad y los derechos de las demás personas, incluyen aspectos relacionados con la autonomía corporal, la privacidad, el consentimiento, la información y el acceso a servicios de salud sexual (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Los derechos reproductivos, por su parte, se relacionan con la capacidad de las personas para tomar decisiones libres e informadas respecto de su reproducción, esto incluye, entre otros aspectos, decidir de manera responsable sobre la maternidad o paternidad, acceder a información y servicios de salud reproductiva y recibir atención adecuada durante los procesos relacionados con la reproducción. Los derechos sexuales y derechos reproductivos constituyen una categoría fundamental dentro del marco general de los derechos humanos, estos derechos garantizan el ejercicio autónomo, libre y responsable de la sexualidad y la reproducción de todas las personas, sin discriminación, coerción ni violencia (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

El reconocimiento formal de esta categoría de derechos se consolida a través del principio de autonomía corporal y del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, los derechos sexuales contemplan la facultad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, la orientación sexual, la identidad de género y el ejercicio de la vida sexual, los derechos reproductivos abarcan la libertad de decidir de manera informada sobre el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a los medios e información necesarios para ejercer dicha decisión (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2021).

3.1.2. Marco internacional de protección

El reconocimiento internacional de los derechos sexuales y reproductivos se encuentra relacionado con diferentes instrumentos del sistema universal e interamericano de derechos humanos, estos instrumentos han contribuido al desarrollo de principios vinculados con la igualdad, la no discriminación, el derecho a la salud, la privacidad, la integridad y la autonomía (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2021).

Entre los principales instrumentos internacionales que sirven de referencia se encuentran:

- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994): Estableció el paradigma que vincula los derechos reproductivos con la salud, el desarrollo y la equidad de género (Naciones Unidas, 1994).
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekín, 1995): Reafirmó la autonomía de las mujeres respecto al control de su sexualidad y reproducción (Naciones Unidas, 1995).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW): Impone compromisos vinculantes para eliminar barreras en el acceso a servicios de atención médica y planificación familiar (Naciones Unidades, 1979).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC): Consagra el derecho a la salud mediante la Observación General No. 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013): Instrumento regional intergubernamental que prioriza la salud e integralidad de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2013).

En Ecuador, estos instrumentos tienen importancia por su incorporación al sistema jurídico nacional conforme a las disposiciones constitucionales correspondientes, por ello, el personal de salud debe comprender que la protección de los derechos sexuales y reproductivos forma parte de un marco de derechos humanos que supera la perspectiva exclusivamente asistencial.

3.1.3. Marco constitucional y legal ecuatoriano

En Ecuador, la Constitución de la República constituye la norma fundamental para la protección de los derechos relacionados con la salud, igualdad, integridad, autonomía y vida reproductiva (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

El artículo 32 reconoce la salud como un derecho que debe garantizarse mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, así como mediante el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, el texto constitucional también reconoce derechos relacionados con la integridad personal, la igualdad y la no discriminación, la intimidad personal y familiar,

y la libertad para tomar decisiones sobre la vida sexual y reproductiva (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

El artículo 66 reconoce diversos derechos vinculados con la libertad, integridad, igualdad, intimidad y decisiones relacionadas con la sexualidad y reproducción, la Constitución establece expresamente el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre la salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener, asimismo, el orden constitucional ecuatoriano reconoce la obligación estatal de formular y ejecutar políticas destinadas a promover la igualdad y prevenir diferentes formas de violencia y discriminación (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

La Ley Orgánica de Salud constituye otro componente fundamental del marco nacional, esta normativa establece disposiciones relacionadas con la protección de la salud, la atención integral, la promoción, prevención y prestación de servicios sanitarios, incluyendo aspectos vinculados con la salud sexual y reproductiva (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres establece mecanismos de prevención, atención, protección y reparación frente a diferentes formas de violencia, su aplicación resulta particularmente importante en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, debido a la relación existente entre violencia, salud física y mental, integridad y autonomía (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018).

También debe considerarse la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, debido a que la atención sanitaria implica el tratamiento de información personal y, particularmente, de datos relacionados con la salud, que requieren medidas especiales de protección, la confidencialidad constituye un elemento esencial de la relación entre los usuarios y los profesionales sanitarios (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).

El marco jurídico ecuatoriano se complementa con reglamentos, normas técnicas, protocolos, políticas públicas y disposiciones emitidas por las autoridades competentes. Estos instrumentos permiten trasladar los principios constitucionales y legales al funcionamiento cotidiano de los servicios de salud. Para los profesionales de enfermería, conocer este marco no significa realizar una interpretación jurídica de cada situación clínica, sino reconocer las obligaciones fundamentales que deben orientar el cuidado: respeto a la dignidad, igualdad, confidencialidad, autonomía, información, consentimiento y acceso sin discriminación.

3.1.4. Obligaciones del Estado en materia de salud sexual y reproductiva

El Estado ecuatoriano tiene la obligación de adoptar medidas que permitan garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud y de los derechos relacionados con la sexualidad y reproducción, estas obligaciones comprenden acciones de carácter legislativo, administrativo, educativo, sanitario y social (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Dimensión	Definición del estándar
Disponibilidad	Existencia de infraestructuras sanitarias, insumos anticonceptivos, medicamentos esenciales y personal de enfermería capacitado en cantidad suficiente.
Accesibilidad	Acceso a los servicios de salud sin discriminación física, geográfica ni barreras económicas, garantizando el acceso a la información confidencial.
Aceptabilidad	Respeto a la ética médica, a la diversidad cultural de las comunidades y a la sensibilidad de género en las intervenciones en salud.
Calidad	Provisión de atención basada en evidencia científica, condiciones sanitarias idóneas e insumos médicos actualizados.

En relación con niñas, niños y adolescentes, el Estado debe garantizar condiciones que permitan su desarrollo integral, acceso a información apropiada y atención de salud acorde con su etapa de desarrollo y con el marco jurídico vigente, la obligación estatal también implica reducir las desigualdades que puedan limitar el ejercicio efectivo de estos derechos, las poblaciones que enfrentan condiciones de vulnerabilidad pueden requerir medidas específicas que permitan superar barreras geográficas, económicas, culturales, sociales o institucionales (Congreso Nacional del Ecuador, 2003).

La garantía de los derechos sexuales y reproductivos requiere una respuesta articulada entre las instituciones del Estado, los servicios de salud, el sistema educativo, las familias y la sociedad, la protección jurídica constituye una condición necesaria, pero su efectividad depende de que los derechos puedan ejercerse realmente en la vida cotidiana (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

3.1.5. Derechos sexuales y reproductivos de grupos en situación de vulnerabilidad

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos exige un enfoque interseccional que considere las desigualdades y condiciones particulares de las poblaciones prioritarias, con el propósito de garantizar medidas de protección y acceso efectivo a los servicios de salud (Asamblea Nacional Constituyente, 2008):

- Niñas, niños y adolescentes: Se debe garantizar el acceso a información y educación adecuada para su edad, servicios de salud sexual y reproductiva y medidas de prevención del embarazo en adolescentes, de acuerdo con el principio del interés superior y el desarrollo progresivo de sus capacidades (Naciones Unidas, 2022).
- Mujeres en condición de pobreza y ruralidad: Es necesario reducir las barreras geográficas, económicas y sociales que pueden limitar el acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención durante el embarazo, parto y emergencias obstétricas, así como a métodos anticonceptivos (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).
- Personas con discapacidad: Debe garantizarse el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad, incluido el derecho a formar una familia y a tomar decisiones libres e informadas sobre su reproducción, evitando prácticas discriminatorias o intervenciones realizadas sin consentimiento (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).
- Población LGBTIQ+: Garantía de atención sanitaria libre de estigmatización, patologización y discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género (Naciones Unidas, 1979).
- Personas en situación de movilidad humana: Debe garantizarse el acceso a los servicios de salud sin discriminación por condición migratoria, incluyendo la atención durante el embarazo, parto, puerperio y situaciones de emergencia, así como las acciones de prevención y atención de la violencia basada en género (Asamblea Nacional del Ecuador, 2017).

Para el personal de salud, conocer este marco permite comprender que la promoción de la salud sexual y reproductiva no se limita a la transmisión de información ni a la ejecución de procedimientos, también comprende la protección de derechos, el reconocimiento de necesidades, la eliminación de barreras de acceso, la prevención de la discriminación y la

garantía de una atención digna y humanizada, de acuerdo con el marco constitucional y legal vigente en el Ecuador.

3.2. Principios de autonomía, dignidad y privacidad

Los derechos sexuales y reproductivos se sustentan en principios éticos y jurídicos que orientan la protección de la persona y la prestación de servicios de salud, entre estos principios destacan la autonomía, la dignidad humana, la privacidad, la igualdad, la no discriminación y el derecho a participar en decisiones libres e informadas (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Estos principios orientan las decisiones relacionadas con el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, las cuales forman parte de la autonomía personal, su garantía requiere que cada persona disponga de información adecuada para decidir, pueda expresar libremente sus preferencias y acceda a servicios respetuosos de su dignidad, privacidad e integridad, sin coerción, discriminación ni interferencias indebidas. (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

3.2.1. Principio de autonomía

La autonomía constituye el principio que reconoce la capacidad de las personas para participar en las decisiones relacionadas con su propia vida, su cuerpo y su salud, en el ámbito de la atención sanitaria y la salud pública, implica respetar la capacidad de cada persona para expresar sus preferencias, aceptar o rechazar determinadas intervenciones y participar activamente en las decisiones relacionadas con su cuidado, de acuerdo con el marco jurídico aplicable (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

Este principio adquiere una aplicación concreta en las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción, debido a que pueden involucrar aspectos íntimos de la vida personal, como la planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos, la continuidad o rechazo de determinadas intervenciones y las decisiones relacionadas con el embarazo, su ejercicio requiere que las personas dispongan de información suficiente, comprendan las alternativas disponibles y puedan decidir libremente, sin coerción, discriminación o interferencias indebidas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

Respetar la autonomía no significa que la persona deba tomar decisiones sin orientación profesional, por el contrario, requiere que pueda acceder a información adecuada y

comprensible que le permita valorar las alternativas disponibles, el profesional de salud tiene la responsabilidad de proporcionar información científica, explicar beneficios, riesgos y alternativas, y respetar la decisión adoptada conforme a las normas correspondientes (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

3.2.2. Autonomía y consentimiento para la toma de decisiones

El consentimiento constituye una expresión práctica del respeto a la autonomía, se refiere a la aceptación libre de una persona respecto de una intervención, procedimiento o actuación sanitaria después de recibir información pertinente y suficiente que le permita comprender aquello que se propone realizar, para que sea válido desde una perspectiva ética y jurídica debe sustentarse en información adecuada, comprensión, voluntariedad y capacidad para tomar decisiones, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Este principio resulta fundamental ante intervenciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción, debido al carácter íntimo de muchas de las decisiones y procedimientos involucrados, por ello la persona debe recibir información clara y comprensible sobre la finalidad de la intervención, sus características, beneficios, posibles riesgos y alternativas disponibles cuando correspondan, además, el consentimiento no debe entenderse como un acto exclusivamente documental, ya que aunque determinados procedimientos requieren constancia escrita conforme a la normativa institucional o legal, su esencia radica en un proceso de comunicación entre el profesional y la persona atendida que permita adoptar una decisión libre, informada y respetuosa de sus preferencias (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016).

Asimismo, el consentimiento debe ser libre. Una decisión obtenida mediante presión, amenaza, manipulación o coerción no constituye una expresión adecuada de autonomía, también debe reconocerse que el consentimiento puede retirarse, de acuerdo con las condiciones y consecuencias clínicas aplicables, la persona conserva su derecho a modificar una decisión cuando las circunstancias cambian o cuando así lo considere (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016).

En el caso de niñas, niños y adolescentes, la toma de decisiones debe abordarse considerando su edad, grado de madurez, capacidad progresiva y el marco jurídico ecuatoriano aplicable, el profesional debe proporcionar información adecuada a su nivel de comprensión y observar las disposiciones específicas relacionadas con su atención sanitaria, la participación

de familiares, representantes o responsables debe realizarse conforme a la legislación vigente y no debe utilizarse de manera automática para desconocer los derechos y capacidades progresivas de la persona menor de edad (Congreso Nacional del Ecuador, 2003).

3.2.3. Dignidad humana

La dignidad humana constituye un principio fundamental de los derechos humanos y reconoce el valor inherente de toda persona, independientemente de sus características, condiciones, decisiones, estado de salud o circunstancias sociales, por lo que su reconocimiento exige un trato respetuoso que preserve la integridad, la autonomía y los derechos de cada individuo (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

El respeto a la dignidad implica proporcionar una atención libre de humillación, estigmatización, violencia o trato degradante, de manera que las características relacionadas con el cuerpo, la sexualidad, la reproducción, la identidad o las relaciones afectivas no sean motivo de menosprecio, exclusión o trato desigual (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012). La dignidad también se relaciona con el reconocimiento de la persona como sujeto de derechos, lo que supone considerar sus necesidades, valores y preferencias durante la toma de decisiones relacionadas con su atención, dentro de los principios científicos, éticos y jurídicos que orientan la práctica sanitaria (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

En los servicios de salud, la protección de la dignidad se expresa mediante acciones fundamentales como dirigirse a la persona de manera respetuosa, explicar los procedimientos antes de realizarlos, preservar su privacidad durante la exploración física, evitar comentarios innecesarios sobre su cuerpo y facilitar un espacio en el que pueda formular preguntas y expresar inquietudes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016).

La atención de salud sexual requiere especial sensibilidad debido a que puede abordar experiencias íntimas. Comentarios despectivos, preguntas innecesarias o actitudes moralizantes pueden afectar la confianza y dificultar que la persona comunique información relevante para su cuidado. El respeto a la dignidad tampoco depende del diagnóstico o comportamiento de una persona. Toda persona conserva sus derechos y merece atención profesional, incluso cuando presente conductas que puedan incrementar determinados riesgos para su salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016).

3.2.4. Privacidad y protección de la intimidad

La privacidad abarca la esfera personal del paciente que se mantiene resguardada de la injerencia pública, mientras que la intimidad comprende las dimensiones más reservadas del individuo, incluyendo la vida afectiva, sexual y las convicciones personales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).

- **Dimensiones de protección en enfermería:**
  - Intimidad física: Adecuación de espacios cerrados y aislados visual y acústicamente durante valoraciones ginecológicas, exámenes físicos o procedimientos invasivos (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).
  - Confidencialidad de la información: Obligación ética y legal del resguardo estricto de los datos registrados en la historia clínica (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).
  - Secreto profesional: Prohibición de revelar datos clínicos a terceros o a familiares sin autorización expresa de la persona titular, salvo excepciones legales explícitas (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021).

La privacidad no constituye únicamente una exigencia administrativa, es una condición necesaria para establecer confianza entre la persona y el profesional de salud, cuando el usuario percibe que su información y su intimidad serán respetadas, existe mayor posibilidad de que comunique aspectos relevantes para una adecuada valoración y cuidado.

3.2.5. Igualdad y no discriminación

El principio de igualdad formal y sustantiva mandata que todas las personas tengan el mismo acceso y calidad de atención en el sistema de salud, de conformidad con los estándares internacionales de derechos humanos (Naciones Unidas, 2022).

Eje de Análisis	Manifestación en la Atención Sanitaria
No Discriminación	Prohibición explícita de brindar un trato diferenciado negativo por motivos de edad, raza, etnia, género, orientación sexual, identidad de género, condición socioeconómica o estado de salud (p. ej., diagnóstico de VIH).

Igualdad Sustantiva	Aplicación de ajustes razonables para erradicar las barreras institucionales, lingüísticas, físicas y culturales que impiden la equidad en el acceso a la atención médica de grupos históricamente excluidos.

En el ámbito de la enfermería, el principio de igualdad y no discriminación se concreta en proporcionar un cuidado respetuoso y basado en las necesidades de cada persona, independientemente de sus características individuales.

3.2.6. Toma de decisiones libres e informadas

La toma de decisiones libres e informadas impone al equipo de salud la obligación imperativa de suministrar información rigurosa, comprensible, oportuna, basada en la evidencia científica actual y desprovista de sesgos éticos, religiosos o culturales (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

- **Criterios de la información sanitaria adecuada:**
  - Imparcialidad: Presentación completa de opciones anticonceptivas y terapéuticas sin direccionamiento u omisión deliberada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016).
  - Accesibilidad lingüística: Uso de lenguaje adaptado al nivel educativo y sociocultural del paciente, apoyado en traductores o intérpretes si existen barreras idiomáticas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016).
  - Temporalidad: Suministro de información previo al procedimiento para otorgar un período de deliberación adecuado al usuario (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016).

Debe distinguirse entre proporcionar información y ejercer influencia indebida, la orientación profesional debe basarse en evidencia científica y en las necesidades de salud identificadas, evitando imponer preferencias personales o valores particulares sobre las decisiones del usuario (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016).

3.3. Acceso a servicios de salud sexual

El acceso a los servicios relacionados con la sexualidad y la reproducción constituye un componente fundamental del ejercicio efectivo del derecho a la salud, cuyo reconocimiento en

el ordenamiento jurídico adquiere sentido cuando las personas pueden acceder de manera efectiva a prestaciones que respondan a sus necesidades, en condiciones de oportunidad, calidad, seguridad, respeto y confidencialidad (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

En Ecuador, el acceso a estos servicios se vincula con el derecho constitucional a la salud y con las disposiciones establecidas en la normativa sanitaria nacional, por lo que las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud deben contribuir a reducir y eliminar las barreras que puedan impedir o dificultar que la población reciba una atención adecuada y oportuna (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

El acceso efectivo no depende únicamente de la existencia física de un establecimiento sanitario, sino también de que los servicios sean geográfica y económicamente accesibles, culturalmente aceptables, técnicamente adecuados y capaces de brindar una atención oportuna, segura y de calidad (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

3.3.1. Derecho a recibir atención integral en salud sexual y reproductiva

El derecho a recibir atención integral en salud sexual y reproductiva implica que las personas puedan acceder a servicios que atiendan las diferentes dimensiones de su salud, considerando aspectos físicos, psicológicos, sociales y reproductivos, la atención integral debe superar una visión exclusivamente curativa, la promoción de la salud y la prevención constituyen componentes esenciales, particularmente en un ámbito donde la educación, la información y la identificación temprana de riesgos pueden contribuir significativamente al bienestar de las personas (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

Dentro de la atención integral pueden incluirse acciones relacionadas con:

- Educación para la salud sexual y reproductiva.
- Consejería y orientación.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- Planificación familiar.
- Información y acceso a métodos anticonceptivos conforme a la normativa vigente.
- Atención relacionada con la salud menstrual.
- Atención durante el embarazo, parto y puerperio.

- Atención de problemas relacionados con la salud sexual.
- Prevención, identificación y atención de situaciones de violencia sexual y de género.
- Atención diferenciada según las necesidades de las diferentes etapas del curso de vida.
- Referencia y seguimiento cuando se requiera atención especializada (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

La integralidad demanda, asimismo, un principio de continuidad; por consiguiente, el paciente no debe limitarse a recibir intervenciones aisladas cuando su condición clínica requiere seguimiento, referencia o coordinación interinstitucional entre los distintos niveles de atención.

3.3.2. Accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud

La efectividad de los servicios de salud sexual y reproductiva se evalúa bajo los cuatro criterios interrelacionados fijados por la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales., 2000):

- **Disponibilidad:** Presencia continua de un número suficiente de establecimientos de salud, infraestructura técnica, insumos farmacéuticos (métodos anticonceptivos, kits de profilaxis post-exposición, insumos obstétricos) y talento humano capacitado en enfermería en todo el territorio (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales., 2000).
- **Accesibilidad:** Eliminación de barreras en cuatro dimensiones de equidad:
    - No discriminación: Cobertura equitativa para toda la población.
    - Accesibilidad física: Cercanía geográfica de las unidades asistenciales y adecuación arquitectónica.
    - Accesibilidad económica: Gratuidad o costos asequibles de servicios e insumos.
    - Accesibilidad a la información: Difusión del conocimiento sobre los servicios disponibles de manera transparente (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales., 2000).

- **Aceptabilidad:** Adecuación de las prestaciones al respeto de la ética médica, a la pertinencia intercultural de las comunidades y a la sensibilidad de género en los procedimientos asistenciales (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales., 2000).
- **Calidad:** Garantía de atención basada en la evidencia científica actualizada, con profesionales calificados, infraestructura higiénica adecuada y equipamiento en condiciones óptimas de funcionamiento (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales., 2000).

3.3.3. Derecho a recibir información clara, suficiente y basada en evidencia

El acceso a la información en salud sexual y reproductiva constituye un requisito fundamental para el ejercicio de la autonomía personal, este derecho mandata la entrega de contenidos exentos de prejuicios morales, mitos, creencias religiosas o valoraciones subjetivas por parte del equipo asistencial (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

Requisito Informativo	Dimensión Operativa en Enfermería
Suficiencia	Exposición detallada del mecanismo de acción, eficacia, modo de uso, efectos secundarios y contraindicaciones de cada opción terapéutica o anticonceptiva.
Claridad	Decodificación del lenguaje clínico especializado a expresiones comprensibles, adaptadas al nivel sociocultural y lingüístico del usuario.
Sustento Científico	Empleo estricto de guías de práctica clínica internacionales y nacionales respaldadas por la evidencia para la orientación en salud.

3.3.4. Acceso sin discriminación y con enfoque de equidad

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva debe garantizarse sin discriminación, todas las personas tienen derecho a recibir atención digna, respetuosa y basada en sus necesidades de salud, independientemente de sus características personales o condiciones sociales (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

Sin embargo, garantizar igualdad no significa desconocer las diferencias existentes entre las personas y las comunidades, el enfoque de equidad reconoce que determinados grupos pueden enfrentar mayores barreras y, por ello, pueden requerir medidas específicas para alcanzar condiciones efectivas de acceso (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

El principio de no discriminación y el enfoque de equidad orientan la eliminación de tratos diferenciados injustificados en la prestación de servicios sanitarios, la aplicación de este enfoque reconoce las brechas estructurales de desigualdad que afectan la salud sexual y reproductiva de la población (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

- Interseccionalidad: Reconocimiento de cómo la convergencia de variables (edad, etnia, pobreza, discapacidad, estatus migratorio, identidad de género) incrementa el grado de vulnerabilidad frente al sistema de salud.
- Equidad en el acceso: Implementación de acciones afirmativas e intervenciones diferenciadas dirigidas a superar las barreras socioculturales o geográficas de grupos prioritarios, garantizando el mismo estándar asistencial para la totalidad de usuarios.

3.4. Enfermería como garante de derechos

La atención de enfermería constituye un componente esencial para la protección de los derechos sexuales y reproductivos debido a la relación directa y continua que los profesionales establecen con las personas, familias y comunidades, en los diferentes niveles de atención enfermería participa en actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación, valoración, cuidado, orientación y seguimiento, espacios en los que puede favorecer el ejercicio efectivo de los derechos e identificar situaciones que puedan vulnerarlos (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

Considerar a enfermería como garante de derechos implica incorporar los principios de dignidad, autonomía, igualdad, privacidad, confidencialidad y no discriminación en cada intervención de cuidado, lo que requiere reconocer a la persona como sujeto de derechos y participante activa en las decisiones relacionadas con su atención, y no únicamente como receptora de una prestación sanitaria (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2021).

Esta responsabilidad se expresa en situaciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción, donde las intervenciones pueden involucrar información íntima, decisiones

sobre el propio cuerpo, planificación reproductiva, relaciones afectivas, prevención de infecciones, embarazo, violencia sexual y otras circunstancias que demandan sensibilidad, respeto y actuación profesional fundamentada (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2022).

La protección de los derechos no constituye una actividad independiente del cuidado, sino un componente de su calidad que debe integrarse desde la valoración inicial hasta la educación, intervención, referencia y seguimiento, de manera que cada etapa de la atención contribuya a preservar la dignidad, autonomía, privacidad y bienestar de la persona (Federación de Enfermeras de la República del Ecuador, 2019).

3.4.1. Responsabilidad profesional en la protección de los derechos sexuales y reproductivos

El profesional de enfermería ejerce un rol estratégico e intersectorial en la salvaguarda y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos dentro del sistema sanitario, la responsabilidad profesional trasciende la ejecución técnica de procedimientos clínicos, abarcando la obligación ética, legal y deontológica de actuar como defensor de los derechos de la persona atendida (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

Esta función de garantía se fundamenta en los códigos internacionales de ética de enfermería y en las normativas del derecho sanitario, las cuales establecen que el cuidado debe brindarse protegiendo activamente el bienestar, la autodeterminación y la integridad de los usuarios en todos los niveles de atención (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

En este sentido, la responsabilidad de enfermería puede expresarse en diferentes dimensiones:

- **Ética**, mediante el respeto a la dignidad y autonomía de la persona.
- **Científica**, mediante intervenciones sustentadas en evidencia.
- **Legal**, mediante el cumplimiento de la normativa aplicable.
- **Asistencial**, mediante cuidados seguros y de calidad.
- **Educativa**, mediante información clara y adecuada.
- **Preventiva**, mediante identificación de riesgos y prevención de vulneraciones.
- **Social**, mediante acciones orientadas a disminuir barreras y desigualdades en salud (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

La protección de los derechos sexuales y reproductivos constituye un eje estructurante del ejercicio de enfermería que supera los límites de los servicios especializados de ginecología o planificación familiar, integrar esta dimensión en el cuidado diario implica velar por el acceso equitativo a la información, la toma de decisiones informada y la erradicación de barreras asistenciales en cualquier etapa del ciclo vital y en todo entorno de salud (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

3.4.2. Respeto a la autonomía y toma de decisiones

El ejercicio asistencial de enfermería exige reconocer la capacidad de la persona para participar activamente en las decisiones relacionadas con su propia salud sexual y reproductiva, respetando sus valores, preferencias y decisiones dentro del marco ético, científico y jurídico aplicable (Organización Mundial de la Salud, 2024).

- **Líneas de actuación profesional:**
    - **Acompañamiento imparcial:** Proporcionar consejería basada en la mejor evidencia científica disponible, sin imponer dogmas, valores morales personales ni juicios sobre las decisiones de la persona atendida. La orientación profesional debe facilitar la comprensión de las alternativas disponibles y apoyar una decisión autónoma e informada (Organización Mundial de la Salud, 2024).
    - **Fortalecimiento del proceso de consentimiento informado:** Verificar que la persona comprenda la naturaleza de la intervención, su finalidad, beneficios, riesgos, posibles efectos y alternativas disponibles, proporcionando información suficiente y comprensible antes de su realización (Organización Mundial de la Salud, 2024).
    - **Respeto de las decisiones autónomas:** Reconocer y respetar la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos, procedimientos diagnósticos o intervenciones terapéuticas por parte de la persona, siempre que cuente con capacidad para decidir y de acuerdo con las condiciones clínicas y el marco jurídico aplicable (Organización Mundial de la Salud, 2024).

El respeto de la autonomía no implica que el profesional se limite a ejecutar una decisión, sino que requiere proporcionar información suficiente, resolver dudas, identificar posibles barreras para la comprensión y favorecer condiciones que permitan adoptar decisiones

libres e informadas, de esta manera, enfermería contribuye a que la persona participe activamente en las decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva (Organización Mundial de la Salud, 2024).

3.4.3. Identificación y prevención de vulneraciones de derechos

El contacto directo y continuo del personal de enfermería con las personas usuarias facilita la identificación temprana de situaciones de riesgo, coerción o posible vulneración de derechos en los servicios de salud y en los espacios comunitarios, esta función requiere reconocer signos de alerta, actuar dentro de las competencias profesionales y activar los mecanismos institucionales establecidos para la protección de la persona (González Blanco, Reflexiones sobre violencia obstétrica, 2024).

Tipo de Vulneración	Indicadores de Alerta en Enfermería	Mecanismo de Prevención e Intervención
Violencia Gineco-Obstétrica	Procedimientos invasivos sin justificación clínica o sin información y consentimiento adecuados; trato deshumanizado, humillante o infantilizado; ausencia de medidas apropiadas para el alivio del dolor; realización de intervenciones sin considerar las preferencias de la persona, dentro de los límites de seguridad clínica.	Aplicación de protocolos y normas de atención respetuosa y humanizada; información previa a los procedimientos; obtención del consentimiento correspondiente; medidas oportunas para el alivio del dolor; respeto de la privacidad y de las preferencias de la persona, cuando las condiciones clínicas lo permitan
Anticoncepción coercitiva o no consentida	Indicación, colocación o realización de procedimientos anticonceptivos sin consentimiento libre e informado; presión para aceptar un método; omisión de alternativas disponibles; esterilización sin consentimiento válido.	Verificación del consentimiento informado antes de la intervención; información suficiente sobre alternativas, beneficios, riesgos y posibles efectos; respeto de la decisión de aceptar o rechazar el método; identificación y comunicación de situaciones de coerción conforme a los procedimientos institucionales.

Violencia basada en género o violencia sexual	Lesiones o hallazgos que no guardan correspondencia con la explicación proporcionada; retraso en la búsqueda de atención; temor ante determinada persona; cambios conductuales o emocionales; signos compatibles con violencia sexual o de género. Estos indicadores requieren valoración profesional y no deben interpretarse de manera aislada como confirmación de violencia.	Aplicación de las rutas y protocolos institucionales vigentes; atención inmediata de las necesidades de salud; escucha respetuosa; valoración de riesgos; protección de la confidencialidad; referencia y coordinación con los servicios correspondientes, evitando la revictimización

Cuando enfermería identifica una posible vulneración, debe actuar dentro de sus competencias y seguir las rutas institucionales y legales correspondientes, la intervención debe evitar la revictimización, especialmente en casos de violencia sexual o de género, la persona debe ser escuchada con respeto, evitando cuestionamientos innecesarios, culpabilización o expresiones que puedan incrementar el impacto de la situación vivida (Alarcón San Migue, Ochoa Loayza, & Trujillo Loja, 2026).

La prevención también tiene una dimensión educativa, enfermería puede orientar a las personas sobre sus derechos, mecanismos de acceso a los servicios, medidas de prevención y recursos disponibles para solicitar ayuda, así, la identificación de vulneraciones no constituye únicamente una actividad de detección, sino una oportunidad para activar mecanismos de protección y contribuir a garantizar la continuidad del cuidado (Moreno Fernández, Magallanes Ravinez, & Capcha de Azabache, 2025).

3.4.4. Confidencialidad y secreto profesional

La confidencialidad constituye uno de los pilares de la relación entre el profesional de salud y la persona atendida, implica proteger la información obtenida durante el proceso asistencial y evitar su divulgación a personas que no estén autorizadas para acceder a ella, mientras que el secreto profesional se encuentra estrechamente relacionado con esta obligación y forma parte de los principios éticos que orientan el ejercicio de las profesiones sanitarias,

cuya finalidad es preservar la intimidad de la persona y mantener la confianza necesaria para una adecuada relación asistencial (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

Esta obligación comprende la información relacionada con la vida sexual, prácticas, antecedentes reproductivos, diagnósticos, tratamientos, relaciones familiares y otras circunstancias personales que puedan conocerse durante la atención, por lo que su protección debe mantenerse desde la entrevista y durante todo el proceso asistencial, incluyendo las condiciones en las que se desarrolla la comunicación, el manejo de la historia clínica y el intercambio de información entre profesionales, de manera que los datos no sean escuchados por terceros, expuestos innecesariamente o divulgados de forma informal (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

Enfermería debe adoptar medidas para preservar la confidencialidad, entre ellas (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021):

- Realizar entrevistas en espacios que protejan la privacidad.
- Evitar conversaciones clínicas en lugares donde puedan ser escuchadas por personas no autorizadas.
- Proteger los registros físicos y electrónicos.
- Evitar compartir información mediante medios no autorizados.
- Limitar el acceso a la información a quienes participan legítimamente en la atención.
- Mantener reserva respecto de la información obtenida durante el ejercicio profesional.
- Explicar a la persona, cuando corresponda, las condiciones bajo las cuales su información puede ser compartida.

La confidencialidad no significa que la información nunca pueda comunicarse, existen circunstancias determinadas por la legislación, las obligaciones profesionales y los procedimientos institucionales en las que puede ser necesario compartir información para proteger a la persona, prevenir daños o cumplir obligaciones legales, estas situaciones deben manejarse conforme al marco jurídico aplicable y evitando divulgar información innecesaria (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012).

3.4.5. Atención libre de estigma, discriminación y violencia

El entorno de cuidado de enfermería debe constituirse como un espacio seguro, inclusivo y respetuoso, en el que las personas reciban atención libre de estigmatización, discriminación, violencia y trato degradante, las experiencias de discriminación y las barreras socioculturales pueden afectar la confianza en los servicios de salud, dificultar su utilización y comprometer la continuidad de la atención (Huaraca-Huaraca, Flores-Hernández, & Quilumba-Sánchez, 2026).

- **Directrices para una atención equitativa e inclusiva:**
  - Erradicación del estigma: Eliminación de actitudes punitivas o desaprobatorias ante la actividad sexual, decisiones reproductivas, edad, estado civil o condición de salud de los usuarios (Godoy, González, & Rivero, 2023).
  - Enfoque de diversidad de género y sexual: Empleo del nombre social y pronombres elegidos por personas trans y no binarias, asegurando un trato respetuoso y despatologizador de la identidad de género (Godoy, González, & Rivero, 2023).
  - Cero tolerancias a la discriminación: Provisión del mismo estándar de calidad y calidez técnica a todas las personas, independientemente de su origen étnico, nacionalidad, estatus migratorio o nivel socioeconómico (Godoy, González, & Rivero, 2023).

Una atención libre de violencia y discriminación requiere también revisar las prácticas institucionales, debido a que la calidad del cuidado no depende exclusivamente de la conducta individual del profesional, sino también de las condiciones organizacionales que deben sustentarse en políticas, protocolos y mecanismos orientados a favorecer ambientes seguros, respetuosos y libres de cualquier forma de trato desigual, desde esta perspectiva, enfermería contribuye a fortalecer servicios de salud en los que las personas puedan expresar sus necesidades, inquietudes y decisiones sin temor a ser juzgadas, rechazadas o discriminadas, manteniendo el respeto independientemente de sus circunstancias personales, sociales o clínicas (Elizalde Ordoñez, Almachi Camacho, & Chela Yepez, 2025).

Capítulo IV.- Comunicación y Educación para la Salud

Dra. Gina Rosa Alonso Muñiz, PhD.[6]
Mg. Ana Joselyn Parrales Choez[7]

4.1. Habilidades comunicativas en salud sexual

La comunicación constituye un componente fundamental de la atención en salud sexual y reproductiva, ya que estos temas pueden involucrar aspectos íntimos de la vida de las personas, por lo que la calidad del intercambio comunicativo influye directamente en la posibilidad de obtener información pertinente, identificar necesidades, brindar educación y establecer una relación profesional sustentada en la confianza, el respeto y la comprensión de las particularidades de cada persona (Álvarez-Cruz, 2022).

La comunicación no se limita a la transmisión de información, sino que constituye un proceso de interacción mediante el cual el profesional escucha, observa, pregunta, explica, orienta y verifica la comprensión de la persona atendida, especialmente cuando se abordan aspectos relacionados con la sexualidad, en los que pueden estar presentes sentimientos de vergüenza, temor, inseguridad, desconocimiento o preocupación que requieren una atención basada en la empatía, el respeto y la confianza (Álvarez-Cruz, 2022).

Una comunicación profesional adecuada favorece que la persona exprese sus dudas y necesidades con mayor libertad, al tiempo que permite identificar factores de riesgo, aclarar información errónea y facilitar la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de la salud (Kelder, Petra, Klarenbeek, & Laan, 2022).

El proceso comunicativo debe desarrollarse en un ambiente que garantice la privacidad y la confidencialidad, de manera que la persona perciba la seguridad necesaria para compartir información personal sin temor a ser juzgada o estigmatizada, particularmente cuando se abordan aspectos relacionados con las prácticas sexuales, las infecciones de transmisión sexual, la anticoncepción, la fertilidad, el embarazo, la violencia sexual o las dificultades vinculadas con la sexualidad (Kelder, Petra, Klarenbeek, & Laan, 2022).

[6] Universidad Estatal del Sur de Manabí, Email: gina.alonsom@unesum.edu.ec, ORCID: http://orcid.org/0000-0003-0041-2956
[7] Universidad Estatal del Sur de Manabí, Email: ana.parrales@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9763-5122

4.1.1. Comunicación terapéutica en el abordaje de la salud sexual

La comunicación terapéutica constituye un proceso intencional mediante el cual el profesional establece una interacción orientada a favorecer el bienestar, facilitar la expresión de necesidades y proporcionar apoyo durante la atención, especialmente al abordar aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva que pueden resultar difíciles de expresar, como dudas sobre la sexualidad, síntomas que generan preocupación u orientación sobre aspectos reproductivos, frente a los cuales la persona puede experimentar inseguridad o dificultad para comunicarse abiertamente (Julián-Pérez, y otros, 2025).

El profesional de enfermería debe generar un ambiente que facilite la comunicación mediante el uso de un lenguaje respetuoso, profesional y comprensible, la reducción de interrupciones innecesarias y una actitud de disposición para escuchar, procurando que las preguntas formuladas respondan a las necesidades de atención y permitan obtener información pertinente para la valoración y el cuidado, sin responder a intereses ajenos al propósito asistencial (Julián-Pérez, y otros, 2025).

La incorporación de temas relacionados con la sexualidad puede realizarse de manera progresiva, explicando previamente la relevancia de determinada información para la atención y contextualizando las preguntas como parte de la valoración habitual, al mismo tiempo que se comunica a la persona que los datos proporcionados serán tratados con confidencialidad de acuerdo con las normas aplicables (Salazar-Arriagada, y otros, 2023).

El proceso comunicativo también requiere reconocer las respuestas emocionales de la persona, de modo que ante manifestaciones de incomodidad, temor o vergüenza el profesional proporcione el tiempo necesario para facilitar la expresión y evite ejercer presiones innecesarias que puedan limitar la confianza o dificultar la comunicación (Julián-Pérez, y otros, 2025).

Una comunicación efectiva no implica hablar de manera constante, pues en determinadas circunstancias el silencio profesional puede ofrecer un espacio para que la persona organice sus pensamientos y continúe expresándose, por lo que la interacción debe favorecer una relación profesional sustentada en la confianza, el respeto, la seguridad y la ausencia de juicios personales (Julián-Pérez, y otros, 2025).

4.1.2. Escucha activa y formulación de preguntas

La escucha activa requiere la atención plena y concentrada del profesional respecto a los mensajes verbales y no verbales manifestados por el usuario, sin interrupciones prematuras ni emitiendo juicios de valor (Salazar-Arriagada, y otros, 2023).

- **Técnicas de la escucha activa** (Salazar-Arriagada, y otros, 2023)**:**
    - Parafraseo y reestructuración: Repetición de las ideas clave del paciente para verificar la comprensión del mensaje.
    - Reflejo empático: Devolución y validación de las emociones percibidas en el discurso del usuario.
    - Aclaración: Solicitud de precisión ante términos vagos o ambiguos relacionados con las prácticas sexuales o síntomas.
- **Formulación de preguntas** (Salazar-Arriagada, y otros, 2023)**:**
    - Preguntas abiertas: Utilizadas en el inicio de la consulta para explorar contextos, vivencias y concepciones del usuario (p. ej., «¿Qué información tiene sobre los métodos anticonceptivos?»).
    - Preguntas cerradas: Empleadas para precisar datos clínicos cuantitativos o puntuales (p. ej., «¿Ha presentado dolor durante las relaciones sexuales?»).

La escucha activa y la formulación adecuada de preguntas permiten obtener información relevante sin vulnerar la intimidad de la persona, por lo que constituyen herramientas esenciales para realizar una valoración de enfermería integral, respetuosa y centrada en sus necesidades. (Salazar-Arriagada, y otros, 2023).

4.1.3. Empatía, respeto y lenguaje no estigmatizante

El logro de una comunicación terapéutica efectiva exige la adopción del principio de neutralidad clínica y la erradicación del sesgo moral, evitando juicios o prejuicios que puedan afectar la confianza de la persona y favoreciendo una interacción basada en el respeto, la empatía, la privacidad y la aceptación de sus decisiones (Vico-Tébar, y otros, 2025).

Dimensión	Criterio de Aplicación en Enfermería

Empatía	Capacidad del profesional para comprender la perspectiva, contexto sociocultural y valores del usuario sin adoptar posturas paternalistas o punitivas.
Respeto	Reconocimiento de la dignidad del usuario, aceptando su diversidad formativa, orientación sexual, identidad de género y patrones culturales.
Lenguaje No Estigmatizante	Uso estricto de terminología objetiva y no peyorativa; eliminación de etiquetas diagnósticas o morales para describir la conducta sexual o las infecciones de transmisión sexual.

Cuando la persona percibe un ambiente seguro, aumenta la confianza para comunicar información relevante y expresar sus inquietudes, por ello, la empatía, el respeto y el uso de un lenguaje profesional favorecen una relación terapéutica basada en la confianza y la comunicación abierta (Vico-Tébar, y otros, 2025).

4.1.4. Comunicación verbal y no verbal

La comunicación sanitaria incluye componentes verbales y no verbales. Ambos participan en la construcción del significado del mensaje y pueden influir en la percepción que la persona tiene de la atención recibida (Álvarez-Martínez & Díaz-Varela, 2026). La comunicación verbal comprende las palabras utilizadas, el contenido de las explicaciones, el tono de voz y la estructura del mensaje. En salud sexual, debe utilizarse un lenguaje preciso, comprensible y adecuado a la situación (Subiela-García J. , Abellón-Ruiz, Celdrán-Baños, Manzanares-Lázaro, & Satorres-Ramis, 2025). La comunicación no verbal comprende aspectos como expresiones faciales, postura corporal, contacto visual, distancia interpersonal, movimientos y otros comportamientos que acompañan al discurso (Sánchez-Sánchez, y otros, 2023).

El profesional de enfermería debe procurar coherencia entre el contenido de sus expresiones y su comportamiento durante la interacción, debido a que un mensaje orientado a transmitir confianza puede perder efectividad cuando se acompaña de expresiones de rechazo,

incomodidad o desaprobación que contradicen lo comunicado verbalmente (Sánchez-Sánchez, y otros, 2023).

La interpretación de las expresiones corporales debe realizarse con prudencia, debido a que un determinado comportamiento no posee necesariamente un significado universal y puede estar condicionado por factores culturales, personales o situacionales, por lo que estos elementos no deben utilizarse de manera aislada para establecer conclusiones sobre los pensamientos o sentimientos de una persona (Sánchez-Sánchez, y otros, 2023).

Durante una consulta relacionada con la salud sexual, las condiciones del espacio, la disposición del mobiliario y la actitud corporal del profesional pueden favorecer o dificultar el diálogo, de manera que una postura abierta, una actitud de atención y un tono de voz tranquilo pueden facilitar la expresión de la persona, mientras que las interrupciones constantes, la impaciencia o los gestos de desaprobación pueden generar inseguridad y limitar la comunicación (Sánchez-Sánchez, y otros, 2023).

Durante los procedimientos que requieren exposición corporal, el profesional debe explicar previamente las acciones que realizará, mantener una actitud respetuosa y limitar la exposición a lo estrictamente necesario, integrando de manera coherente los elementos verbales y no verbales para favorecer una relación profesional basada en el respeto y contribuir a generar confianza durante la atención (Sánchez-Sánchez, y otros, 2023).

4.1.5. Manejo de temas sensibles y situaciones de vergüenza o incomodidad

Los temas relacionados con la sexualidad pueden generar sentimientos de vergüenza, temor o incomodidad asociados con experiencias personales, educación recibida, creencias culturales, antecedentes de atención, estigma o temor al juicio, por lo que el profesional de enfermería debe reconocer estas posibles reacciones sin interpretarlas automáticamente como falta de cooperación, considerando que la persona puede requerir tiempo para organizar sus ideas y alcanzar un nivel de seguridad suficiente antes de proporcionar determinada información (Salazar-Arriagada, y otros, 2023).

La normalización de la conversación profesional permite abordar los temas relacionados con la sexualidad de manera natural y reducir la percepción de que la persona está siendo señalada o evaluada moralmente, para lo cual resulta conveniente explicar que

determinadas preguntas forman parte de la valoración sanitaria y señalar la finalidad de la información solicitada, de modo que comprender su relevancia para el cuidado puede favorecer una mayor disposición para responder (Salazar-Arriagada, y otros, 2023).

En situaciones de especial sensibilidad, pueden utilizarse estrategias como (Salazar-Arriagada, y otros, 2023):

- Garantizar privacidad durante la conversación.
- Explicar previamente el propósito de la valoración.
- Utilizar lenguaje neutral.
- Formular una pregunta a la vez.
- Dar tiempo suficiente para responder.
- Evitar reacciones de sorpresa o desaprobación.
- Permitir que la persona solicite aclaraciones.
- Respetar los límites de la conversación.
- Identificar cuándo se requiere apoyo profesional adicional.

Ante una posible situación de violencia sexual o de género, el profesional de enfermería debe mantener una comunicación cuidadosa y respetuosa, evitando preguntas culpabilizadoras o comentarios que puedan generar revictimización y desarrollando la atención de acuerdo con las rutas, protocolos y disposiciones institucionales y legales correspondientes, de manera que se favorezca un entorno seguro en el que las personas puedan solicitar ayuda, expresar sus necesidades y comunicar sus experiencias sin temor a ser juzgadas (Salazar-Arriagada, y otros, 2023).

4.1.6. Comunicación adaptada a las características y necesidades de la persona

La efectividad de las intervenciones comunicativas depende de la individualización de las estrategias según la etapa del ciclo vital, la condición de salud y la diversidad sociocultural de cada persona, favoreciendo una atención respetuosa, pertinente y acorde con sus necesidades (Vera-Alanis, Márquez-Vega, Benavides-Torres, & Barbosa-Martínez, 2025).

- **Adolescentes y jóvenes:** Uso de un lenguaje dinámico, accesible, libre de tono moralizante, haciendo énfasis en la confidencialidad y respetando su autonomía

progresiva (Vera-Alanis, Márquez-Vega, Benavides-Torres, & Barbosa-Martínez, 2025).

- **Personas adultas mayores:** Abordaje desprovisto de la estigmatización del mito de la asexuación, valorando cambios fisiológicos, patologías crónicas y medicación con impacto en la función sexual (Vera-Alanis, Márquez-Vega, Benavides-Torres, & Barbosa-Martínez, 2025).
- **Diversidad sexual y de género:** Respeto al nombre social, uso correcto de los pronombres indicados por el usuario y omisión de presunciones heteronormativas durante la toma de datos (Vera-Alanis, Márquez-Vega, Benavides-Torres, & Barbosa-Martínez, 2025).

4.1.7. Barreras comunicativas y estrategias para superarlas

Las interferencias en el proceso comunicativo disminuyen la efectividad de la orientación y la calidad del cuidado, ya que pueden dificultar la comprensión de la información, limitar la expresión de necesidades y generar malentendidos entre la persona y el profesional de enfermería (Ypanaque-Ancajima, 2024).

- **Barreras institucionales y ambientales:** Ausencia de privacidad física o interrupciones continuas. Estrategia: Adecuación de consultorios con aislamiento acústico y señalización que garantice la confidencialidad (Ypanaque-Ancajima, 2024).
- **Barreras lingüísticas y culturales:** Disparidades de idioma, analfabetismo o conceptos socioculturales divergentes sobre la salud sexual. Estrategia: Incorporación de mediadores culturales, traductores y material educativo pictográfico validado (Ypanaque-Ancajima, 2024).
- **Barreras actitudinales del profesional:** Prejuicios, falta de capacitación o incomodidad propia frente a la temática sexual. Estrategia: Capacitación continua en salud sexual y desarrollo de competencias de autorreflexión ética profesional (Ypanaque-Ancajima, 2024).

4.2. Consejería en salud sexual y reproductiva

La consejería en salud sexual y reproductiva constituye un proceso de comunicación profesional orientado a proporcionar información, acompañamiento y apoyo para que las personas comprendan sus necesidades, valoren las alternativas disponibles y adopten

decisiones libres, informadas y responsables sobre su salud sexual y reproductiva, mediante una relación de confianza que reconoce sus experiencias, valores, preferencias, circunstancias personales y derechos (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

La consejería debe desarrollarse desde un enfoque integral y centrado en la persona, de manera que la información proporcionada responda a sus necesidades reales y sea presentada de forma comprensible, suficiente y sustentada en evidencia científica, favoreciendo además su participación activa en la identificación de las necesidades de atención, la valoración de las alternativas disponibles y la toma de decisiones relacionadas con su salud (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

En salud sexual y reproductiva, este proceso puede abordar diversos ámbitos relacionados con la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, la prevención de infecciones de transmisión sexual, la sexualidad en las diferentes etapas del curso de vida, la salud preconcepcional, el embarazo, la prevención de embarazos no planificados, la prevención de la violencia sexual y de género, la orientación sobre prácticas sexuales seguras y el acceso oportuno a los servicios de salud (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

La calidad de la consejería depende tanto del conocimiento técnico del profesional como de sus habilidades para escuchar, formular preguntas pertinentes, identificar preocupaciones, reconocer barreras de acceso y adaptar la información a las características y capacidades de comprensión de cada persona, convirtiéndose así en un recurso fundamental para la promoción de la salud, la prevención de riesgos y el fortalecimiento de la autonomía (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

4.2.1. Concepto, objetivos y características de la consejería

La consejería en salud sexual y reproductiva constituye un proceso interactivo de comunicación cara a cara entre el profesional de enfermería y la persona usuaria, orientada a facilitar la comprensión de su situación de salud, el análisis de sus opciones y la toma de decisiones informadas, autónomas y voluntarias (Organización Panamericana de la Salud, 2020). La consejería trasciende la mera entrega de información o la prescripción clínica, diferenciándose de la consulta directiva tradicional al evitar la imposición de conductas o criterios del profesional (Tapia-Martínez, Jiménez-Mendoza, & Pérez-Cabrera, 2021).

- **Objetivos principales** (Tapia-Martínez, Jiménez-Mendoza, & Pérez-Cabrera, 2021):

- Empoderar al usuario para el ejercicio responsable y pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Prevenir embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH) y situaciones de violencia basada en género.
- Resolver dudas, temores y falsas creencias fundadas en mitos o desinformación.
- Incrementar la adherencia a tratamientos clínicos y a la anticoncepción elegida.

- **Características esenciales** (Tapia-Martínez, Jiménez-Mendoza, & Pérez-Cabrera, 2021):
  - Privacidad y confidencialidad: Resguardo del espacio físico e informacional del usuario.
  - Voluntariedad: Aceptación libre del proceso por parte de la persona atendida.
  - Imparcialidad y neutralidad: Ausencia de juicios morales, religiosos o presiones por parte del profesional.
  - Bidireccionalidad: Intercambio dinámico centrado en la escucha activa y el diálogo fluido.

4.2.2. Etapas del proceso de consejería

La consejería puede organizarse como un proceso progresivo compuesto por diferentes etapas, cuya secuencia permite orientar la atención de manera ordenada, facilitar la identificación de necesidades y brindar respuestas acordes con las características de cada persona, manteniendo siempre una atención flexible y centrada en sus necesidades (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

a) Preparación y establecimiento del vínculo

La primera etapa consiste en generar las condiciones necesarias para establecer una relación profesional segura, basada en la privacidad, el respeto, la confianza y la aceptación, mediante un ambiente que facilite la expresión de inquietudes, así como una presentación profesional, la explicación del propósito de la consulta y la garantía de confidencialidad, elementos que contribuyen a disminuir posibles barreras comunicativas y favorecer una atención abierta y respetuosa (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

b) Exploración de necesidades

Posteriormente, se exploran el motivo de consulta, las preocupaciones, los conocimientos previos, las experiencias y las expectativas de quien recibe la atención mediante preguntas abiertas que permitan obtener información sin orientar anticipadamente las respuestas, considerando tanto las necesidades expresadas inicialmente como aquellas situaciones que pueden resultar difíciles de comunicar de manera directa (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

c) Intercambio de información

Una vez identificadas las necesidades, se proporciona información relevante para la situación específica, la cual debe ser clara, objetiva, suficiente y sustentada en evidencia científica, evitando la sobrecarga de contenidos y priorizando aquellos elementos que permitan a la persona comprender su situación, valorar las alternativas disponibles y participar de manera informada en las decisiones relacionadas con su cuidado (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

d) Análisis de alternativas

El profesional y la persona analizan conjuntamente las diferentes opciones disponibles, considerando sus ventajas, limitaciones, posibles riesgos, requerimientos, preferencias personales y características del contexto, con el propósito de favorecer un proceso de deliberación compartida que trascienda la comunicación exclusivamente informativa y facilite la toma de decisiones de acuerdo con las necesidades y circunstancias individuales (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

e) Toma de decisiones

La persona, con el acompañamiento del profesional, selecciona la alternativa que considera más adecuada de acuerdo con sus necesidades, valores y preferencias, procurando que la decisión sea voluntaria, informada y respetuosa de su autonomía (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

f) Acuerdo y plan de acción

La consejería debe concluir con acuerdos concretos orientados a dar continuidad a las decisiones adoptadas, los cuales, según las necesidades de cada situación, pueden incluir la adopción de una conducta preventiva, la elección de un método anticonceptivo, la realización

de pruebas diagnósticas, la derivación a otro servicio o la programación de una nueva consulta (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

g) Seguimiento

El seguimiento permite evaluar la evolución de la situación, resolver nuevas dudas, identificar dificultades y ajustar las decisiones adoptadas cuando las circunstancias cambian, constituyéndose en un componente del proceso continuo de cuidado que favorece la continuidad de la atención y la respuesta oportuna a las necesidades de la persona (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

4.2.3. Identificación de necesidades y expectativas de la persona

La identificación de necesidades constituye uno de los componentes esenciales de la consejería, debido a que una orientación profesional puede perder efectividad cuando parte de supuestos generales y no de la situación concreta de quien recibe la atención, por lo que resulta necesario reconocer tanto las necesidades explícitas como aquellas que pueden manifestarse de manera implícita, como ocurre cuando una persona solicita información sobre anticoncepción y, durante la conversación, expresa preocupaciones relacionadas con los efectos secundarios, las dificultades económicas, la presión de la pareja, el temor al embarazo o las experiencias previas negativas con los servicios sanitarios (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

Por esta razón, la exploración debe considerar diferentes dimensiones (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023):

- Necesidades de información.
- Conocimientos y creencias previas.
- Experiencias anteriores con servicios de salud.
- Expectativas respecto de la atención.
- Preferencias personales.
- Factores familiares y sociales.
- Barreras culturales o comunicativas.
- Disponibilidad de recursos.
- Percepción de riesgos.
- Capacidad para acceder y utilizar los servicios disponibles.

La identificación de las expectativas permite establecer objetivos realistas para la consejería, considerando que las personas pueden presentar diferentes niveles de conocimiento, necesidades y prioridades, por lo que resulta pertinente emplear preguntas abiertas, escucha activa, observación de la comunicación no verbal y comprobación de la comprensión, evitando asumir conocimientos o desconocimientos sobre determinados temas únicamente a partir de la edad, el nivel educativo, el género o la condición socia l (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

Una consejería de calidad parte del reconocimiento de que la persona es quien mejor conoce su propia experiencia, mientras que el profesional aporta conocimientos técnicos y recursos que permiten comprender la situación, valorar las alternativas disponibles y favorecer una toma de decisiones informada, respetando sus necesidades, preferencias y autonomía (Álvarez-Reyes & Aveiga-Macay, 2023).

4.2.4. Comunicación de información basada en evidencia

La transmisión del conocimiento en la consejería se sustenta en criterios científicos y de relevancia clínica, evitando opiniones personales, prejuicios morales o creencias que puedan interferir en la orientación, con el propósito de brindar información objetiva, clara y adecuada a las necesidades de la persona (Tapia-Martínez, Jiménez-Mendoza, & Pérez-Cabrera, 2021).

- **Criterios de comunicación científica** (Tapia-Martínez, Jiménez-Mendoza, & Pérez-Cabrera, 2021)**:**
    - Precisión y actualización: Empleo de directrices vigentes de la Organización Mundial de la Salud y ministerios de salud.
    - Proporcionalidad: Entrega de la información requerida de forma progresiva, evitando la saturación con detalles técnicos innecesarios.
    - Claridad conceptual: Explicación de mecanismos de eficacia (p. ej., índices de falla de los métodos anticonceptivos bajo uso típico vs. uso perfecto) con un vocabulario accesible e inteligible.

La comprobación de la comprensión constituye un elemento importante de la consejería, ya que permite verificar que la persona ha comprendido adecuadamente las recomendaciones recibidas, para ello, puede solicitarse que explique con sus propias palabras

la información proporcionada, lo que facilita identificar posibles dificultades y corregirlas oportunamente (Tapia-Martínez, Jiménez-Mendoza, & Pérez-Cabrera, 2021).

4.2.5. Toma de decisiones compartida

La toma de decisiones compartida representa un modelo colaborativo donde el profesional de enfermería aporta la evidencia clínica y el conocimiento técnico, mientras que el usuario aporta sus valores, preferencias, estilo de vida y metas personales (Brenes, Zapata, & Castro, 2026).

La toma de decisiones compartida implica varios componentes (Brenes, Zapata, & Castro, 2026):

- **Intercambio de información:** el profesional explica las alternativas relevantes de manera clara y objetiva.
- **Deliberación:** se analizan conjuntamente las ventajas, limitaciones y posibles consecuencias de cada alternativa.
- **Exploración de preferencias:** se identifican los aspectos que son importantes para la persona.
- **Decisión:** la persona participa activamente en la selección de la alternativa.
- **Acuerdo sobre el plan:** se establecen acciones concretas y mecanismos de seguimiento.

Este modelo permite superar una concepción paternalista de la atención, en la cual el profesional toma unilateralmente las decisiones, sin trasladar toda la responsabilidad a la persona, ya que la toma de decisiones compartida supone corresponsabilidad, acompañamiento profesional y acceso a información suficiente para favorecer su participación activa en las decisiones relacionadas con su cuidado (Brenes, Zapata, & Castro, 2026).

El respeto por la decisión de la persona constituye un principio fundamental, por lo que cuando existen diferentes alternativas seguras y apropiadas, la función profesional consiste en facilitar una elección informada, considerando sus valores y preferencias y evitando imponer una determinada opción (Brenes, Zapata, & Castro, 2026).

4.2.6. Consejería centrada en la persona

La consejería centrada en la persona sitúa a la persona atendida en el núcleo del acto de cuidado, reconociendo su singularidad, cultura, identidad y capacidad de agencia, este enfoque supera las intervenciones estandarizadas al adaptar el ritmo, la metodología y los contenidos a las necesidades y realidad individual de cada sujeto (Martínez-Gómez, Gallo-Restrepo, & Puerta-Henao, 2021).

En la práctica de enfermería, este principio exige flexibilidad para responder a las dinámicas cambiantes de los usuarios, garantizando el respeto a la diversidad sexual, reproductiva y cultural, y promoviendo el autocuidado como un elemento fundamental para el cuidado integral de la salud (Muñiz-Ceballos, Larripa-Romeo, & Samper-Camparola, 2022).

Entre los principios de este enfoque destacan (Muñiz-Ceballos, Larripa-Romeo, & Samper-Camparola, 2022):

- Respeto por la dignidad y autonomía.
- Reconocimiento de las preferencias individuales.
- Comunicación clara y respetuosa.
- Confidencialidad y privacidad.
- Ausencia de discriminación.
- Participación activa en las decisiones.
- Reconocimiento de la diversidad.
- Adaptación de la información a las necesidades individuales.
- Continuidad del acompañamiento.
- Coordinación con otros servicios cuando sea necesario.

En este modelo, la persona debe sentirse escuchada y respetada independientemente de sus decisiones, características personales o circunstancias, favoreciendo un espacio de atención libre de juicios y estigmas que facilite la expresión de sus necesidades y reduzca las barreras que pueden dificultar la búsqueda oportuna de atención (Muñiz-Ceballos, Larripa-Romeo, & Samper-Camparola, 2022).

4.3. Educación sexual en adolescentes, adultos y población vulnerable

La educación sexual constituye una estrategia fundamental de promoción de la salud, orientada a fortalecer conocimientos, habilidades, actitudes y capacidades que permitan a las personas comprender su sexualidad, establecer relaciones saludables, prevenir riesgos y ejercer de manera informada sus derechos sexuales y reproductivos (Cordova-Solís, 2024). Desde la perspectiva de la promoción de la salud, educar en sexualidad no significa únicamente transmitir información sobre anatomía, fisiología, anticoncepción o infecciones de transmisión sexual, sino favorecer procesos de aprendizaje que permitan desarrollar capacidades para la toma de decisiones, la comunicación interpersonal, el autocuidado y la búsqueda oportuna de atención (Perdomo-Cáceres & Perdomo-Cáceres, 2020).

La educación sexual debe desarrollarse como un proceso continuo, participativo, inclusivo y adaptado al curso de vida, considerando que las necesidades educativas pueden variar según la edad, las experiencias, las condiciones de salud, el contexto familiar y social, el nivel de conocimientos, las características culturales y las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios (Hernández-Sarmiento, Jaramillo Jaramillo, Villegas Alzate, Álvarez Hernández, & Roldan Tabares, 2021).

Un enfoque integral de la educación sexual trasciende los modelos centrados exclusivamente en la transmisión de información o en la prevención de consecuencias negativas, incorporando, además de la prevención de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y violencia, contenidos relacionados con el conocimiento del cuerpo, la afectividad, la autoestima, las relaciones interpersonales, el consentimiento, la autonomía, los derechos, la diversidad, la responsabilidad y el bienestar (Hernández-Sarmiento, Jaramillo Jaramillo, Villegas Alzate, Álvarez Hernández, & Roldan Tabares, 2021).

Una educación sexual efectiva parte de las necesidades reales de las personas y emplea estrategias de comunicación que favorecen la comprensión y la participación, mediante un lenguaje claro, respetuoso y libre de prejuicios que considere las características de quienes participan y evite asumir que todas las personas poseen los mismos conocimientos, experiencias o posibilidades para aplicar lo aprendido (Hernández-Sarmiento, Jaramillo Jaramillo, Villegas Alzate, Álvarez Hernández, & Roldan Tabares, 2021).

4.3.1. Educación sexual adaptada al curso de vida

La educación sexual debe desarrollarse de acuerdo con las características y necesidades propias de cada etapa del curso de vida, reconociendo que la sexualidad forma parte del desarrollo humano y que sus manifestaciones, preocupaciones y necesidades educativas se transforman de manera progresiva a lo largo del tiempo (Alber, Shanthi, Grace, Pricilla, & Sushmitha, 2024).

La adaptación de la educación sexual al curso de vida implica seleccionar los conocimientos, habilidades y estrategias educativas pertinentes para las características y circunstancias de cada persona, evitando establecer contenidos rígidos determinados exclusivamente por la edad y favoreciendo una respuesta educativa acorde con sus necesidades concretas (Alber, Shanthi, Grace, Pricilla, & Sushmitha, 2024).

Durante las diferentes etapas pueden abordarse progresivamente aspectos como (Alber, Shanthi, Grace, Pricilla, & Sushmitha, 2024):

- Conocimiento y cuidado del cuerpo;
- Reconocimiento y expresión de emociones;
- Autoestima y autonomía;
- Relaciones interpersonales;
- Límites personales y consentimiento;
- Prevención de violencia;
- Prevención de infecciones de transmisión sexual;
- Planificación familiar;
- Anticoncepción;
- Maternidad y paternidad responsables;
- Salud preconcepcional;
- Sexualidad y enfermedades crónicas;
- Sexualidad durante el envejecimiento;
- Derechos sexuales y reproductivos.

La adaptación de la educación sexual debe considerar tanto los contenidos como las formas de enseñanza, de manera que la metodología, el lenguaje, los materiales y los canales de comunicación respondan a las características de quienes participan, por lo que

con adolescentes pueden emplearse metodologías participativas y recursos audiovisuales, mientras que con personas mayores puede ser necesario enfatizar una comunicación clara, accesible y orientada a resolver inquietudes relacionadas con los cambios fisiológicos, las relaciones afectivas y la salud sexual. (Alber, Shanthi, Grace, Pricilla, & Sushmitha, 2024).

El enfoque de curso de vida permite comprender la educación sexual como un proceso permanente de construcción de conocimientos, habilidades y capacidades que acompaña las diferentes etapas del desarrollo humano y se adapta a las necesidades, experiencias y circunstancias de cada persona (Alber, Shanthi, Grace, Pricilla, & Sushmitha, 2024).

4.3.2. Educación sexual dirigida a adolescentes

La educación para la salud sexual durante la adolescencia se fundamenta en los principios de la Educación Integral de la Sexualidad (EIS) y requiere un abordaje libre de discursos atemorizantes, moralizantes o punitivos, orientado al fortalecimiento de la autonomía, el pensamiento crítico y la capacidad para tomar decisiones informadas y responsables sobre la propia sexualidad (Brenes, Zapata, & Castro, 2026).

- **Ejes temáticos fundamentales** (Brenes, Zapata, & Castro, 2026):
    - Anatomía y fisiología: Cambios corporales puberales, ciclo menstrual y respuesta sexual humana.
    - Prevención en salud: Uso correcto y consistente del doble método (preservativo para prevención de ITS/VIH y anticoncepción de alta eficacia para prevención del embarazo no planificado).
    - Habilidades psicosociales: Comunicación asertiva, resolución de conflictos, identificación de presiones de pareja o pares, y reconocimiento del consentimiento entusiasta y libre.
    - Cibersexualidad: Análisis de riesgos digitales, prevención del grooming, violencia digital y manejo de la privacidad en redes sociales.

4.3.3. Educación sexual dirigida a población adulta

En la adultez, la educación sexual se orienta a fortalecer la toma de decisiones informadas y responsables, considerando los proyectos de vida, así como las dinámicas laborales, familiares y relacionales que pueden influir en las necesidades y decisiones

relacionadas con la salud sexual y reproductiva (Scull, Stump, Paulson, Dodson, & Schoemann, 2026).

- **Prioridades educativas de enfermería** (Scull, Stump, Paulson, Dodson, & Schoemann, 2026)**:**
    - Planificación familiar y fertilidad: Elección, uso y cambio de métodos anticonceptivos modernos, preservación de la fertilidad y atención preconcepcional.
    - Prevención de patologías del sistema reproductor: Promoción del tamizaje para detección precoz de cáncer cervicouterino (Papanicolaou/tipificación de VPH), cáncer de mama (autoexamen y mamografía) y cáncer de próstata.
    - Salud sexual en la pareja: Abordaje de la disfunción sexual, negociación del uso de métodos de protección y vivencia de la sexualidad durante la gestación y el puerperio.

4.3.4. Educación sexual dirigida a personas mayores

La intervención educativa en personas mayores se orienta a superar la concepción errónea de que la sexualidad desaparece con el envejecimiento, reconociendo el derecho al disfrute, la intimidad y la afectividad, así como la importancia de recibir orientación adecuada para mantener una vida sexual y emocional saludable en esta etapa (Torres-Mencía & Rodríguez-Martín, 2024).

Dimensión de Abordaje	Contenidos Pedagógicos en Enfermería
Cambios Fisiológicos	Explicación de las modificaciones hormonales y corporales (síndrome genitourinario de la menopausia, reducción de la lubricación vaginal, cambios en la erección y eyaculación).
Gestión de la Salud	Impacto de patologías crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares) y farmacoterapia en la respuesta sexual; adaptaciones en las dinámicas de intimidad.

Prevención de Infecciones	Promoción del uso de preservativos y lubricantes a base de agua; erradicación del sesgo profesional sobre la inactividad sexual en adultos mayores.

4.3.5. Educación sexual para personas con discapacidad

Esta intervención parte del reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos plenos de derechos sexuales y reproductivos, promoviendo una educación accesible y respetuosa que permita fortalecer su autonomía y toma de decisiones, así como erradicar la infantilización y los mitos relacionados con la hipersexualidad o la asexuación (Chocho-Fernández & Ortiz-Coronel, 2026).

- **Estrategias de adaptación pedagógica** (Chocho-Fernández & Ortiz-Coronel, 2026)**:**
    - Ajustes razonables: Elaboración y empleo de materiales didácticos accesibles (formatos Braille, macrotipo, lectura fácil, modelos anatómicos táctiles, comunicación en lengua de señas).
    - Autonomía y consentimiento: Formación en el reconocimiento de límites corporales, prevención del abuso o explotación sexual e identificación de conductas apropiadas en espacios públicos y privados.
    - Derechos reproductivos: Orientación sobre maternidad/paternidad elegida y denuncia activa de prácticas coercitivas como la esterilización forzada.

4.3.6. Educación sexual en poblaciones en situación de vulnerabilidad

La educación sexual en contextos de vulnerabilidad exige un enfoque interseccional que considere las barreras geográficas, económicas, lingüísticas, de género y de estatus migratorio que incrementan el riesgo en salud (Alber, Shanthi, Grace, Pricilla, & Sushmitha, 2024).

- **Líneas de acción prioritaria** (Alber, Shanthi, Grace, Pricilla, & Sushmitha, 2024)**:**
    - Personas en movilidad humana (migrantes/refugiados): Garantía de información sobre acceso a servicios de emergencia obstétrica, anticoncepción de emergencia y profilaxis post-exposición (PEP) sin temor a sanciones administrativas.

- Poblaciones rurales e indígenas: Implementación de la educación con pertinencia intercultural, incorporando saberes locales, respetando la cosmogonía comunitaria y empleando lenguas originarias.
- Personas en situación de calle o privación de libertad: Estrategias de reducción de daños, distribución directa de insumos de prevención (preservativos, lubricantes) y talleres comunitarios de prevención de violencia y manejo de ITS.

4.4. Herramientas educativas para enfermería

La educación para la salud requiere herramientas que faciliten la comunicación de conocimientos, favorezcan la participación y permitan transformar la información científica en aprendizajes aplicables a la vida cotidiana (Hernández-Sarmiento, Jaramillo Jaramillo, Villegas Alzate, Álvarez Hernández, & Roldan Tabares, 2021). En salud sexual y reproductiva, estas herramientas adquieren especial importancia debido a que muchos de los contenidos pueden involucrar aspectos íntimos, sensibles o culturalmente diversos que requieren estrategias educativas claras, respetuosas y adaptadas a las características de las personas (Salazar-Arriagada, y otros, 2023).

Las herramientas educativas comprenden materiales, recursos, técnicas y medios utilizados para apoyar el proceso de enseñanza-aprendizaje, cuya selección debe considerar el propósito educativo, las características de la población, el contexto, los conocimientos previos, las capacidades de comprensión y los recursos disponibles, además de criterios de pertinencia y accesibilidad que permitan responder adecuadamente a las necesidades de quienes participan (Salazar-Arriagada, y otros, 2023).

Una herramienta educativa no sustituye la comunicación profesional, sino que constituye un recurso complementario que facilita el intercambio de información y favorece la comprensión, la participación y el desarrollo de habilidades, por lo que su utilización debe integrarse de manera coherente con los objetivos y contenidos del proceso educativo (Salazar-Arriagada, y otros, 2023).

En la promoción de la salud sexual y reproductiva pueden emplearse materiales impresos, recursos digitales y audiovisuales, infografías, cartillas, demostraciones, actividades participativas y estrategias de educación individual o grupal, considerando que cada recurso presenta ventajas y limitaciones que deben valorarse de acuerdo con el propósito de

aprendizaje, las características de la población y el contexto en el que se desarrolla la actividad educativa (Loiola-Leite, y otros, 2022).

La incorporación de tecnologías digitales amplía las posibilidades de acceso a contenidos educativos y favorece nuevas formas de aprendizaje, aunque también requiere desarrollar criterios para su uso responsable, debido a que la información sobre salud sexual y reproductiva disponible en internet y redes sociales no siempre cuenta con respaldo científico, por lo que el profesional debe contribuir al desarrollo de competencias que permitan identificar fuentes confiables y diferenciar la información científica de contenidos engañosos o potencialmente perjudiciales (Loiola-Leite, y otros, 2022).

4.4.1. Materiales educativos impresos y digitales

Los materiales educativos impresos y digitales constituyen recursos didáctico-pedagógicos diseñados para facilitar la transmisión de conocimientos, reforzar la comprensión y retención de la información y promover prácticas de autocuidado, cuya selección debe responder a una valoración previa del nivel de alfabetización digital, el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), las características del contexto socioeconómico y las necesidades de la persona o del grupo comunitario (Mendoza-Duran & Alvarez-Ledezma, 2025).

- **Materiales impresos** (Mendoza-Duran & Alvarez-Ledezma, 2025):
    - Formaturas comunes: Trípticos, folletos, afiches, rotafolios y guías de mano.
    - Ventajas clínicas: Ofrecen un soporte físico tangible y permanente que el usuario traslada a su hogar. No dependen de conectividad eléctrica o acceso a red, constituyendo el recurso de elección en áreas rurales, comunidades dispersas o sectores con brechas digitales acentuadas.
    - Requisitos de diseño: Exigen el uso de tipografía legible (tamaño mínimo de 12 puntos), contraste cromático alto entre texto y fondo, y una densidad textual reducida para evitar la saturación cognoscitiva.
- **Materiales digitales** (Cunha-Oliveira, y otros, 2025)**:**
    - Formatos comunes: Documentos interactivos en PDF, libros electrónicos, aplicaciones móviles de salud (mHealth) y plataformas web institucionales.
    - Ventajas clínicas: Permiten la actualización continua de contenidos sin costos de reimpresión, la integración de elementos hipertextuales y el acceso remoto.

Facilitan la autogestión de la información por parte de usuarios jóvenes o urbanos.

- Requisitos de diseño: Requieren interfaces intuitivas, adaptabilidad a pantallas móviles (responsive design) y bajo consumo de datos para no constituir una barrera económica de acceso.

La selección del formato también debe considerar las características y necesidades de la población, de modo que las personas con dificultades visuales, auditivas, cognitivas o de comprensión puedan acceder a la información mediante adaptaciones específicas que faciliten su comprensión y participación en el proceso educativo (Cunha-Oliveira, y otros, 2025).

Por ello, el profesional debe preguntarse antes de utilizar un material (López-González, Legaz-Sánchez, Cárcamo-Ibarra, & Lluch-Rodrigo, 2024):

- ¿Cuál es el objetivo educativo?
- ¿A quién está dirigido?
- ¿Qué conocimientos previos posee la población?
- ¿El lenguaje es comprensible?
- ¿La información está actualizada?
- ¿El recurso es accesible?
- ¿Facilita realmente el aprendizaje?

4.4.2. Uso de recursos audiovisuales y tecnológicos

La integración de medios audiovisuales e innovaciones tecnológicas en la educación para la salud optimiza la aprehensión del conocimiento al activar simultáneamente los canales de procesamiento sensorial auditivo y visual, esta metodología resulta indispensable para traducir procesos biológicos complejos o abstractos en representaciones concretas y comprensibles. (Rosas-Rojas, 2022).

- **Videos didácticos y animaciones 3D** (Rosas-Rojas, 2022)**:**
    - Aplicación clínica: Ilustración de la fisiología del ciclo menstrual, la fecundación, el mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal o la secuencia metodológica del autoexamen testicular y de mama.

- Criterios de efectividad: Las piezas audiovisuales deben tener una duración acotada (preferentemente entre 3 y 5 minutos) para mantener la atención, utilizar narración en lenguaje llano e incluir subtítulos para personas con discapacidad auditiva o entornos ruidosos.

- **Plataformas de e-Health y simuladores interactivos** (Rosas-Rojas, 2022)**:**
  - Aplicación clínica: Herramientas digitales que permiten al usuario simular la toma de decisiones (p. ej., qué hacer ante el olvido de una píldora anticonceptiva) o registrar variables fisiológicas (p. ej., seguimiento de síntomas, ciclo ovulatoria o controles prenatales).
  - Impacto en el cuidado: Incrementan la autoeficacia percibida del paciente al proporcionarle retroalimentación inmediata sobre sus patrones de salud.

La tecnología debe estar subordinada al propósito pedagógico, por lo que la selección de los recursos debe responder a aquello que se pretende que la persona comprenda, analice o aprenda, considerando además la disponibilidad tecnológica y las condiciones de acceso de la población, debido a que la utilización exclusiva de recursos digitales puede generar nuevas barreras cuando existen dificultades de conectividad, limitaciones para acceder a dispositivos o un nivel insuficiente de competencias digitales (Rosas-Rojas, 2022).

4.4.3. Infografías, cartillas y material gráfico

El material gráfico constituye una estrategia pedagógica esencial para simplificar la evidencia clínica compleja, superar las barreras de lectoescritura y facilitar la transmisión de mensajes clave, especialmente en poblaciones con diferentes niveles de instrucción formal, favoreciendo así una comprensión clara y accesible de la información (López-González, Legaz-Sánchez, Cárcamo-Ibarra, & Lluch-Rodrigo, 2024).

Tipo de Recurso Gráfico	Estructura y Características Técnicas	Aplicación Específica en Enfermería
Infografía	Síntesis visual que combina texto explicativo breve, datos estadísticos e iconografía estandarizada en una sola lámina o pantalla.	Esquematización comparativa entre la efectividad teórica (uso perfecto) y práctica (uso típico) de los métodos anticonceptivos.

Cartilla Educativa	Secuencia ordenada de páginas con ilustraciones detalladas, viñetas explicativas y guías paso a paso.	Manual ilustrado sobre técnicas de amamantamiento, cuidados del recién nacido o preparación para el parto humanizado.
Lámina y Diagrama Anatómico	Representaciones gráficas simplificadas y a escala de la anatomía humana, con código de colores diferencial.	Identificación visual de estructuras del sistema reproductor y localización de lesiones visibles causadas por ITS (p. ej., VPH, herpes genital).

La elaboración del material debe considerar principios básicos de comunicación visual. Debe existir una jerarquía clara de la información, utilizarse un lenguaje sencillo y evitarse la saturación de elementos, las imágenes deben ser culturalmente pertinentes y representar la diversidad de las personas sin reforzar estereotipos, también deben evitar contenidos que puedan generar vergüenza, estigmatización o discriminación (López-González, Legaz-Sánchez, Cárcamo-Ibarra, & Lluch-Rodrigo, 2024).

El material gráfico debe complementar, y no reemplazar, la explicación profesional. Después de utilizarlo, es conveniente verificar la comprensión y aclarar las dudas que puedan surgir (López-González, Legaz-Sánchez, Cárcamo-Ibarra, & Lluch-Rodrigo, 2024).

4.4.4. Demostración y enseñanza práctica

La demostración constituye una herramienta educativa especialmente relevante cuando el propósito es desarrollar habilidades prácticas, ya que consiste en mostrar de manera ordenada y comprensible cómo realizar una determinada actividad, facilitando que posteriormente la persona pueda reproducirla de forma adecuada y adquirir mayor seguridad en su ejecución (Galiano & Hernández-Martínez, 2022).

Este tipo de enseñanza puede emplearse, según las necesidades de la persona y el propósito educativo, para explicar procedimientos relacionados con determinados métodos de protección, orientar sobre el uso adecuado de dispositivos con fines educativos o facilitar el

reconocimiento y manejo de materiales destinados al autocuidado (Galiano & Hernández-Martínez, 2022).

El proceso puede organizarse en varias etapas (Galiano & Hernández-Martínez, 2022):

1. Explicar el objetivo de la actividad.
2. Presentar los materiales necesarios.
3. Realizar la demostración paso a paso.
4. Explicar los aspectos críticos.
5. Permitir que la persona practique.
6. Observar la ejecución.
7. Corregir errores de manera respetuosa.
8. Confirmar la comprensión.

Esta metodología permite trascender un aprendizaje exclusivamente conceptual hacia el desarrollo de competencias, mediante una enseñanza práctica que debe realizarse en condiciones que garanticen la privacidad, el respeto y la comodidad de la persona, especialmente cuando se abordan contenidos relacionados con la sexualidad, por lo que una demostración efectiva no debe limitarse a la observación, sino favorecer la participación activa y, cuando las condiciones lo permitan, la práctica supervisada para fortalecer la adquisición de habilidades y la seguridad en su ejecución. (Galiano & Hernández-Martínez, 2022).

4.4.5. Dinámicas participativas y actividades educativas

Las dinámicas participativas permiten transformar la educación en un proceso interactivo, donde los participantes dejan de ser receptores pasivos y adquieren un papel activo mediante la expresión de sus conocimientos, experiencias, dudas y opiniones, favoreciendo una mayor comprensión y apropiación de los contenidos abordados. (Cárdenas-Barrezueta & Villaprado-Álava, 2022).

Entre las estrategias que pueden utilizarse se encuentran (Cárdenas-Barrezueta & Villaprado-Álava, 2022):

- Discusión de casos;
- Lluvia de ideas;
- Preguntas orientadoras;

- Análisis de situaciones;
- Juegos educativos;
- Dramatizaciones;
- Resolución de problemas;
- Debates;
- Trabajo en grupos;
- Ejercicios de reflexión.

Estas metodologías pueden ser especialmente útiles para abordar contenidos que requieren análisis, reflexión y participación activa, como el consentimiento, las relaciones saludables, la toma de decisiones, la prevención de la violencia y el reconocimiento de situaciones de riesgo, favoreciendo que la persona no se limite a recibir información, sino que desarrolle capacidades para analizar situaciones y responder de manera responsable ante diferentes circunstancias. (Cárdenas-Barrezueta & Villaprado-Álava, 2022).

La participación debe desarrollarse en un ambiente basado en el respeto y la seguridad, para lo cual resulta necesario establecer previamente normas que eviten las burlas, la exposición innecesaria de experiencias personales, la discriminación y los juicios hacia otros participantes, mientras que las actividades deben responder a objetivos educativos concretos y seleccionarse en función de su contribución al aprendizaje que se pretende alcanzar, evitando utilizar dinámicas únicamente para hacer más entretenida una sesión sin que exista una finalidad formativa claramente definida (Cárdenas-Barrezueta & Villaprado-Álava, 2022).

4.4.6. Educación individual y educación grupal

La elección entre la educación individual y grupal depende del propósito educativo, las características de la población y el tipo de contenido que se pretende abordar, por lo que ambas modalidades pueden responder a diferentes necesidades de aprendizaje y deben seleccionarse de acuerdo con las condiciones particulares de cada situación (Ruiz-García, Jiménez-Jiménez, Ojeda-Mora, Rando-Hurtado, & Martínez-Suárez, 2021).

La educación individual permite adaptar la información a las necesidades específicas de cada persona, facilita la exploración de sus conocimientos, dudas, experiencias y posibles barreras, y resulta especialmente apropiada cuando el contenido requiere privacidad o cuando existen necesidades particulares que no pueden abordarse adecuadamente en un grupo, además

de posibilitar la utilización de diferentes recursos de acuerdo con el ritmo de aprendizaje y la comprobación directa de la comprensión (Ruiz-García, Jiménez-Jiménez, Ojeda-Mora, Rando-Hurtado, & Martínez-Suárez, 2021).

Por otro lado, la educación grupal permite aprovechar la interacción entre los participantes, favoreciendo el intercambio de experiencias, la reflexión, el aprendizaje colaborativo y la identificación de situaciones o necesidades comunes, mientras que la conformación de los grupos debe responder a características pertinentes para el propósito educativo y realizarse de manera cuidadosa para evitar la reproducción de estigmas, prejuicios o formas de exclusión (Ruiz-García, Jiménez-Jiménez, Ojeda-Mora, Rando-Hurtado, & Martínez-Suárez, 2021).

En ambos casos, el profesional debe realizar una planificación previa que defina (Ruiz-García, Jiménez-Jiménez, Ojeda-Mora, Rando-Hurtado, & Martínez-Suárez, 2021):

- Objetivo;
- Población;
- Contenidos;
- Metodología;
- Duración;
- Recursos;
- Espacio;
- Estrategia de evaluación.

La educación individual y grupal no constituyen estrategias excluyentes, sino modalidades que pueden complementarse de acuerdo con las necesidades de aprendizaje, de manera que una actividad grupal puede permitir identificar necesidades que posteriormente requieran atención individual, mientras que la educación individual puede complementarse con actividades educativas comunitarias que amplíen las oportunidades de aprendizaje, participación e intercambio de experiencias (Ruiz-García, Jiménez-Jiménez, Ojeda-Mora, Rando-Hurtado, & Martínez-Suárez, 2021).

4.4.7. Uso responsable de recursos digitales y redes sociales

Las tecnologías digitales y las redes sociales han transformado las formas de acceder, producir y compartir información relacionada con la salud sexual y reproductiva, constituyendo herramientas con potencial para ampliar el alcance de las acciones educativas, especialmente entre poblaciones que utilizan estos medios de manera frecuente y encuentran en ellos una vía accesible para obtener información y participar en procesos de aprendizaje (Fonseca Tumbaco, Palacios Távara, Gómez Ramos, & Vera Pesantes, 2025).

Sin embargo, estos recursos también presentan riesgos asociados con la difusión de información falsa, contenidos sin respaldo científico, publicidad engañosa, estigmatización, exposición de información personal y reproducción de mitos relacionados con la sexualidad y la reproducción, situaciones que pueden favorecer la adquisición de conocimientos incorrectos y dificultar la toma de decisiones informadas sobre el cuidado de la salud (Rendón Martínez, Herrera Vázquez, De la Cruz Gallardo, Peña López, & al, 2022).

Por esta razón, el uso educativo de recursos digitales requiere fortalecer la alfabetización en salud digital, entendida como la capacidad para buscar, comprender, evaluar y utilizar información relacionada con la salud de manera crítica, responsable y segura, favoreciendo que las personas puedan reconocer fuentes confiables, identificar contenidos potencialmente engañosos y utilizar la información disponible para orientar adecuadamente sus decisiones relacionadas con el cuidado de la salud (Rendón Martínez, Herrera Vázquez, De la Cruz Gallardo, Peña López, & al, 2022).

El profesional debe orientar a las personas para que consideren aspectos como (Rendón Martínez, Herrera Vázquez, De la Cruz Gallardo, Peña López, & al, 2022):

- Quién produce la información;
- Cuál es la fuente original;
- Cuándo fue publicada o actualizada;
- Si presenta respaldo científico;
- Si diferencia información de opinión;
- Si utiliza referencias confiables;
- Si busca informar o promocionar un producto o servicio;
- Si protege la privacidad de las personas.

El uso profesional de las redes sociales debe desarrollarse bajo principios de confidencialidad, privacidad, respeto y responsabilidad profesional, evitando compartir información que permita identificar a las personas atendidas o utilizar casos clínicos con fines educativos sin contar con las autorizaciones y medidas de protección correspondientes, de manera que la comunicación digital mantenga los mismos principios de calidad que la atención presencial, caracterizados por la claridad, el respeto, el sustento en evidencia científica, la inclusión y la responsabilidad (Rendón Martínez, Herrera Vázquez, De la Cruz Gallardo, Peña López, & al, 2022).

Las redes sociales pueden constituir herramientas complementarias para la promoción de la salud sexual y reproductiva mediante la difusión de mensajes preventivos, la orientación sobre los servicios disponibles y la distribución de materiales educativos, ampliando las posibilidades de acceso a información de interés para la población, aunque su utilización no debe sustituir la atención profesional cuando las necesidades de la persona requieren una valoración individualizada y un abordaje específico (Rendón Martínez, Herrera Vázquez, De la Cruz Gallardo, Peña López, & al, 2022).

Capítulo V.- Métodos Anticonceptivos

Dra. C. Mercedes María Lucas Choez[8]
Mg. Tatiana Jazmín Piguave Figueroa[9]

5.1. Métodos hormonales

Los métodos anticonceptivos hormonales constituyen un grupo de alternativas destinadas a prevenir el embarazo mediante la administración de hormonas que modifican procesos fisiológicos relacionados principalmente con la ovulación, el moco cervical y el endometrio, y comprenden diversas presentaciones y vías de administración que permiten adaptar su utilización a las características y necesidades de cada persona (Genazzani, Fidecicchi, Arduini, Giannini, & Simoncini, 2023).

La selección del método debe realizarse de manera individualizada, considerando las características, necesidades, preferencias y condiciones de salud de cada persona, mientras que la orientación anticonceptiva debe proporcionar información suficiente sobre su mecanismo de acción, eficacia, forma de utilización, posibles efectos adversos, duración, reversibilidad y situaciones en las que puede ser necesario cambiar de método o solicitar una valoración profesional (Genazzani, Fidecicchi, Arduini, Giannini, & Simoncini, 2023).

Los métodos anticonceptivos hormonales no ofrecen protección frente a las infecciones de transmisión sexual, por lo que, cuando existe riesgo de exposición, debe considerarse el uso del preservativo como una estrategia adicional de prevención, independientemente del método hormonal seleccionado (Genazzani, Fidecicchi, Arduini, Giannini, & Simoncini, 2023).

5.1.1. Generalidades de los métodos hormonales

Los métodos hormonales se caracterizan por utilizar hormonas sintéticas capaces de modificar temporalmente algunos procesos relacionados con la función reproductiva, cuyo efecto anticonceptivo depende principalmente de la inhibición de la ovulación y, según el

[8] Universidad Estatal del Sur de Manabí, Email: mercedes.lucas@unesum.edu.ec, ORCDI: https://orcid.org/0000-0003-2001-7611
[9] Universidad Estatal del Sur de Manabí, Email: tatiana.piguave@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1475-4965

método utilizado, de modificaciones adicionales en el moco cervical y el endometrio (Santana-Romo, Cando-Machuca, Cargua-Amagua, Intriago-Montiel, & Noroña-Tapia, 2025).

Desde el punto de vista farmacológico, las formulaciones hormonales anticonceptivas pueden clasificarse según las hormonas que contienen y la vía mediante la cual son administradas, de manera que los métodos combinados contienen un estrógeno y un progestágeno, mientras que los métodos de progestágeno solo emplean diferentes tipos de este grupo hormonal (Bajares-Lilue & Pizzi-Veglia, 2024).

La selección de una formulación determinada no depende exclusivamente de su composición hormonal, sino también de factores como la vía de administración, la frecuencia de utilización, la duración del efecto, la necesidad de adherencia y las características clínicas de la persona, elementos que permiten diferenciar las distintas alternativas y orientar su elección de acuerdo con las necesidades individuales (Bajares-Lilue & Pizzi-Veglia, 2024).

Los métodos hormonales pueden producir modificaciones temporales en el ciclo menstrual, siendo los cambios en la cantidad, duración o regularidad del sangrado algunos de los efectos más frecuentes, cuya manifestación puede variar considerablemente entre las diferentes formulaciones y debe diferenciarse de aquellas alteraciones que, por sus características o persistencia, requieran valoración clínica (Santana-Romo, Cando-Machuca, Cargua-Amagua, Intriago-Montiel, & Noroña-Tapia, 2025).

La eficacia anticonceptiva puede variar entre los diferentes métodos y entre el uso correcto y el uso habitual, debido a que aquellos que dependen de una administración periódica pueden verse afectados por olvidos o retrasos, mientras que los métodos de acción prolongada disminuyen la dependencia de la conducta cotidiana de la persona usuaria y favorecen una mayor continuidad en la protección anticonceptiva (Santana-Romo, Cando-Machuca, Cargua-Amagua, Intriago-Montiel, & Noroña-Tapia, 2025).

Otro aspecto fundamental de los métodos hormonales es su reversibilidad, debido a que no producen esterilización y, una vez suspendidos, permiten el restablecimiento progresivo de la función reproductiva, aunque el comportamiento de la fertilidad posterior a la suspensión puede variar entre los diferentes métodos, por lo que la comprensión de estas características permite diferenciarlos según su composición, mecanismo de acción, duración, vía de

administración y perfil de uso (Santana-Romo, Cando-Machuca, Cargua-Amagua, Intriago-Montiel, & Noroña-Tapia, 2025).

5.1.2. Anticonceptivos orales

Los anticonceptivos orales son métodos hormonales administrados por vía oral de forma periódica, considerados entre las alternativas anticonceptivas reversibles de uso más extendido y disponibles en diferentes formulaciones, principalmente combinadas y de progestágeno solo (Valle-Velasco, Zarzuelo, Valverde-Merino, & Martínez-Martínez, 2023).

- **Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)** (Binting, Xiaotong, Keyi, & Jing, 2025)**:**
  - Composición: Combinación de un estrógeno (generalmente etinilestradiol o valerato de estradiol) y un progestágeno (p. ej., levonorgestrel, desogestrel, drospirenona, dienogest).
  - Mecanismo: Anovulación primaria por inhibición del pico de LH y FSH.
  - Posología: Esquemas monofásicos, bifásicos o trifásicos de 21, 24 o 28 días con tomas diarias consecutivas a la misma hora.

- **Anticonceptivos de Solo Progestágeno (AO-P) o Píldora de la Lactancia** (Binting, Xiaotong, Keyi, & Jing, 2025)**:**
  - Composición: Progestágeno a dosis bajas (p. ej., levonorgestrel 30 mcg, desogestrel 75 mcg, drospirenona 4 mg).
  - Mecanismo: Espesamiento del moco cervical e inhibición anovulatoria variable (consistente en el caso del desogestrel y drospirenona).
  - Indicación principal: Método de elección durante la lactancia materna exclusiva y en usuarias con contraindicaciones absolutas al uso de estrógenos.

Una característica de los anticonceptivos orales es su dependencia de una administración periódica y adecuada, debido a que la eficacia puede verse comprometida cuando se producen olvidos, interrupciones o retrasos en la toma, por lo que la continuidad del esquema establecido constituye un elemento fundamental para mantener una protección anticonceptiva adecuada (Binting, Xiaotong, Keyi, & Jing, 2025).

Los anticonceptivos orales pueden asociarse con modificaciones del patrón de sangrado menstrual y con otros efectos secundarios, como náuseas, cefalea o sensibilidad mamaria, cuya

aparición y características pueden variar de acuerdo con la formulación utilizada y las condiciones individuales de cada persona (Valle-Velasco, Zarzuelo, Valverde-Merino, & Martínez-Martínez, 2023).

Además de su función anticonceptiva, algunas formulaciones hormonales pueden producir efectos beneficiosos no relacionados directamente con la prevención del embarazo, como modificaciones favorables de determinados síntomas asociados al ciclo menstrual, aunque estos efectos dependen de las características específicas de cada formulación y no necesariamente están presentes en todas las presentaciones (Valle-Velasco, Zarzuelo, Valverde-Merino, & Martínez-Martínez, 2023).

Los anticonceptivos orales no deben considerarse equivalentes entre sí, debido a que las diferencias en su composición hormonal, dosis, esquema de administración y características farmacológicas pueden determinar variaciones en su utilización y perfil clínico, por lo que su valoración debe realizarse de acuerdo con las particularidades de cada formulación (Valle-Velasco, Zarzuelo, Valverde-Merino, & Martínez-Martínez, 2023).

5.1.3. Anticonceptivos inyectables

Los anticonceptivos inyectables son métodos hormonales administrados mediante inyección que proporcionan protección anticonceptiva durante un período determinado, cuya clasificación depende de su composición hormonal, distinguiéndose entre los inyectables combinados, que contienen estrógeno y progestágeno, y los inyectables de progestágeno solo (Gallo, Grimes, López, Schulz, & Arcangues, 2021).

- **Inyectables Mensuales (Combinados)** (Gallo, Grimes, López, Schulz, & Arcangues, 2021)**:**
  - Composición: Esteroides combinados (p. ej., cipionato de estradiol + acetato de medroxiprogesterona; enantato de estradiol + acetato de noretisterona).
  - Mecanismo: Anovulación primaria.
  - Administración: Inyección intramuscular profunda cada 30 días (± 3 días), garantizando un retorno rápido a la fertilidad tras la suspensión.

- **Inyectables Trimestrales (Solo Progestágeno)** (Gallo, Grimes, López, Schulz, & Arcangues, 2021)**:**

- Composición: Acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA, 150 mg intramuscular o 104 mg subcutáneo).
- Mecanismo: Bloqueo anovulatorio sostenido, inducción de atrofia endometrial y alteración del moco cervical.
- Administración: Inyección cada 12 a 13 semanas. Presenta como efecto secundario común el patrón de sangrado irregular, seguido de amenorrea y un retraso temporal en el retorno a la fertilidad (promedio 7 a 9 meses).

Una característica distintiva de los anticonceptivos inyectables es que la hormona se administra directamente al organismo mediante aplicaciones periódicas, lo que reduce la necesidad de una administración diaria, aunque requiere respetar los intervalos establecidos para mantener una protección anticonceptiva adecuada, mientras que las modificaciones del patrón de sangrado constituyen uno de los efectos asociados con estos métodos y pueden manifestarse como sangrado irregular, cambios en la frecuencia del sangrado o ausencia de menstruación, cuya presentación depende del tipo de inyectable y de las características individuales de cada persona (Gallo, Grimes, López, Schulz, & Arcangues, 2021).

La recuperación de la fertilidad después de la suspensión puede variar según el preparado utilizado, debido a que en determinados anticonceptivos inyectables, especialmente aquellos basados en progestágenos de acción prolongada, el retorno de la ovulación puede producirse de manera más gradual que con otros métodos hormonales, por lo que esta característica debe considerarse al momento de brindar orientación sobre su utilización (Gallo, Grimes, López, Schulz, & Arcangues, 2021).

5.1.4. Implantes subdérmicos

Los implantes subdérmicos son métodos anticonceptivos de liberación prolongada constituidos por varillas flexibles de polímero que se colocan mediante una técnica menor y aséptica en la cara interna del brazo no dominante, desde donde liberan de manera continua el principio activo para proporcionar protección anticonceptiva durante un periodo prolongado (Bahamondes, Bahamondes, & Juliato, 2025).

- **Tipos de Implantes** (Araya-Calvo, Chacón-Día, & Palzano-Venega, 2021)**:**
    - Etonogestrel: Una sola varilla que libera etonogestrel de forma continua; duración aprobada de 3 a 5 años según guías clínicas y peso de la usuaria.

    - Levonorgestrel: Sistema de dos varillas con liberación sostenida; duración aprobada de 5 años.
- **Mecanismo y Perfil Clínico** (Araya-Calvo, Chacón-Día, & Palzano-Venega, 2021)**:**
    - Mecanismo: Supresión de la ovulación en más del 97% de los ciclos y alteración profusa del moco cervical.
    - Clasificación: Método Anticonceptivo de Larga Duración Reversible (LARC). Presenta el mayor nivel de eficacia práctica (falla inferior al 0.05%), al no depender de la adherencia o memoria de la usuaria.
    - Efectos secundarios: Alteraciones en el patrón de sangrado uterino (manchado intermenstrual o amenorrea), los cuales deben ser adecuadamente informados en la consejería previa.

El implante puede retirarse cuando la persona decide suspender su uso o cuando finaliza el período de eficacia establecido, momento a partir del cual cesa la exposición al progestágeno y puede producirse la recuperación de la función reproductiva, mientras que su utilización requiere procedimientos de inserción y retiro realizados por personal capacitado, lo que le confiere una dimensión clínica diferente de la de otros métodos hormonales que pueden ser administrados directamente por la persona usuaria (Araya-Calvo, Chacón-Día, & Palzano-Venega, 2021)

Los implantes subdérmicos representan una alternativa hormonal reversible de acción prolongada, caracterizada por su elevada eficacia, duración y administración mediante un dispositivo colocado debajo de la piel, cuya elección debe considerar las características, necesidades y preferencias de cada persona (Araya-Calvo, Chacón-Día, & Palzano-Venega, 2021).

5.1.5. Anticoncepción hormonal de emergencia

La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) es un método de reserva destinado a prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección, ante fallas del método anticonceptivo habitual, como la ruptura del preservativo o el olvido de dosis, y también puede utilizarse en situaciones de violencia sexual, por lo que constituye una alternativa de prevención posterior a una exposición de riesgo (Mierzejewska, Walędziak, Merks, & Rozanska-Waledziaka, 2024).

- **Regímenes Hormonales** (Mierzejewska, Walędziak, Merks, & Rozanska-Waledziaka, 2024)**:**
    - Levonorgestrel (LNG): Dosis única de 1.5 mg o dos dosis de 0.75 mg separadas por 12 horas. Eficaz dentro de las primeras 72 horas (hasta 120 horas con menor efectividad).
    - Acetato de Ulipristal (AUP): Modulador selectivo de los receptores de progesterona en dosis única de 30 mg. Mantiene alta efectividad hasta las 120 horas posteriores al coito no protegido.
- **Mecanismo e Ineficacia Posterior a la Implantación** (Mierzejewska, Walędziak, Merks, & Rozanska-Waledziaka, 2024)**:**
    - Mecanismo de acción: Inhibición o retraso del pico de LH para postergar la ovulación.
    - Delimitación clínica: La AHE no es abortiva**.** No impide la implantación ni altera un embarazo establecido, ni causa daño al embrión en desarrollo. Su efectividad es nula si la ovulación ya se ha producido antes de la toma.

La anticoncepción hormonal de emergencia no interrumpe un embarazo establecido ni debe confundirse con un método destinado a provocar un aborto, ya que su finalidad es prevenir el embarazo después de una exposición sexual potencialmente fecundante, asimismo, su uso puede ocasionar efectos transitorios como náuseas, cefalea, dolor abdominal, sensibilidad mamaria o modificaciones en el momento del siguiente sangrado menstrual, los cuales pueden variar según la persona y la alternativa utilizada (Mierzejewska, Walędziak, Merks, & Rozanska-Waledziaka, 2024).

5.1.6. Consideraciones para la selección de métodos hormonales

La prescripción y consejería de anticonceptivos hormonales por parte del personal de enfermería exige la aplicación rigurosa de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la OMS, con el propósito de valorar las condiciones individuales de cada persona y orientar la elección del método de manera segura y adecuada (Organización Mundial de la Salud, 2025):

Categoría OMS	Definición Clínica	Directriz de Prescripción

Categoría 1	No existe restricción para el uso del método anticonceptivo.	Usar el método en cualquier circunstancia.
Categoría 2	Las ventajas de usar el método superan los riesgos teóricos o demostrados.	Usar el método en general, con seguimiento de enfermería.
Categoría 3	Los riesgos teóricos o demostrados superan las ventajas de usar el método.	No se recomienda el método, salvo falta de alternativas.
Categoría 4	El uso del método representa un riesgo inaceptable para la salud.	Contraindicación absoluta. No debe usarse.

La selección de métodos hormonales debe entenderse como un proceso individualizado, informado y centrado en la persona**,** en el que la función de enfermería comprende valorar necesidades, proporcionar educación, resolver dudas, identificar factores de riesgo, favorecer la adherencia y contribuir a garantizar la continuidad del cuidado (Organización Mundial de la Salud, 2025).

5.2. Métodos de barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera constituyen un grupo de alternativas que actúan principalmente mediante la creación de una barrera física o química que dificulta el encuentro entre los espermatozoides y el óvulo, entre los cuales se encuentran los condones externo e interno, el diafragma y los espermicidas (Uriza Gutiérrez, 2024).

Estos métodos presentan diferencias en cuanto a su eficacia, forma de utilización, duración de la protección y grado de dependencia de la participación de la persona usuaria, mientras que los condones externo e interno se distinguen además por su función en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, cuando se utilizan de manera correcta y consistente (Uriza Gutiérrez, 2024).

La elección de un método de barrera debe considerar las preferencias, necesidades y condiciones de cada persona, por lo que la orientación sanitaria debe proporcionar información

sobre su funcionamiento, forma correcta de uso, eficacia, posibles errores y medidas que favorezcan una utilización adecuada y consistente (Uriza Gutiérrez, 2024).

5.2.1. Condón externo

El condón externo es una cubierta delgada y flexible diseñada para colocarse sobre el pene erecto antes del contacto genital, cuya función principal es retener el semen y evitar que los espermatozoides entren en contacto con el tracto reproductivo femenino, y puede fabricarse con diferentes materiales, entre ellos látex y materiales sintéticos, lo que permite disponer de alternativas para personas con sensibilidad o alergia al látex (Uribe-Alvarado, Aguilar-Villalobos, Zacarías-Salinas, & Aguilar-Casis, 2025).

Su utilización debe comenzar antes de cualquier contacto genital que pueda implicar intercambio de fluidos sexuales, debido a que la protección depende de que el condón actúe como barrera durante la relación sexual, por lo que debe utilizarse uno nuevo en cada relación sexual y sustituirse por otro ante una nueva relación, verificando previamente que el envase se encuentre íntegro y dentro de su período de utilización recomendado, para posteriormente colocarlo sobre el pene erecto, dejando espacio en el extremo para recoger el semen y desenrollándolo hasta la base, mientras que después de la eyaculación debe retirarse cuidadosamente para evitar el derrame del semen, desecharse y nunca reutilizarse (Uribe-Alvarado, Aguilar-Villalobos, Zacarías-Salinas, & Aguilar-Casis, 2025).

Una característica particularmente importante del condón externo es su capacidad para proporcionar protección frente a diversas infecciones de transmisión sexual, además de su función anticonceptiva, aunque el nivel de protección frente a estas infecciones no es absoluto y depende del tipo de infección, la zona corporal involucrada y el uso correcto y consistente del condón, por lo que constituye un método de barrera accesible, reversible y asociado a cada relación sexual (Suárez-López & Menkes-Bancet, 2024).

5.2.2. Condón interno

El condón interno es un dispositivo flexible que se introduce en la vagina antes de la relación sexual y forma una barrera que reduce el contacto entre el semen y el tracto reproductivo femenino, diferenciándose del condón externo por su ubicación dentro de la vagina y por contar con un anillo interno que facilita su colocación y un anillo externo que

permanece fuera de la abertura vaginal (Uribe-Alvarado, Aguilar-Villalobos, Zacarías-Salinas, & Aguilar-Casis, 2025).

Su utilización permite que la persona que lo emplea tenga mayor control sobre la colocación del método antes de la relación sexual, aunque, al igual que otros métodos de barrera, requiere utilizar un dispositivo nuevo en cada relación y colocarlo correctamente para mantener su eficacia, evitando que el pene quede fuera del condón o que este se desplace durante la relación, mientras que después de finalizar debe retirarse cuidadosamente para evitar el derrame del semen (Uribe-Alvarado, Aguilar-Villalobos, Zacarías-Salinas, & Aguilar-Casis, 2025).

El condón interno puede contribuir a reducir el riesgo de determinadas infecciones de transmisión sexual, aunque su función protectora depende de su utilización correcta y constante, y entre sus principales características se encuentran la ausencia de hormonas, la reversibilidad inmediata y la posibilidad de utilizarlo únicamente cuando se requiere protección, constituyendo además una alternativa para quienes prefieren un método de barrera de colocación interna (Suárez-López & Menkes-Bancet, 2024).

5.2.3. Diafragma y espermicidas

El diafragma es un dispositivo anticonceptivo flexible que se coloca dentro de la vagina y cubre el cuello uterino, cuya función consiste en crear una barrera física que dificulta el paso de los espermatozoides hacia el útero, y suele utilizarse acompañado de un espermicida, sustancia destinada a inmovilizar o inactivar los espermatozoides, combinando de esta manera una barrera física con una acción química que contribuye a incrementar el efecto anticonceptivo (Cook, Nanda, Grimes, & Lopez, 2021).

La eficacia del diafragma depende de su correcta colocación, de su utilización durante la relación sexual y del cumplimiento de las indicaciones relacionadas con el espermicida, por lo que el dispositivo debe permanecer colocado durante el período recomendado después de la relación sexual y posteriormente retirarse y limpiarse de acuerdo con las instrucciones correspondientes (Cook, Nanda, Grimes, & Lopez, 2021).

Los espermicidas también pueden utilizarse en determinadas circunstancias como métodos independientes, aunque su eficacia anticonceptiva como único método es menor que la de otras alternativas, por lo que su utilización debe comprenderse de acuerdo con las

características específicas de cada presentación y combinación, mientras que el diafragma no ofrece una protección equivalente a la de los condones frente a las infecciones de transmisión sexual y su principal finalidad es la prevención del embarazo mediante la combinación de una barrera física y, cuando corresponde, una acción espermicida (Cook, Nanda, Grimes, & Lopez, 2021).

5.2.4. Mecanismo de acción

El principio de acción de los métodos de barrera combina la contención mecánica y la neutralización bioquímica de los gametos masculinos, impidiendo su desplazamiento hacia el tracto reproductivo femenino y dificultando la fecundación (Uriza Gutiérrez, 2024):

Método de Barrera	Mecanismo Primario de Acción	Mecanismo Secundario de Acción
Condón externo e interno	Barrera física de oclusión total que impide el depósito del eyaculado en el tracto reproductor femenino y el contacto de la mucosa genital con secreciones preeyaculatorias o semen.	Aislamiento anatómico de las mucosas genitales, impidiendo el intercambio de patógenos transmitidos por fluidos o por contacto cutáneo directo.
Diafragma con espermicida	Bloqueo mecánico sobre el orificio cervical externo que impide el paso de la masa espermática hacia la cavidad uterina y las trompas de Falopio.	Acción citotóxica del espermicida, cuya actividad surfactante altera la lipoproteína de la membrana del espermatozoide, inmovilizando el flagelo y causando la lisis de la cabeza.

5.2.5. Uso correcto y eficacia

La efectividad de los métodos de barrera está condicionado al cumplimiento riguroso de la técnica de uso. Se distingue la efectividad teórica (uso perfecto e idóneo) de la efectividad

práctica (uso típico, expuesto a fallas metodológicas o de adherencia humana) (Uriza Gutiérrez, 2024):

- **Condón externo** (Uribe-Alvarado, Aguilar-Villalobos, Zacarías-Salinas, & Aguilar-Casis, 2025)**:**
    - Tasa de falla: 2% en uso perfecto; ~13% en uso típico (87% de eficacia).
    - Técnica de aplicación:
        1. Verificar la fecha de expiración y la presencia de la burbuja de aire en el empaque secundario.
        2. Abrir el envoltorio por la muesca lateral utilizando las yemas de los dedos (evitando dientes, tijeras u objetos punzantes).
        3. Identificar la orientación del enrollado; presionar la tetina o depósito apical para expulsar el aire atrapado (evitando la rotura por hiperpresión al eyacular).
        4. Desenrollar el condón de forma continua hasta la base del pene totalmente erecto.
        5. Posterior a la eyaculación, retirar el pene sujetando el condón desde el anillo de la base antes de que se pierda totalmente la erección, previniendo el derramamiento de semen.
- **Condón interno** (Uribe-Alvarado, Aguilar-Villalobos, Zacarías-Salinas, & Aguilar-Casis, 2025)**:**
    - Tasa de falla: 5% en uso perfecto; ~21% en uso típico (79% de eficacia).
    - Técnica de aplicación:

        1. Frotar suavemente la funda para distribuir el lubricante interno.
        2. Sostener el anillo interno cerrado, comprimiéndolo con los dedos índice y pulgar hasta formar un óvalo o forma de ocho.
        3. Introducir el anillo interno profundamente dentro del canal vaginal hasta sobrepasar la sínfisis púbica y posicionarse sobre el cuello uterino.
        4. Asegurar que el anillo externo permanezca extendido entre 2 y 3 cm fuera de la vulva.
        5. Guiar manualmente el pene hacia la cavidad del condón al inicio del coito. Para retirarlo, girar el anillo externo para sellar el semen e introducirlo en la caneca de desechos.

- **Diafragma con espermicida** (Cook, Nanda, Grimes, & Lopez, 2021)**:**
    - Tasa de falla: 6% en uso perfecto; ~17% en uso típico (83% de eficacia).
    - Técnica de aplicación:
        1. Colocar aproximadamente una cucharada (5 ml) de crema o gel espermicida dentro de la cúpula y en el borde del diafragma.
        2. Comprimir el aro e introducir el dispositivo en la vagina orientándolo hacia el cérvix, hasta 6 horas antes del coito.
        3. En caso de reiterarse el acto sexual, aplicar una nueva dosis de espermicida por vía vaginal sin extraer el diafragma.
        4. Mantener el diafragma in situ obligatoriamente durante un mínimo de 6 horas y un máximo de 24 horas posteriores al último coito, previniendo el desarrollo de síndrome de shock tóxico (SST) por sobrecrecimiento de Staphylococcus aureus.

5.2.6. Ventajas, limitaciones y consideraciones para su uso

Ventajas clínicas (Güiz-Mateo, y otros, 2024)**:**

- Sistemática de uso sin repercusiones hormonales, metabólicas ni interferencia con la lactancia materna.
- Inexistencia de contraindicaciones médicas absolutas (salvo alergia severa demostrada a los componentes de fabricación).
- Prevención directa de las patologías del cérvix derivadas de la infección persistente por genotipos oncogénicos del VPH.
- Acceso no prescrito y disponibilidad inmediata en farmacias, centros de salud y puntos comunitarios de distribución.

Limitaciones (Güiz-Mateo, y otros, 2024)**:**

- Eficacia altamente dependiente de la motivación, disciplina, destreza y constancia de los usuarios en cada relación sexual.
- Riesgo de falla por deslizamiento, ruptura, uso de lubricantes inadecuados o colocación tardía (posterior al inicio de la penetración).
- Sensibilidad o reacciones anafilácticas al látex de caucho natural.

Consideraciones de Enfermería para la Consejería:

- Compatibilidad de lubricantes: Indicar estrictamente el uso de lubricantes hidráulicos (a base de agua) o de silicona para preservativos de látex. Los compuestos lipofílicos (vaselina, aceites corporales, cremas hidratantes, mantequilla) disuelven la estructura polimérica del látex en menos de 60 segundos, provocando microfracturas y rupturas (Roselló-Sastre, Paz-Blasco, Bronchal-Fell, Álvarez-Ponce, & Negru-Luca, 2026).
- Promoción de la Doble Protección: Implementar la estrategia combinada del uso simultáneo del preservativo (para prevención de ITS/VIH) junto con un Método Anticonceptivo Reversible de Larga Duración —LARC, como el DIU o implante— para maximizar la eficacia anticonceptiva y la protección de la salud sexual (Roselló-Sastre, Paz-Blasco, Bronchal-Fell, Álvarez-Ponce, & Negru-Luca, 2026).

5.3. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad constituyen un conjunto de estrategias anticonceptivas que utilizan la identificación y el seguimiento de determinados signos y cambios fisiológicos asociados con el ciclo menstrual para reconocer los períodos de mayor y menor probabilidad de embarazo. Su fundamento consiste en comprender las variaciones que ocurren durante el ciclo reproductivo y utilizar esta información para determinar los días en los que existe mayor posibilidad de fecundación (Duane, Stanford, Porucznik, & Vigil, Mayo).

A diferencia de los métodos hormonales y de los métodos de barrera, estas alternativas no incorporan medicamentos, dispositivos ni sustancias destinadas directamente a impedir la fecundación. Su utilización depende de la observación sistemática de indicadores de fertilidad, del registro de la información obtenida y de la aplicación de reglas específicas para identificar el período fértil (Duane, Stanford, Porucznik, & Vigil, Mayo).

El conocimiento de la fertilidad se fundamenta en la existencia de cambios fisiológicos que acompañan las diferentes fases del ciclo menstrual. Entre ellos se encuentran las modificaciones en la duración del ciclo, las características del moco cervical y los cambios en la temperatura corporal basal. Algunos métodos consideran uno de estos indicadores, mientras que otros combinan varios signos para establecer con mayor precisión el período potencialmente fértil (Duane, Stanford, Porucznik, & Vigil, Mayo).

El ciclo menstrual no presenta necesariamente la misma duración en todas las personas ni permanece idéntico durante toda la vida reproductiva. Factores fisiológicos, ambientales y

personales pueden modificar su duración y las características de los signos de fertilidad. Por esta razón, estos métodos requieren observación constante y comprensión de los patrones individuales. La identificación del período fértil se relaciona con la posibilidad de que ocurra la ovulación y con la supervivencia de los espermatozoides y del óvulo dentro del aparato reproductor. La probabilidad de embarazo no es uniforme durante todo el ciclo, sino que aumenta alrededor de los días en los que puede ocurrir la ovulación (Vollmar & Mahalingaiah, 2024).

Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden utilizarse con diferentes propósitos reproductivos. Cuando se emplean con finalidad anticonceptiva, las personas identifican el período potencialmente fértil y aplican una conducta anticonceptiva definida durante esos días, generalmente evitando relaciones sexuales con posibilidad de fecundación o utilizando un método adicional. Su utilización exige aprendizaje, observación y registro sistemático. La interpretación de los signos de fertilidad requiere conocer las reglas propias del método utilizado y distinguir las variaciones fisiológicas normales de aquellas situaciones que pueden dificultar la identificación del período fértil (Duane, Stanford, Porucznik, & Vigil, Mayo).

Entre las principales estrategias se encuentran el método del calendario, la observación del moco cervical y los métodos que combinan diferentes signos, como la temperatura corporal y otras manifestaciones relacionadas con la fertilidad. Cada alternativa posee características particulares y no debe considerarse equivalente a las demás (Duane, Stanford, Porucznik, & Vigil, Mayo).

5.3.1. Método del calendario

El Método del Calendario o de Ogino-Knaus se fundamenta en un cálculo matemático probabilístico que asume que la fase lútea del ciclo menstrual presenta una duración fija de 14 ± 2 días, que la vida media del óvulo es de 12 a 24 horas y que la supervivencia del espermatozoide en el tracto genital femenino se extiende de 3 a 5 días (Duane, Stanford, Porucznik, & Vigil, Mayo).

- **Sistemática de cálculo** (Duane, Stanford, Porucznik, & Vigil, Mayo)**:**
    - La usuaria debe registrar la duración de un mínimo de 6 a 12 ciclos menstruales consecutivos.

    - Determinación del primer día fértil: Se resta 18 días a la duración del ciclo más corto registrado (N corto - 18).
    - Determinación del último día fértil: Se resta 11 días a la duración del ciclo más largo registrado (N largo - 11).
- **Método de los Días Fijos o Método del Collar** (Duane, Stanford, Porucznik, & Vigil, Mayo)**:**
    - Variante simplificada del método del calendario desarrollada por el Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown.
    - Diseñado exclusivamente para mujeres con ciclos menstruales regulares con una duración comprendida estrictamente entre 26 y 32 días.
    - Establece una ventana fértil fija entre los días 8 y 19 del ciclo (un período irrestricto de 12 días consecutivos de abstinencia o uso de barrera), representado mediante un collar de cuentas de colores que ayuda a la usuaria en la contabilidad diaria.

El método del calendario no permite determinar de manera directa el momento exacto de la ovulación, sino que estima los períodos de mayor y menor probabilidad de fecundidad a partir del registro de los ciclos menstruales, por lo que su precisión depende de la regularidad de los ciclos, la calidad de los registros y la correcta aplicación del método (Duane, Stanford, Porucznik, & Vigil, Mayo).

5.3.2. Observación del moco cervical

La secreción del moco cervical está influenciada por las variaciones de las hormonas ováricas, principalmente estrógenos y progesterona, que producen cambios en su cantidad, consistencia, apariencia y características a lo largo del ciclo menstrual, los cuales pueden ser observados para identificar variaciones asociadas con el período fértil (Pardo-Vargas, 2021).

- **Método de la Ovulación o Billings** (Pardo-Vargas, 2021)**:**
    - Se basa en la autoobservación diaria de las sensaciones vulvares y la apariencia del moco cervical obtenido de la intromisión digital o del papel higiénico antes de la micción.
    - Fase estrogénica preovulatoria: El incremento progresivo de estrógenos estimula la producción de moco filante, transparente, elástico (capaz de estirarse varios centímetros sin romperse), fluido y resbaladizo (semejante a la clara de

huevo cruda). El día pico de fertilidad corresponde al último día en que se percibe la sensación de humedad o se observa moco con estas características de alta filancia, momento que coincide estrechamente con la ovulación o la antecede por 24-48 horas.

- Fase progestacional postovulatoria: Tras la ovulación, la progesterona producida por el cuerpo lúteo induce la secreción de un moco opaco, espeso, pegajoso y escaso, o la ausencia total de moco (sensación vulvar de sequedad). El período fértil concluye el cuarto día posterior al día pico.

- **Método de los Dos Días (TwoDay Method)** (Pardo-Vargas, 2021)**:**
  - Algoritmo simplificado de evaluación del moco cervical. La usuaria responde dos preguntas operativas al final del día:
    1. ¿Observé u percibí moco cervical hoy?
    2. ¿Observé u percibí moco cervical ayer?
  - Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas es afirmativa, se considera un día fértil. Si ambas respuestas son negativas, el día se considera infértil.

Para utilizar este método con finalidad anticonceptiva, deben evitarse las relaciones sexuales con posibilidad de embarazo durante el período considerado fértil, de acuerdo con las reglas específicas para su aplicación, considerando que la interpretación de las características del moco cervical puede verse alterada por situaciones como infecciones vaginales, uso de determinados medicamentos, cambios hormonales, sangrado menstrual o productos que modifiquen las secreciones, circunstancias que pueden dificultar el reconocimiento de los cambios propios del ciclo, por lo que la eficacia del método depende en gran medida de la capacidad de la persona para observar, interpretar y registrar correctamente las características del moco cervical (Pardo-Vargas, 2021).

5.3.3. Métodos basados en síntomas y temperatura corporal

- Método de la Temperatura Basal Corporal (TBC) (SEF Sociedad Española de Fertilidad, 2021):
  - Fisiología: La progesterona segregada por el cuerpo lúteo tras la ovulación ejerce una acción termogénica directa sobre el centro termorregulador ubicado en el hipotálamo, provocando un ascenso discreto de la temperatura corporal basal de 0.2°C a 0.5° C (0.4°F a 1.0°F).

- Técnica: La mujer debe medir su temperatura corporal inmediatamente al despertar, tras un mínimo de 5 horas de sueño continuo, en estado de reposo absoluto, empleando siempre la misma vía (oral, rectal o vaginal) y utilizando un termómetro basal de alta precisión.
- Identificación del período infértil: La fase infértil postovulatoria se confirma en la mañana del tercer día consecutivo en que la temperatura se mantiene por encima de la línea base (definida por el valor más alto de los 6 días previos a la elevación). Este método únicamente identifica la fase infértil posterior a la ovulación; carece de capacidad para predecir el inicio de la ventana fértil preovulatoria.

- Método Sintotérmico (SEF Sociedad Española de Fertilidad, 2021):
  - Representa el método natural de mayor rigor y precisión al combinar múltiples marcadores biológicos de forma simultánea.
  - Variables integradas: Evaluación de la temperatura basal corporal para identificar el fin de la fase fértil; observación de los cambios en el moco cervical para determinar el inicio y pico de la fertilidad; y el autoregistro de indicadores secundarios o dolor intermenstrual (Mittelschmerz), tensión mamaria, cambios en la posición, consistencia y apertura del cérvix (el cual se torna blando, alto, abierto y húmedo en la fase ovulatoria).

5.3.4. Eficacia, ventajas y limitaciones

La eficacia de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad depende de la alternativa utilizada, de la correcta aplicación de sus reglas y de la constancia con que se realice la observación de los signos de fertilidad, por ello, existen diferencias entre la eficacia alcanzada cuando el método se aplica correctamente y la observada en condiciones habituales de utilización (Herrmann, 2022).

Indicador / Dimensión	Uso Perfecto (Efectividad Teórica)	Uso Típico (Efectividad Práctica)
Método del Calendario / Ogino-Knaus	~91% de eficacia (9% de falla)	~76% a 80% de eficacia (20%-24% de falla)
Método de los Días Fijos (Collar)	~95% de eficacia (5% de falla)	~88% de eficacia (12% de falla)

Método de la Ovulación (Billings)	~97% de eficacia (3% de falla)	~77% de eficacia (23% de falla)
Método Sintotérmico	~99% de eficacia (<1% de falla)	~82% a 86% de eficacia (14%-18% de falla)

Ventajas (Herrmann, 2022)**:**

- Ausencia absoluta de efectos secundarios farmacológicos, hormonales o metabólicos.
- Costo económico nulo o muy bajo para la adquisición de insumos (termómetros o gráficos).
- Promoción del autoconocimiento de la anatomía y fisiología reproductiva por parte de la mujer.
- Aceptabilidad por parte de personas o parejas con convicciones éticas, filosóficas o religiosas contrarias a los métodos anticonceptivos farmacológicos o de barrera.
- Utilidad reversible para la búsqueda activa del embarazo al identificar los días de máxima fertilidad.

Limitaciones (Herrmann, 2022)**:**

- Protección nula frente a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/VIH).
- Elevada tasa de falla bajo uso típico, secundaria a la complejidad en la interpretación de los signos corporales y a errores de cálculo.
- Requisito imperativo de períodos prolongados de abstinencia sexual coital o del uso combinado de condones durante la fase fértil.
- Vulnerabilidad del método frente a factores confusores externos que alteran los signos biológicos (infecciones, fiebre, insomnio, estrés psicosocial, uso de medicamentos, ingesta de alcohol o infecciones vaginales que enmascaran el moco cervical).
- Inaplicabilidad en mujeres con ciclos menstruales irregulares o durante etapas de transición hormonal (pubertad, puerperio, lactancia materna y perimenopausia).

5.3.5. Consideraciones para su utilización

Criterios de Elegibilidad y Contraindicaciones (Organización Mundial de la Salud, 2015)**:**

- Según los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la OMS, estos métodos no poseen contraindicaciones médicas absolutas de Categoría 4, pero sí situaciones de precaución o retraso en su inicio.
- Retraso en el uso: Postparto reciente (menos de 4 semanas), lactancia materna exclusiva, hemorragia vaginal inexplicable, o eventos febriles agudos que imposibiliten el registro de la temperatura basal.

Rol del Profesional de Enfermería en la Consejería (Salazar-Arriagada, y otros, 2023)**:**

- Capacitación y educación estructurada: Los MBCF no deben prescribirse de forma verbal rápida; requieren un proceso pedagógico continuo de entrenamiento de al menos 2 a 3 ciclos menstruales acompañados de cartillas de registro.
- Evaluación de la pareja: Se debe valorar la voluntad recíproca de la pareja para asumir la abstinencia periódica. Si no existe compromiso mutuo, el riesgo de falla del método se incrementa exponencialmente.
- Estrategia de respaldo: Recomendar la provisión de condones y la consejería sobre Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) en caso de que ocurra una relación sexual no protegida durante la fase clasificada como fértil.

5.4. Métodos intrauterinos

Los métodos intrauterinos constituyen alternativas anticonceptivas reversibles de alta eficacia y larga duración, cuya colocación se realiza en la cavidad uterina por personal sanitario capacitado y comprende principalmente los dispositivos intrauterinos de cobre (DIU-Cu) y los sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel (SIU-LNG) (Organización Mundial de la Salud, 2026). Ambas alternativas proporcionan anticoncepción durante períodos prolongados y pueden retirarse cuando la persona lo solicite o de acuerdo con las características y duración del dispositivo, además, una de sus principales ventajas es que no requieren una acción diaria o frecuente por parte de la persona usuaria (Organización Mundial de la Salud, 2026).

Aunque comparten características relacionadas con su duración y reversibilidad, presentan diferencias en su mecanismo de acción, debido a que el DIU de cobre no contiene

hormonas y ejerce su efecto anticonceptivo principalmente mediante la acción del cobre en el ambiente intrauterino, mientras que el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel utiliza una hormona que produce principalmente efectos locales sobre el moco cervical y el endometrio, además de otros mecanismos que contribuyen a su eficacia anticonceptiva (Organización Mundial de la Salud, 2026).

La elección entre estas alternativas debe realizarse de manera individualizada, considerando las preferencias de la persona, sus características clínicas, sus necesidades y deseos reproductivos, así como las condiciones de elegibilidad correspondientes, de manera que la decisión se adopte mediante información suficiente y consejería adecuada. (Organización Mundial de la Salud, 2026).

5.4.3. Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de los métodos intrauterinos depende de su composición y se relaciona principalmente con los cambios que producen en el ambiente intrauterino, de manera que tanto el dispositivo intrauterino de cobre como el sistema liberador de levonorgestrel generan condiciones que dificultan la fecundación, aunque mediante mecanismos diferentes (Beatty & Blumenthal, 2022):

Método	Mecanismo Primario de Acción	Mecanismo Secundario
DIU de Cobre (TCu-380A)	Reacción inflamatoria aséptica local por cuerpo extraño en el endometrio, potenciada por la liberación continua de iones de cobre (Cu^{2+}). Los iones de cobre ejercen un efecto citotóxico directo sobre los espermatozoides, alterando su motilidad, capacidad de reacción acrosómica y viabilidad, impidiendo la fertilización.	Modificación del moco cervical y alteración de la respuesta endometrial que imposibilita la supervivencia y migración espermática. No actúa como abortivo (actúa antes de la fecundación).

SIU de Levonorgestrel	Espesamiento del moco cervical inducido por la progesterona, creando una barrera física e infranqueable que bloquea el paso de los espermatozoides desde la vagina y el cérvix hacia el tracto superior.	Atrofia e inactiva el endometrio (lo vuelve delgado e insensible a los estrógenos), impidiendo la implantación. Suprime de forma parcial el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, inhibiendo la ovulación únicamente en un porcentaje minoritario de ciclos.

5.4.1. Dispositivo intrauterino de cobre

El Dispositivo Intrauterino de Cobre es un artefacto no hormonal compuesto por un cuerpo de plástico o polietileno (habitualmente en forma de T, como el modelo TCu-380A) enrollado con un alambre de cobre puro en su rama vertical y fundas de cobre en sus ramas horizontales, totalizando una superficie expuesta de 380mm^2 de cobre. En la base del dispositivo se fijan dos hilos o filamentos de monofilamento de polietileno que sobresalen ligeramente por el orificio cervical externo (OCE) para permitir la verificación de su presencia y su posterior extracción (Harper, Speidel, Drey, Blum, & Darney, 2021).

5.4.2. Sistema intrauterino liberador de hormona

El Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) es un dispositivo de plástico con forma de T que contiene un reservorio cilíndrico ubicado en su rama vertical, en cuyo interior se encuentra el progestágeno sintético levonorgestrel (LNG), rodeado por una membrana de polidimetilsiloxano que permite su liberación continua y controlada en el interior de la cavidad uterina, donde ejerce principalmente efectos locales sobre el moco cervical y el endometrio. (Beatty & Blumenthal, 2022).

Existen variaciones en la carga inicial y velocidad de liberación diaria del fármaco (Beatty & Blumenthal, 2022):

- **SIU-LNG 52 mg** (ej. Mirena): Libera aproximadamente 20 µg día inicialmente, disminuyendo progresivamente a unos 10 µg día hacia los 5-8 años de uso, posee además indicación terapéutica para el manejo del sangrado menstrual abundante (hipermenorrea) (Beatty & Blumenthal, 2022).

- **SIU-LNG 19.5 mg** (ej. Kyleena): Libera cerca de 17 µg día inicialmente, reduciéndose a unos 7.5 µg día a los 5 años, esta diseñado con un tubo insertero de menor diámetro exterior (3.8 mm) para facilitar la colocación en mujeres nulíparas (Beatty & Blumenthal, 2022).
- **SIU-LNG 13.5 mg** (ej. Jaydess): Libera alrededor de 14 µg día en la etapa inicial, con un perfil de uso diseñado para una duración de hasta 3 años (Beatty & Blumenthal, 2022).

5.4.4. Eficacia, duración y reversibilidad

Eficacia: Altísima y prácticamente idéntica entre el uso perfecto y el uso típico, al no depender de la adherencia o memoria de la usuaria (Beatty & Blumenthal, 2022).

- *DIU-Cu:* Tasa de falla del **0.6% al 0.8%** en el primer año de uso.
- *SIU-LNG (52 mg):* Tasa de falla del **0.1% al 0.2%** en el primer año.

Duración aprobada (Beatty & Blumenthal, 2022)**:**

- *DIU TCu-380A:* Aprobado clínicamente hasta por **10 a 12 años** de uso continuo.
- *SIU-LNG 52 mg:* Aprobado por **8 años** para la indicación de anticoncepción.
- *SIU-LNG 19.5 mg:* Aprobado por **5 años**.
- *SIU-LNG 13.5 mg:* Aprobado por **3 años**.

Reversibilidad: Inmediata tras la extracción en la consulta por el personal de enfermería o medicina, la fertilidad previa de la usuaria se restablece de forma instantánea al retirar el dispositivo (Beatty & Blumenthal, 2022).

5.4.5. Ventajas, efectos adversos y limitaciones

Ventajas comunitarias y clínicas (Organización Mundial de la Salud, 2026)**:**

- Protección anticonceptiva continua de muy larga duración ("colocar y olvidar").
- Libre de estrógenos (ideal en mujeres con contraindicación para estrógenos exógenos, hipertensión o riesgo trombo embolico).

- El DIU-Cu de TCu-380A es el método de **Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)** más eficaz disponible si se inserta dentro de los 5 días (120 horas) posteriores a un coito no protegido.
- El SIU-LNG reduce marcadamente el volumen de sangrado menstrual (alcanzando la amenorrea o manchado mínimo en el 20-50% de las usuarias al año) y disminuye sensiblemente la dismenorrea.

Efectos adversos (Organización Mundial de la Salud, 2026)**:**

- *DIU-Cu:* Incremento en el volumen del sangrado menstrual (menorragia), sangrados intermenstrual (spotting) y aumento del dolor pélvico o cólicos menstruales, especialmente en los primeros 3 a 6 meses.
- *SIU-LNG:* Alteraciones del patrón de sangrado (goteo irregular prolongado en los primeros meses, progresando hacia la oligomenorrea o amenorrea), cefalea, sensibilidad mamaria, brotes de acné y quistes ováricos funcionales benignos (transitorios).

Limitaciones y complicaciones graves (raras) (Organización Mundial de la Salud, 2026)**:**

- Nula protección frente a ITS/VIH.
- Expulsión espontánea del dispositivo (ocurre en el 2-10% de los casos, más frecuente en el primer año y postparto inmediato).
- Perforación uterina durante el procedimiento de inserción (1 por cada 1,000 inserciones).
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP): El riesgo de infección pélvica está ligeramente incrementado únicamente en los primeros 20 días posteriores a la inserción, secundario a la tras locación de la flora vaginal/cervical durante la maniobra, no por la presencia sostenida del dispositivo.

5.4.6. Consideraciones para la atención y seguimiento

La atención relacionada con los métodos intrauterinos comprende la valoración previa, la colocación del dispositivo, la educación sobre sus características, la identificación de posibles efectos adversos y el seguimiento posterior, antes de la inserción es necesario valorar las condiciones clínicas relevantes y descartar situaciones que puedan contraindicar o

desaconsejar su utilización, de acuerdo con los criterios de elegibilidad vigentes y las características del dispositivo seleccionado (Organización Mundial de la Salud, 2026).

La colocación debe ser realizada por personal sanitario capacitado y bajo condiciones adecuadas de seguridad, proporcionando información sobre el procedimiento, las molestias que pueden presentarse y las modificaciones esperadas en el patrón de sangrado según el tipo de dispositivo, mientras que el seguimiento permite identificar situaciones como expulsión, desplazamiento, dolor persistente, sangrado anormal o signos compatibles con infección (Organización Mundial de la Salud, 2026).

La presencia de manifestaciones que se aparten de la evolución esperada requiere valoración sanitaria, los hilos del dispositivo pueden permitir la comprobación de su presencia en el cuello uterino, aunque la persona usuaria no debe intentar retirar, movilizar ni manipular el dispositivo, por lo que ante la sospecha de expulsión o desplazamiento corresponde realizar una evaluación profesional, asimismo, cuando se alcance el período de uso recomendado se debe valorar el retiro, la sustitución o la elección de otra alternativa anticonceptiva de acuerdo con las necesidades y preferencias de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2026).

5.5. Métodos permanentes

Los métodos anticonceptivos permanentes son procedimientos destinados a prevenir el embarazo mediante la interrupción de la capacidad reproductiva, entre las principales alternativas se encuentran la esterilización quirúrgica femenina y la vasectomía, a diferencia de los métodos reversibles, están dirigidos a personas que han decidido no buscar embarazos futuros, por lo que la consejería previa resulta fundamental para proporcionar información clara sobre las características, finalidad, eficacia, posibles riesgos, beneficios y carácter permanente del procedimiento, así como para favorecer una decisión libre e informada (Badr, 2025).

El acceso a un método anticonceptivo permanente debe sustentarse en una decisión voluntaria, libre e informada que respete la autonomía de la persona, sin presiones, coerción o influencia indebida por parte de la pareja, familiares, profesionales de salud o instituciones, y debe realizarse con información suficiente sobre el procedimiento y de acuerdo con la normativa sanitaria y los criterios clínicos aplicables (Badr, 2025).

Los métodos anticonceptivos permanentes presentan una elevada eficacia para prevenir el embarazo, aunque en el caso de la vasectomía esta no se considera inmediata, por lo que es

necesario utilizar un método anticonceptivo adicional hasta confirmar la ausencia de espermatozoides en el análisis de semen posterior al procedimiento, asimismo, ninguno de estos métodos ofrece protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que el preservativo continúa siendo una medida de prevención cuando existe riesgo de exposición (Badr, 2025).

5.5.1. Esterilización quirúrgica femenina

La esterilización quirúrgica femenina, comúnmente denominada Oclusión Tubárica Bilateral (OTB) o salpingoclasia, consiste en la oclusión, ligadura o sección de ambas trompas de Falopio para bloquear la migración del óvulo hacia la cavidad uterina y el ascenso de los espermatozoides (Lozano-Beltrán, 2023).

Abordajes quirúrgicos principales (Lozano-Beltrán, 2023)**:**

- Minilaparotomía: Incisión suprapúbica pequeña (2 a 5 cm) realizada en el período intervalo (fuera del parto) o incisión subumbilical inmediata en el postparto (dentro de las primeras 48 horas postparto), aprovechando que el fondo uterino se encuentra a nivel del ombligo.
- Laparoscopia: Introducción de un laparoscopio a través de una pequeña incisión umbilical bajo neumoperitoneo. Permite la visualización directa de la cavidad pélvica e instrumental de oclusión en intervenciones ambulatorias.

- **Técnicas de oclusión tubárica** (Lozano-Beltrán, 2023)**:**
  - Técnica de Pomeroy / Pomeroy modificada: Formación de un bucle o asa en el tercio medio de la trompa, ligadura con hilo absorbente (catgut crómico) y resección del segmento superior del bucle.
  - Oclusión mecánica: Uso de clips de titanio/silicona (Clip de Filshie o Hulka) o anillos de silicona (Anillo de Falope) que comprimen el lumen tubárico provocando isquemia y fibrosis local.
  - Salpingectomía bilateral: Extirpación quirúrgica completa de ambas trompas. Representa la tendencia quirúrgica actual en guías internacionales no solo por su máxima eficacia, sino porque actúa como factor protector primario reduciendo el riesgo de desarrollo futuro de cáncer epitelial de ovario (cuyo origen primario se localiza predominantemente en las fimbrias tubárica).

5.5.2. Vasectomía

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico ambulatorio mediante el cual se interrumpen los conductos deferentes, generalmente mediante su sección y oclusión, con el propósito de impedir el paso de los espermatozoides hacia el líquido seminal y, de esta manera, prevenir el embarazo (Rust, Pereira, & Bernie, 2025).

- **Técnica convencional:** Incisión bilateral en la piel del escroto con bisturí para aislar, ligar, seccionar y cauterizar un segmento de cada conducto deferente (Rust, Pereira, & Bernie, 2025).
- **Vasectomía Sin Bisturí (VSB):** Técnica de elección estandarizada por la OMS. Emplea una pinza fijadora de anillos y una pinza de disección fina con puntas afiladas para punzar la piel del rafe escrotal anterior (Rust, Pereira, & Bernie, 2025).
    - Aísla ambos conductos deferentes a través de un único orificio punzante de menos de 0.5 cm sin requerir suturas cutáneas (Rust, Pereira, & Bernie, 2025).
    - Reduce sustancialmente el tiempo operatorio, el dolor intra y postoperatorio, el edema y la tasa de complicaciones hematológicas o infecciosas respecto a la técnica abierta convencional (Rust, Pereira, & Bernie, 2025).

5.5.3. Características, eficacia y permanencia

Los métodos anticonceptivos permanentes se caracterizan por proporcionar una protección anticonceptiva de carácter definitivo una vez confirmada su eficacia, sin requerir la administración continua de medicamentos, el uso de dispositivos o la aplicación de medidas anticonceptivas en cada relación sexual, por lo que su elección debe sustentarse en una decisión libre e informada sobre la intención reproductiva (Badr, 2025).

La esterilización femenina y la vasectomía presentan tasas de eficacia muy elevadas. Sin embargo, existen diferencias en el momento en que se alcanza la protección efectiva. En la esterilización femenina, el efecto anticonceptivo se establece como consecuencia del procedimiento sobre las trompas (Lozano-Beltrán, 2023). En la vasectomía, es necesario esperar hasta que los espermatozoides residuales hayan desaparecido y se haya confirmado el resultado mediante el control indicado (Rust, Pereira, & Bernie, 2025).

La permanencia constituye la principal característica que diferencia estos métodos de las alternativas reversibles, por lo que la persona que opta por una esterilización debe

comprender que se trata de una intervención destinada a prevenir futuros embarazos de manera permanente y que no debe considerarse como una medida anticonceptiva temporal, aunque en determinadas circunstancias puedan realizarse procedimientos destinados a intentar recuperar la fertilidad, cuyos resultados no están garantizados y dependen de diversos factores relacionados con el procedimiento realizado y las características individuales de cada persona (Badr, 2025).

Los métodos anticonceptivos permanentes tampoco proporcionan protección frente a las infecciones de transmisión sexual, ya que su finalidad específica es prevenir el embarazo, por lo que el uso del preservativo continúa siendo necesario cuando existe riesgo de exposición a estas infecciones (Badr, 2025).

5.5.4. Consideraciones previas al procedimiento

Consejería e Información Basada en Derechos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016)**:**

- El consentimiento informado firmado libremente es un requisito ético e legal imperativo. La usuaria o el usuario debe comprender que se trata de un método definitivo y que existen alternativas de larga duración altamente eficaces e reversibles (LARC como el DIU o el implante)
- Evaluación cuidadosa de factores de riesgo de arrepentimiento posterior: edad menor de 30 años, ausencia de hijos o paridad baja, presiones de la pareja o toma de decisión impulsiva durante momentos de crisis personal o inmediatamente posterior a un evento obstétrico traumático.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2025)**:**

- No existen condiciones médicas absolutas que prohíban permanentemente la AQV, pero la clasificación en estas intervenciones abarca cuatro categorías adaptadas:
    1. *Aceptar (A):* No hay restricciones para la cirugía.
    2. *Precaución (C):* El procedimiento se puede realizar en el entorno habitual, pero con preparación o precauciones extra (ej. hipertensión arterial controlada, obesidad, cirugía abdominal previa).

3. *Retrasar (D):* La cirugía debe diferirse hasta que la condición médica se evalúe y resuelva (ej. infección pélvica o sistémica activa, preeclampsia severa, hemorragia postparto inmediata, trombosis venosa profunda activa).
4. *Especial (S):* Se requiere un centro quirúrgico especializado con cirujanos y anestesiólogos experimentados (ej. hernias escrotales gigantes, cardiopatías congénitas o valvulares severas).

5.5.5. Seguimiento y cuidados posteriores

El seguimiento posterior a la esterilización permite valorar la recuperación, identificar oportunamente posibles complicaciones y reforzar la información relacionada con el procedimiento y su eficacia anticonceptiva, de acuerdo con las características de cada método (Badr, 2025).

Después de la esterilización quirúrgica femenina pueden presentarse dolor o molestias transitorias relacionadas con el procedimiento, por lo que deben seguirse las indicaciones proporcionadas por el equipo sanitario respecto al cuidado de la herida, la actividad física y los signos de alarma, mientras que la presencia de dolor intenso o persistente, fiebre, sangrado importante, secreción anormal de la herida u otras manifestaciones inesperadas requiere valoración sanitaria (Lozano-Beltrán, 2023).

Después de la vasectomía pueden presentarse inflamación, hematomas o molestias en la zona intervenida durante los primeros días, por lo que el cuidado posterior debe realizarse de acuerdo con las indicaciones establecidas para favorecer la recuperación y reducir el riesgo de complicaciones, además, es fundamental realizar el análisis de semen en el momento indicado y mantener otro método anticonceptivo hasta obtener la confirmación de la ausencia de espermatozoides conforme a los criterios establecidos, mientras que la aparición de dolor intenso, inflamación progresiva, fiebre, secreción u otras manifestaciones sugestivas de complicación requiere valoración por personal sanitario (Rust, Pereira, & Bernie, 2025).

El seguimiento también constituye una oportunidad para reforzar la comprensión del carácter permanente de estos procedimientos y resolver las dudas que puedan surgir durante la recuperación, por lo que la atención posterior debe favorecer que la persona comprenda los resultados del procedimiento, las recomendaciones para su recuperación y las medidas anticonceptivas necesarias hasta confirmar la eficacia de la vasectomía cuando corresponda (Badr, 2025).

5.6. Elección informada y consejería desde enfermería

La elección de un método anticonceptivo constituye un proceso individual que requiere información suficiente, valoración de las necesidades de la persona y respeto por sus preferencias, condiciones y decisiones, la disponibilidad de diferentes alternativas permite adaptar la anticoncepción a las características y circunstancias de cada persona, evitando considerar una opción como universalmente adecuada (Roselló-Sastre, Paz-Blasco, Bronchal-Fell, Álvarez-Ponce, & Negru-Luca, 2026).

La consejería anticonceptiva es un proceso de comunicación profesional mediante el cual se proporciona información clara y basada en evidencia sobre las diferentes alternativas disponibles, incluyendo sus características, beneficios, posibles efectos adversos, limitaciones, forma de utilización y duración, con la finalidad de favorecer una decisión libre, autónoma e informada (Roselló-Sastre, Paz-Blasco, Bronchal-Fell, Álvarez-Ponce, & Negru-Luca, 2026).

En este proceso, enfermería desempeña un papel fundamental mediante acciones de promoción, educación, orientación y seguimiento, por lo que la consejería debe desarrollarse en un ambiente que favorezca la privacidad, confidencialidad, respeto y ausencia de juicios, coerción o presiones externas, reconociendo a la persona como participante activa en las decisiones relacionadas con su cuidado (Roselló-Sastre, Paz-Blasco, Bronchal-Fell, Álvarez-Ponce, & Negru-Luca, 2026).

La elección informada no consiste únicamente en presentar las diferentes alternativas, sino en establecer un diálogo que permita identificar las expectativas de la persona, las características que considera importantes y las condiciones que pueden influir en su decisión, además, las necesidades anticonceptivas pueden modificarse a lo largo del curso de vida debido a cambios en las circunstancias personales, familiares, reproductivas o de salud, por lo que la opción seleccionada puede revisarse y modificarse cuando deje de responder a las necesidades o preferencias de la persona (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2016).

5.6.1. Valoración de necesidades, preferencias y condiciones individuales

La valoración de enfermería debe desarrollarse en un entorno que garantice confidencialidad, privacidad, empatía y respeto a la diversidad cultural y de género. A través

de la entrevista clínica y la anamnesis enfermera, se recolectan los siguientes datos clave (Macías-Sánchez & Verdezoto-Michuy, 2025):

- **Anamnesis clínica y ginecoobstétrica:** Registro de la historia médica personal y familiar (evento cardiovascular, hipertensión, tromboembolismo, diabetes, patología hepática, neoplasias), fórmula obstétrica, características del patrón menstrual (duración, volumen, presencia de dismenorrea), fecha de la última regla y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) (Macías-Sánchez & Verdezoto-Michuy, 2025).
- **Exploración de la intención reproductiva:** Identificación clara de las metas familiares de la persona: deseo de concebir a corto, mediano o largo plazo, o deseo de esterilización definitiva (Macías-Sánchez & Verdezoto-Michuy, 2025).
- **Preferencias, mitos y percepciones previas:** Indagación sobre experiencias anteriores con otros métodos anticonceptivos, efectos secundarios no tolerados y presencia de falsas creencias o mitos culturales que puedan condicionar negativamente la aceptación del método (Macías-Sánchez & Verdezoto-Michuy, 2025).
- **Estilo de vida y patrones cotidianos:** Evaluación de la rutina diaria, capacidad de memoria o recordatorio (clave para la toma diaria de anticonceptivos orales), acceso económico, distancia geográfica a los servicios de salud y exposición a situaciones de vulnerabilidad o violencia basada en género (Macías-Sánchez & Verdezoto-Michuy, 2025).

5.6.2. Información sobre eficacia, beneficios, riesgos y limitaciones

El profesional de enfermería debe comunicar la evidencia científica utilizando un lenguaje claro, accesible, desprovisto de tecnicismos innecesarios y con apoyo de material educativo visual o demostrativo (muestrarios de métodos, modelos anatómicos, infografías) (Santoyo-Rivilla, 2024).

Dimensión Informativa	Contenidos Esenciales en la Consejería de Enfermería
Eficacia comparativa	Explicación diferenciada entre el uso perfecto (cumplimiento técnico estricto) y el uso típico (condiciones reales con descuidos o errores). Énfasis en la mayor efectividad de los métodos LARC (implantes y DIU/SIU) y permanentes al no depender de la memoria del usuario.

Mecanismo de acción y uso	Instrucción detallada sobre cómo actúa el método, la técnica correcta de administración o colocación, y el momento preciso de inicio (regla de los primeros 5-7 días del ciclo menstrual o inicio rápido/Sart-Now).
Efectos secundarios esperables	Anticipación de las alteraciones más comunes en el patrón de sangrado (amenorrea, spotting o manchado irregular, menorragia), cefalea, sensibilidad mamaria o cambios ponderales. Aclarar que la mayoría de estos síntomas son benignos y transitorios durante los primeros 3 a 6 meses.
Riesgos y signos de alarma	Identificación de complicaciones graves (por ejemplo, signos de eventos tromboembólicos con anticonceptivos hormonales combinados o dolor pélvico severo/fiebre tras la colocación de un DIU) que demandan atención médica inmediata.
Protección contra ITS	Refuerzo continuo de la doble protección (uso concomitante del preservativo externo o interno junto con otro método eficaz) para la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH.

5.6.3. Autonomía y participación activa en la elección del método

La autonomía constituye un principio fundamental de la atención anticonceptiva, por lo que toda persona tiene derecho a participar en las decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva y a seleccionar el método que considere acorde con sus necesidades y preferencias, dentro de las condiciones de seguridad y los criterios clínicos aplicables (Rubio, 2025).

La participación activa implica que la persona no sea considerada únicamente receptora de información, sino protagonista del proceso de decisión. El personal de enfermería proporciona información, aclara dudas y facilita la comprensión, pero la elección final corresponde a la persona. El respeto a la autonomía requiere evitar cualquier forma de presión, coerción o imposición. La recomendación profesional puede orientar la decisión cuando existen razones clínicas relevantes, pero debe comunicarse de manera transparente y permitir que la persona comprenda las razones que sustentan dicha recomendación (Rubio, 2025).

La consejería debe respetar las preferencias individuales y reconocer que personas con características clínicas similares pueden seleccionar alternativas diferentes debido a sus

necesidades, experiencias, prioridades o circunstancias, además, la participación activa comprende la posibilidad de reconsiderar la elección, cambiar de método, suspenderlo o seleccionar otra alternativa cuando se modifiquen las necesidades o condiciones personales (Rubio, 2025).

El papel de enfermería consiste en favorecer las condiciones necesarias para una decisión libre e informada mediante una relación terapéutica basada en el respeto, la comunicación clara y la confidencialidad, proporcionando acompañamiento durante el proceso de elección y seguimiento de acuerdo con las necesidades de cada persona (Rubio, 2025).

5.6.4. Seguimiento, adherencia y resolución de dificultades

El acompañamiento de enfermería no concluye con la entrega o colocación del anticonceptivo; requiere un plan continuo de seguimiento para evaluar la satisfacción, afianzar la adherencia y prevenir la discontinuación precoz (Muñiz Ceballos, Larripa Romeo, & Samper Camparola, 2022).

- **Planificación de controles periódicos:** Programación de citas de seguimiento clínicas (por ejemplo, a las 3-6 semanas para revisión de hilos de DIU o valoración de tolerancia inicial a hormonales, y posteriormente controles anuales o a demanda) (Muñiz Ceballos, Larripa Romeo, & Samper Camparola, 2022).
- **Manejo proactive de efectos adversos:** Brindar contención y manejo sintomático ante los efectos secundarios no deseados. La explicación previa de que el sangrado irregular o la amenorrea son fisiológicamente normales según el método reduce significativamente las tasas de abandono (Muñiz Ceballos, Larripa Romeo, & Samper Camparola, 2022).
- **Manejo de olvidos y errores de uso:** Capacitar a la usuaria en protocolos concretos ante fallas en la adherencia (pila de anticonceptivos orales olvidados, desprendimiento de parches, retraso en la inyección trimestral o rotura del condón), incluyendo la indicación adecuada de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) (Muñiz Ceballos, Larripa Romeo, & Samper Camparola, 2022).
- **Flexibilidad para el cambio de método:** Garantizar a la usuaria la posibilidad de retirar, suspender o cambiar de método anticonceptivo en cualquier momento en que lo desee o cuando sus circunstancias clínicas o personales cambien, sin juzgar su decisión

ni imponer barreras administrativas (Muñiz Ceballos, Larripa Romeo, & Samper Camparola, 2022).

5.7. Mitos, creencias y barreras socioculturales en la anticoncepción

La utilización de métodos anticonceptivos no depende exclusivamente de su disponibilidad ni de sus características clínicas, ya que las decisiones relacionadas con su elección y uso pueden estar influenciadas por los conocimientos, experiencias previas, creencias personales, relaciones familiares, normas sociales, condiciones culturales y percepciones sobre la sexualidad y la reproducción (Gueye, Speizer, Coroon, & Okigbo, 2021)

Los mitos y las creencias pueden modificar la percepción sobre la eficacia, seguridad y aceptabilidad de los métodos anticonceptivos, debido a que algunas ideas se originan en experiencias individuales, información incompleta, transmisión familiar, redes sociales o recomendaciones de personas cercanas, y cuando estas creencias no corresponden con la evidencia científica pueden generar temor, rechazo, uso incorrecto o abandono del método (Black, Vromman, & French, 2025).

La información disponible en el entorno también influye en las decisiones anticonceptivas, debido a que las personas pueden acceder a contenidos proporcionados por profesionales sanitarios, instituciones educativas y medios de comunicación, así como a información procedente de redes sociales, páginas web, familiares, amistades y otras fuentes que pueden presentar contenidos incompletos, desactualizados o incorrectos (Black, Vromman, & French, 2025).

Las barreras socioculturales y de género pueden limitar la posibilidad de acceder a información, elegir un método o utilizarlo de manera autónoma, por lo que la atención debe considerar las condiciones sociales y culturales que pueden influir en las decisiones anticonceptivas, además de los aspectos clínicos relacionados con cada alternativa (Black, Vromman, & French, 2025).

Desde enfermería, el abordaje de estos factores requiere establecer una comunicación respetuosa, practicar la escucha activa, proporcionar información basada en evidencia y reconocer las particularidades culturales de cada persona, con el propósito de aclarar dudas, identificar creencias que puedan afectar el uso adecuado de los métodos y favorecer decisiones

informadas sin imponer preferencias profesionales (Muñiz Ceballos, Larripa Romeo, & Samper Camparola, 2022).

5.7.1. Mitos y creencias frecuentes sobre los métodos anticonceptivos

Las falsas creencias sobre la anticoncepción representan una de las principales causas de temor, uso inconsistente, falla metodológica y abandono prematuro de los métodos anticonceptivos. Estos mitos suelen distorsionar los efectos fisiológicos reales de los fármacos o dispositivos (Gueye, Speizer, Coroon, & Okigbo, 2021):

- **Mitos sobre la fertilidad futura y la salud reproductiva:** Creencia arraigada de que los anticonceptivos hormonales (especialmente los inyectables de depósito e implantes) o el DIU producen "infertilidad permanente", "acumulación de sangre en el útero" cuando inducen amenorrea, o "limpieza/purificación incompleta" del cuerpo, fisiológicamente, el retorno a la fertilidad previa es inmediato tras la suspensión de la mayoría de los métodos (con un leve retraso fisiológico únicamente en el acetato de medroxiprogesterona de depósito) (Gueye, Speizer, Coroon, & Okigbo, 2021).
- **Mitos sobre patologías graves y alteraciones corporales:** Ideas infundadas de que la anticoncepción hormonal provoca cáncer, malformaciones congénitas en futuros embarazos, incremento descontrolado de peso, varices o "reducción del deseo sexual". La evidencia científica demuestra que los anticonceptivos hormonales combinados ejercen un efecto protector sustancial contra el cáncer de ovario y de endometrio (Gueye, Speizer, Coroon, & Okigbo, 2021).
- **Mitos asociados a los métodos de emergencia y barrera:** Clasificación errónea de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) como un "método abortivo" (confundiéndola con el Misoprostol o la mifepristona), o la falsa idea de que el uso del condón "reduce la potencia viril", "disminuye drásticamente el placer sexual" o que "usar dos condones simultáneamente ofrece el doble de protección" (práctica que incrementa la fricción y la rotura por cizallamiento) (Gueye, Speizer, Coroon, & Okigbo, 2021).

5.7.2. Fuentes de información y desinformación

La construcción de las representaciones sociales sobre la anticoncepción depende directamente de los canales por los cuales circula la información en la comunidad (John, Gorman, Scales, & Gorman, 2025):

- **Canales informales y redes comunitarias:** Transmisión intergeneracional de experiencias individuales negativas, rumores y consejos de pares, familiares o curanderos locales. Las experiencias adversas de terceros suelen extrapolarse como certezas universales, eclipsando la información técnica brindada por los servicios de salud (John, Gorman, Scales, & Gorman, 2025).
- **Entorno digital y redes sociales:** Proliferación de contenidos no verificados, pseudociencia y discursos de desinformación en plataformas digitales (TikTok, Instagram, grupos de mensajería). La promoción sin sustento clínico de "métodos de detoxificación hormonal", "métodos naturales alternativos" no validados o la satanización de la anticoncepción hormonal genera confusión e inseguridad en los usuarios jóvenes (John, Gorman, Scales, & Gorman, 2025).
- **Barreras en la comunicación con el personal sanitario:** Brechas lingüísticas, uso excesivo de tecnicismos médicos por parte del equipo de salud o consultas apresuradas que no dejan espacio para que la persona exprese sus dudas o temores reales, derivando en la búsqueda de respuestas en fuentes no confiables (John, Gorman, Scales, & Gorman, 2025).

5.7.3. Influencia de factores familiares, sociales y culturales

La toma de decisiones en salud reproductiva no ocurre de forma aislada; está fuertemente permeada por el entorno sociocultural en el que se desenvuelve la persona (Omotosho-Adegboyega & Abideen Adewusi, 2024):

- **Entorno familiar y mandatos intergeneracionales:** La desaprobación familiar, la estigmatización de la vivencia de la sexualidad fuera del matrimonio o la falta de comunicación abierta sobre educación sexual integral en el hogar imponen barreras morales que condicionan el acceso discreto y oportuno a la anticoncepción, en especial durante la adolescencia (Omotosho-Adegboyega & Abideen Adewusi, 2024).

- **Presión social y rol de la maternidad/paternidad:** En diversas comunidades, la valía social y el paso a la adultez están íntimamente ligados a la maternidad o a la demostración de la virilidad a través de la fecundidad, desincentivando el uso de métodos de larga duración o permanentes (Omotosho-Adegboyega & Abideen Adewusi, 2024).
- **Influencia de convicciones religiosas o doctrinales:** Normas o posturas institucionales de determinados grupos religiosos que condenan el uso de anticonceptivos modernos o la separación entre la función de unión afectiva y la procreación, generando dilemas éticos y culpa en los usuarios (Omotosho-Adegboyega & Abideen Adewusi, 2024).

5.7.4. Barreras culturales y de género en el uso de anticonceptivos

Las desigualdades de género y las tensiones culturales restringen directamente la autonomía reproductiva y el libre ejercicio de los derechos sexuales (Gutiérrez-Crespo, Huaman-Carhuas, Cehua-Alvarez, Matzumura-Kasano, & Valdeiglesias-Ochoa, 2023):

- **Machismo y relaciones de poder asimétricas:** Oposición del varón al uso de anticonceptivos por recelo a perder el control sobre la pareja, sospechas infundadas de infidelidad, o la negación rotunda al uso del preservativo. Esta dinámica expone a la mujer a embarazos no planificados e ITS, obligándola en ocasiones a recurrir a métodos hormonales discretos (como el inyectable trimestral o el implante) (Gutiérrez-Crespo, Huaman-Carhuas, Cehua-Alvarez, Matzumura-Kasano, & Valdeiglesias-Ochoa, 2023).
- **Asignación exclusiva de la responsabilidad anticonceptiva:** Asunción cultural de que la regulación de la fertilidad es un "asunto exclusivo de la mujer", desligando al varón de la corresponsabilidad y desincentivando su participación activa en la consejería, en el uso de métodos de barrera o en la vasectomía (Gutiérrez-Crespo, Huaman-Carhuas, Cehua-Alvarez, Matzumura-Kasano, & Valdeiglesias-Ochoa, 2023).
- **Vergüenza, estigma y falta de privacidad:** Temor a ser juzgada por el personal de salud o por la comunidad al solicitar métodos anticonceptivos, especialmente en adolescentes, personas solteras o minorías sexo-diversas, lo que provoca la postergación o el abandono de la atención médica preventiva (Gutiérrez-Crespo,

Huaman-Carhuas, Cehua-Alvarez, Matzumura-Kasano, & Valdeiglesias-Ochoa, 2023).

5.7.5. Estrategias de enfermería para abordar mitos y creencias

El profesional de enfermería desempeña un rol transformador en la deconstrucción de barreras socioculturales a través de intervenciones educativas y de cuidado ético (Roselló-Sastre, Paz-Blasco, Bronchal-Fell, Álvarez-Ponce, & Negru-Luca, 2026):

Estrategia de Enfermería	Acciones Operativas y Clínicas
Escucha activa y validación empática	Acoger los temores y mitos expresados por la persona sin juzgar, descalificar ni ridiculizar sus creencias. Validar la preocupación subyacente para construir una relación de confianza y apertura.
Educación basada en evidencia con lenguaje claro	Explicar la fisiología reproductiva y los mecanismos anticonceptivos mediante analogías sencillas, recursos gráficos o modelos anatómicos. Rebatir la desinformación (por ejemplo, aclarando que la amenorrea por progestágenos es un reposo endometrial y no una "retención de sangre").
Enfoque de género e involucramiento del varón	Fomentar la educación orientada a varones para deconstruir estereotipos machistas, promover la corresponsabilidad en la planificación familiar y aumentar la aceptación de los métodos de barrera y la vasectomía.
Garantía estricta de confidencialidad y privacidad	Crear un espacio clínico seguro que asegure el secreto profesional, especialmente al atender a adolescentes o personas en situación de vulnerabilidad, eliminando el temor a ser expuestos ante familiares o la comunidad.
Sensibilidad e interculturalidad en el cuidado	Adaptar las recomendaciones al contexto cultural de la población, articulando el conocimiento científico con las pautas de vida locales sin transgredir los derechos reproductivos ni la autonomía individual.

El abordaje de los mitos y las barreras socioculturales forma parte de una consejería anticonceptiva integral y centrada en la persona, cuyo propósito no es orientar hacia una alternativa determinada, sino proporcionar información confiable y condiciones adecuadas para que cada persona pueda valorar las opciones disponibles, identificar y cuestionar información incorrecta, expresar sus preferencias y adoptar decisiones libres e informadas, de esta manera, enfermería contribuye al fortalecimiento de la alfabetización en salud, la reducción de barreras de acceso, el uso adecuado de los métodos anticonceptivos y una atención sustentada en el respeto, la equidad, la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos (Roselló-Sastre, Paz-Blasco, Bronchal-Fell, Álvarez-Ponce, & Negru-Luca, 2026).

Capítulo VI.- Salud Reproductiva y Planificación Familiar

Méd. Cir. Jenifer Dayanara Aguilar Cano, Esp. [10]

6.1. Concepto e importancia de la planificación familiar

La planificación familiar constituye un componente del cuidado relacionado con la salud sexual y reproductiva, orientado a que las personas y las parejas puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables respecto de su vida reproductiva, lo que comprende la posibilidad de decidir si tener hijos, cuándo tenerlos y establecer, de acuerdo con las circunstancias y preferencias personales, el intervalo entre los embarazos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La planificación familiar se relaciona con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos porque reconoce la capacidad de las personas para participar activamente en las decisiones vinculadas con la reproducción, por lo que su finalidad no se limita a prevenir embarazos no planificados, sino que también comprende la preparación para embarazos deseados y la organización de la vida reproductiva de acuerdo con las condiciones, expectativas y proyectos de cada persona o pareja (Organización Mundial de la Salud, 2025).

El acceso a información adecuada y a servicios de atención permite que las decisiones relacionadas con la fecundidad se adopten de manera informada, considerando las necesidades individuales, las condiciones de salud, las preferencias personales y las circunstancias familiares y sociales, de modo que las personas puedan ejercer su autonomía y tomar decisiones acordes con sus proyectos de vida (Organización Panamericana de la Salud., 2023).

6.1.1. Concepto de planificación familiar

La planificación familiar puede entenderse como el conjunto de acciones, conocimientos y decisiones que permiten a las personas y parejas determinar de manera voluntaria el número de hijos que desean tener y el momento en que desean tenerlos, así como establecer intervalos entre los embarazos, este concepto comprende tanto la prevención de embarazos no planificados como la preparación para embarazos deseados, por ello, no debe

[10] Universidad Estatal del Sur Manabí, E-mail: jenifer.aguilar@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1747-0266

limitarse a la utilización de métodos anticonceptivos, aunque estos constituyen una herramienta importante para la planificación de la vida reproductiva (González Blanco, Consenso Anticoncepción Hormonal. Actualización 2023. Capítulo 1 Métodos: sistema de búsqueda, niveles de evidencia, grado de recomendación, 2024).

La planificación familiar se fundamenta en la capacidad de las personas para tomar decisiones relacionadas con su reproducción de acuerdo con sus propios objetivos y circunstancias, para ello, es necesario disponer de información suficiente, servicios accesibles y alternativas que permitan responder a diferentes necesidades reproductivas (González Blanco, Consenso Anticoncepción Hormonal. Actualización 2023. Capítulo 1 Métodos: sistema de búsqueda, niveles de evidencia, grado de recomendación, 2024).

Asimismo, la planificación familiar puede desarrollarse en diferentes etapas de la vida reproductiva, ya que las necesidades pueden modificarse con el paso del tiempo debido a cambios en las relaciones de pareja, condiciones personales, situación familiar, deseos reproductivos o circunstancias de salud, por tanto, constituye un proceso dinámico que acompaña las diferentes decisiones reproductivas y permite adaptar las acciones de acuerdo con las necesidades que se presenten (Punina & Moyano, 2024).

En la atención integral, la planificación familiar trasciende la provisión y distribución de métodos anticonceptivos, ya que comprende un conjunto de acciones orientadas a brindar información, facilitar la toma de decisiones, reconocer las necesidades individuales, promover el acceso a servicios y acompañar a las personas en la construcción de sus proyectos reproductivos, mediante una atención basada en la autonomía, el respeto, la equidad y la toma de decisiones informadas. Se define como una estrategia sanitaria multidimensional que articula (Punina & Moyano, 2024):

- **Educación y consejería orientada a la salud sexual y reproductiva:** Proceso pedagógico continuo adaptado a las etapas del ciclo vital y al nivel sociocultural de los usuarios.
- **Provisión universal de tecnología anticonceptiva:** Acceso oportuno a métodos de corta duración, Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (LARC) y procedimientos permanentes o quirúrgicos.
- **Prevención, diagnóstico y derivación de la infertilidad:** Evaluación inicial de la pareja con dificultad para concebir, abarcando la orientación diagnóstica y el acompañamiento biopsicosocial.

- **Atención y evaluación preconcepcional:** Identificación de riesgos médicos, genéticos y ambientales antes del embarazo para garantizar las mejores condiciones de salud materna y fetal.
- **Detección y manejo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):** Diagnóstico precoz y promoción de la estrategia de doble protección (uso coordinado de barreras físicas y métodos hormonales/LARC) para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.
- **Prevención y atención humanizada del embarazo no planificado:** Orientación ética y legal para la toma de decisiones informadas y reducción de las complicaciones derivadas del aborto en condiciones de riesgo (Punina & Moyano, 2024).

6.1.2. Planificación familiar y salud reproductiva

La planificación familiar se relaciona estrechamente con la salud reproductiva, entendida como el conjunto de condiciones que favorecen una vida reproductiva segura, satisfactoria y libre de decisiones impuestas, debido a que las decisiones sobre la reproducción pueden influir en diferentes dimensiones de la vida y, a su vez, las condiciones individuales pueden determinar necesidades y posibilidades reproductivas particulares (González, 2023).

Una planificación adecuada permite considerar el momento más conveniente para un embarazo, el intervalo entre gestaciones y las condiciones necesarias para afrontar una futura gestación, además de facilitar la identificación oportuna de necesidades de atención antes, durante y después de los procesos reproductivos (González, 2023).

La planificación familiar también contribuye a reducir situaciones asociadas con embarazos no planificados y favorece la preparación para aquellos que son deseados, mediante información y orientación que permitan reconocer factores relacionados con las condiciones de salud, las circunstancias personales y las decisiones que preceden a la reproducción (Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2021).

Su abordaje integral no debe limitarse a la prevención del embarazo, sino incorporar el bienestar físico, psicológico y social, las condiciones de vida y las decisiones reproductivas de cada persona, de manera que la planificación familiar contribuya a una atención centrada en las necesidades individuales y en el ejercicio de los derechos relacionados con la reproducción (Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2021).

6.1.3. Planificación de la vida reproductiva

La planificación de la vida reproductiva se define como un proceso dinámico de autodeterminación mediante el cual un individuo o una pareja evalúa de forma crítica sus metas individuales (proyectos académicos, profesionales, económicos, familiares y afectivos) para alinearlos con la decisión de asumir o no la maternidad/paternidad, establecer el número deseado de hijos, determinar el momento más adecuado para la gestación o definir la renuncia definitiva a la procreación (Pérez R. , 2024).

La implementación de este enfoque en la práctica asistencial requiere la integración de dos dimensiones fundamentales:

1. La Atención Preconcepcional:

La atención preconcepcional comprende intervenciones dirigidas a favorecer las mejores condiciones posibles de salud antes del embarazo, su abordaje permite identificar antecedentes personales y familiares, condiciones clínicas, estado nutricional, consumo de sustancias, exposición a factores de riesgo y necesidades de inmunización, además de proporcionar educación y orientación para la preparación de un embarazo planificado. Sus componentes prioritarios incluyen (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013):

- Suplementación nutricional focalizada: Prescripción de ácido fólico desde al menos 3 meses previos a la suspensión del método anticonceptivo (0.4 mg/día en población general y de 4 a 5 mg/día en usuarias con antecedentes de defectos del tubo neural, diabetes pregestacional o uso de fármacos anticonvulsivantes).
- Control y optimización de patologías crónicas: Estabilización de la hemoglobina glicosilada (HbA1c < 6.5) en mujeres diabéticas para minimizar la tasa de malformaciones estructurales orgánicas; ajuste de esquemas farmacológicos sustituyendo antihipertensivos o anticonvulsivantes con potencial teratogénicos (ej. inhibidores de la ECA, antagonistas de receptores de angiotensina II o ácido valproico) por alternativas seguras.
- Inmunización y tamizaje infeccioso: Actualización de esquemas de vacunación (Rubeola, Sarampión, Hepatitis B, Tétanos, Varicela) y descarte precoz de ITS (VIH, Sífilis, Hepatitis B y C, Chlamydia).

- Deshabituación de hábitos tóxicos: Erradicación del consumo de alcohol, tabaco, vapeadores y sustancias psicoactivas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

2. El Enfoque de Ciclo Vital y Etapas Reproductivas:

Las necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva pueden variar durante las diferentes etapas de la vida. Por ello, la planificación familiar y la atención preconcepcional requieren considerar la edad, las condiciones de salud, los proyectos reproductivos, las circunstancias sociales y las preferencias individuales, evitando intervenciones basadas exclusivamente en la edad cronológica (González Blanco, Consenso Anticoncepción Hormonal. Actualización 2023. Capítulo 1 Métodos: sistema de búsqueda, niveles de evidencia, grado de recomendación, 2024).

- Adolescencia (<20 años): Etapa caracterizada por una alta vulnerabilidad biológica y social frente a embarazos no planificados e ITS. Prioriza la prescripción de Métodos Reversibles de Larga Duración (LARC), como implantes subdérmicos o DIU/SIU, por su elevada eficacia independiente de la adherencia del usuario, complementados con preservativos (doble protección). Requiere la garantía estricta de la confidencialidad, privacidad y respeto a la autonomía progresiva del menor.
- Etapa adulta joven y madura (20 a 35 años): Período caracterizado por la consolidación de proyectos de vida, búsqueda de espaciamiento intergenésico o consecución del tamaño familiar deseado. Demanda métodos de alta efectividad con rápida reversibilidad para el retorno oportuno a la fertilidad.
- Perimenopausia (>40 años hasta un año posterior a la última menstruación): Fase de transición hormonal caracterizada por irregularidades menstruales, ciclos anovulatorios intermitentes y persistencia del riesgo de embarazo no deseado. Requiere opciones anticonceptivas altamente efectivas que no incrementen los riesgos cardiovasculares, metabólicos o tromboembólicos (favoreciendo métodos de solo progestágeno, DIU de cobre o SIU-LNG, el cual aporta el beneficio no anticonceptivo de controlar el sangrado uterino anormal perimenopáusico) (González Blanco, Consenso Anticoncepción Hormonal. Actualización 2023. Capítulo 1 Métodos: sistema de búsqueda, niveles de evidencia, grado de recomendación, 2024).

6.1.4. Espaciamiento y planificación de los embarazos

El espaciamiento de los embarazos se refiere al intervalo entre una gestación y la siguiente y constituye un elemento de la planificación familiar que permite establecer períodos entre los embarazos de acuerdo con las necesidades, condiciones y decisiones de cada persona o pareja, considerando factores como la recuperación física posterior a la gestación, las condiciones de salud, las necesidades de cuidado de los hijos y las circunstancias familiares (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

La planificación del intervalo entre embarazos también permite preparar una nueva gestación cuando esta sea deseada, mediante la valoración de las condiciones de salud, la identificación de posibles factores de riesgo y la adopción de medidas orientadas a favorecer un embarazo saludable, sin que el intervalo deba entenderse como una obligación o como una recomendación uniforme para todas las personas, debido a que su determinación debe considerar las circunstancias individuales y las condiciones particulares de cada caso (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

La prevención de embarazos en momentos no deseados puede apoyarse en diferentes alternativas anticonceptivas, cuya elección debe responder a las necesidades, preferencias y condiciones de cada persona, permitiendo utilizarlas de manera temporal hasta que exista el deseo de buscar un nuevo embarazo (Núñez-Urquiza & Hernández-Prado, 2023).

El intervalo entre nacimientos también puede favorecer la organización familiar al proporcionar tiempo para adaptar los recursos, responsabilidades y capacidades de cuidado a las necesidades de sus integrantes, por lo que las decisiones relacionadas con el momento de una nueva gestación deben considerar tanto las condiciones de salud como las circunstancias personales y familiares (Molitoris & Barclay, 2021).

6.1.5. Beneficios de la planificación familiar para la persona, pareja, familia y comunidad

La planificación familiar genera beneficios que pueden extenderse desde el ámbito individual hasta el familiar y comunitario, su importancia radica en que permite que las decisiones reproductivas se adopten de manera voluntaria e informada y en concordancia con las necesidades y proyectos de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Nivel de Análisis	Beneficios Clínicos, Psicosociales, Económicos y Sanitarios
Persona (Mujer / Hombre)	• **Autonomía corporal y derechos:** Ejercicio pleno del derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la vida reproductiva. • **Preservación de la salud integral:** Disminución drástica de la mortalidad materna, embarazos no planeados y complicaciones obstétricas. • **Desarrollo profesional y académico:** Posibilidad de continuar la formación escolar/universitaria e insertarse formalmente en el mercado laboral. • **Salud mental:** Reducción del estrés psicosocial, la ansiedad y la depresión asociadas a la maternidad/paternidad no deseada o imprevista.
Pareja	• **Salud relacional:** Fortalecimiento de la comunicación, el respeto mutuo y la toma compartida de decisiones dentro del hogar. • **Estabilidad económica:** Capacidad para planificar la expansión familiar en función de la solvencia financiera de la pareja. • **Plenitud sexual:** Disfrute de la vida sexual libre del temor continuo a un embarazo no deseado.
Familia	• **Calidad en la crianza:** Posibilidad de otorgar mayor tiempo, atención afectiva, cuidado y estimulación a cada hijo. • **Mejora en la nutrición y salud infantil:** Disminución de la desnutrición crónica infantil y aumento de la cobertura del esquema de vacunación. • **Acceso garantizado a la educación:** Distribución eficiente de los recursos económicos del hogar para asegurar la escolarización de los hijos.

Comunidad y Sociedad	• **Prevención del hacinamiento:** Reducción de la propagación de enfermedades infectocontagiosas y mitigación de la violencia intrafamiliar. • **Optimización de la Salud Pública:** Reducción de la tasa de mortalidad materna e infantil y menor presión sobre las áreas de obstetricia y neonatología. • **Desarrollo socioeconómico (Bono Demográfico):** La reducción de la fecundidad permite estabilizar la pirámide poblacional, incrementando la proporción de población en edad productiva frente a la dependiente. • **Ruptura de la pobreza intergeneracional:** Permite a las familias con escasos recursos concentrar sus inversiones en capital humano, rompiendo círculos de transmisión de la pobreza. • **Sostenibilidad ambiental:** Menor presión sobre los recursos naturales, infraestructura sanitaria, vivienda y servicios públicos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La planificación familiar, por tanto, constituye un componente esencial de la salud reproductiva y requiere información, acceso a servicios, respeto por la autonomía y acompañamiento sanitario adecuado, su enfoque debe reconocer la diversidad de proyectos reproductivos y evitar la imposición de modelos únicos sobre la maternidad, la paternidad o la conformación de las familias (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

6.2. Control preconcepcional

El control preconcepcional constituye una intervención de promoción y prevención orientada a identificar y modificar, cuando sea posible, condiciones que pueden influir en la salud de la persona y en los resultados de un futuro embarazo, se desarrolla antes de la concepción y permite valorar el estado de salud, identificar factores de riesgo, actualizar medidas preventivas y proporcionar educación relacionada con la preparación para una gestación saludable (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma, 2015).

La atención preconcepcional debe considerar las características individuales, los antecedentes personales y familiares, los medicamentos utilizados, el estado nutricional, las condiciones de salud existentes y los hábitos de vida, también debe incorporar aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y con el bienestar emocional, su propósito no consiste en establecer requisitos para acceder al embarazo, sino en ofrecer información y atención preventiva que permita reducir riesgos potencialmente modificables, por ello, debe desarrollarse desde un enfoque centrado en la persona, respetando su autonomía y sus decisiones reproductivas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma, 2015).

6.2.1. Concepto y objetivos del control preconcepcional

El control preconcepcional se define como el conjunto de intervenciones clínicas, educativas, nutricionales y psicosociales destinadas a identificar y modificar factores de riesgo biomédicos, conductuales y ambientales en la salud de la persona o pareja antes de la concepción, su propósito fundamental es optimizar las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de los futuros progenitores para garantizar un embarazo seguro, reducir la morbimortalidad materna e infantil y promover el bienestar fetal y neonatal a corto y largo plazo (Ortiz Ramo, 2024).

El abordaje preconcepcional trasciende la consulta tradicional orientada a la búsqueda inmediata del embarazo; constituye una estrategia de atención primaria preventiva aplicable a toda persona en edad fértil con intencionalidad reproductiva o en riesgo de embarazo. Sus objetivos principales incluyen (Ortiz Ramo, 2024):

- Promoción de la salud reproductiva: Educación en hábitos saludables, nutrición adecuada, ejercicio y salud mental previa a la concepción.
- Identificación temprana y prevención de riesgos: Pesquisa y modificación de patologías crónicas no diagnosticadas o descompensadas, enfermedades infecciosas y exposiciones ambientales o laborales teratogénicos.
- Acondicionamiento biológico: Suplementación oportuna de micronutrientes esenciales (ácido fólico, hierro, yodo) y actualización de esquemas de inmunización para prevenir defectos congénitos e infecciones perinatales.
- Optimización de patologías preexistentes: Ajuste y cambio de esquemas farmacológicos de potencial teratogénicos a alternativas seguras en usuarias con

enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, epilepsia, nefropatías, trastornos tiroideos, autoinmunidad).

- Fomento de la autonomía y la toma de decisiones informadas: Promoción de la preparación física, económica, familiar y emocional para la maternidad y paternidad responsables (Ortiz Ramo, 2024).

6.2.2. Valoración integral de la persona antes del embarazo

La valoración preconcepcional por el profesional de enfermería y el equipo de salud debe desarrollarse mediante un enfoque holístico e individualizado, a través de la entrevista clínica, la exploración física sistemática y las pruebas complementarias, se evalúan las siguientes dimensiones (Ortiz Ramo, 2024):

- **Anamnesis clínica y familiar exhaustiva:**
    - Antecedentes patológicos personales: Búsqueda activa de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías, epilepsia, hipo/hipertiroidismo, asma, trastornos psiquiátricos, coagulopatías y enfermedades autoinmunes (p. ej., lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolipídico).
    - Antecedentes Gineco-obstétricos: Registro minucioso de la fórmula obstétrica (gestas, partos, cesáreas, abortos), intervalos intergenésico previos, antecedentes de morbilidad materna extrema, preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia postparto, parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o muertes perinatales.
    - Antecedentes genéticos y hereditarios: Indagación sobre consanguinidad, historia familiar de malformaciones congénitas, cromosomopatías, enfermedades metabólicas hereditarias o retraso en el desarrollo cognitivo (Ortiz Ramo, 2024).
- **Examen físico integral:**
    - Signos vitales y somatometría: Medición estricta de la tensión arterial, cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) y perímetro abdominal para detectar sobrepeso, obesidad o bajo peso.
    - Exploración sistémica y ginecológica: Valoración cardiopulmonar, evaluación tiroidea, examen clínico de mamas, inspección vulvovaginal y toma de citología cervicovaginal (Papanicolaou) si corresponde según el esquema de tamizaje nacional (Ortiz Ramo, 2024).

- **Exámenes paraclínicos y pruebas complementarias de rutina:**
    - Biometría hemática completa: Evaluación de hemoglobina y hematocrito para descartar anemia, además de recuento de leucocitos y plaquetas.
    - Grupo sanguíneo y Factor Rh: Identificación precoz del riesgo de isoinmunización materna al factor Rh (Rh negativo) y determinación de la necesidad de inmunoglobulina anti-D oportuna.
    - Glucemia en ayunas / HbA1c: Tamizaje de diabetes pregestacional o alteración de la glucosa en ayunas.
    - Perfil lipídico, renal y tiroideo: Útil en pacientes con obesidad, síndrome de ovario poliquístico o antecedentes de patología metabólica o cardiovascular.
    - Perfil TORCH e infeccioso: Tamizaje de VIH, VDRL/RPR (sífilis), Hepatitis B (AgHBs), Hepatitis C, serología para Rubéola y Toxoplasmosis (IgG e IgM), además de la prueba para Chagas en zonas endémicas.
    - Examen general de orina y Urocultivo: Detección y tratamiento de bacteriuria asintomática e infecciones del tracto urinario previo a la gestación (Ortiz Ramo, 2024).

6.2.3. Identificación de factores de riesgo reproductivo

La identificación del riesgo reproductivo permite reconocer condiciones que pueden aumentar la posibilidad de complicaciones antes o durante un embarazo, el riesgo no debe considerarse como una característica permanente de la persona, sino como una condición que puede variar y, en algunos casos, modificarse mediante intervenciones oportunas (Ortiz Ramo, 2024).

El profesional de enfermería clasifica los factores de riesgo en cuatro categorías principales:

Riesgos biológicos y demográficos:

- Edad materna extrema: Embarazo en adolescentes (<18 años) por inmadurez biológica y social, o en edad materna avanzada (≥ 35 años) por mayor incidencia de aneuploidías cromosómicas (como trisomía 21), hipertensión, diabetes gestacional y mortalidad materna.
- Intervalo intergenésico inadecuado: Intervalos intergenésico cortos (<24 meses) o prolongados (>60 meses).

- Gran paridad: Cuatro o más partos previos (≥ 4), con mayor riesgo de hemorragia postparto, atonía uterina, anomalías de inserción placentaria (placenta previa, acretismo) y prolapso de órganos pélvicos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2014).

Riesgos médicos y patologías crónicas descompensadas:

- Diabetes Mellitus pregestacional no controlada: La hiperglucemia durante la organogénesis (primeras 8 semanas de gestación) incrementa drásticamente el riesgo de aborto espontáneo y malformaciones congénitas estructurales (defectos del tubo neural, cardiopatías congénitas y agenesia sacra).
- Hipertensión arterial sistémica: Requiere control previo para prevenir preeclampsia sobreañadida, RCIU y desprendimiento de placenta.
- Trastornos de la glándula tiroides: Tanto el hipotiroidismo (asociado a infertilidad, aborto y compromiso del desarrollo neurocognitivo fetal) como el hipertiroidismo descompensado deben estabilizarse antes de la concepción (Rodríguez-Yribar, Velázquez-Hernández, Roca-Pedroso, & Amaya-Ramírez, 2025).

Riesgos ambientales, ocupacionales y teratogénicos:

- Exposición a tóxicos ambientales y químicos: Plaguicidas, plomo, mercurio, solventes orgánicos, radiaciones ionizantes o gases anestésicos en el lugar de trabajo o residencia.
- Uso de fármacos teratogénicos: Medicamentos de uso común o crónico como anticonvulsivantes (ácido valproico), IECA/ARA-II, estatinas, retinoides orales (isotretinoína), anticoagulantes orales (warfarina) y metotrexato (Castellanos Martillo & Menéndez Jurado, 2025).

Riesgos conductuales, de estilo de vida y psicosociales:

- Consumo de sustancias psicoactivas: Tabaquismo (asociado a bajo peso al nacer, desprendimiento placentario y muerte súbita del lactante), consumo de alcohol (causa del Síndrome Alcohólico Fetal) y uso de drogas ilícitas.
- Malnutrición por exceso o defecto: IMC <18.5 kg/m^2 o IMC ≥ 30 kg/m^2.

- Vulnerabilidad psicosocial y violencia: Pobreza extrema, falta de apoyo social, inestabilidad emocional o presencia de violencia basada en género (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

6.2.4. Preparación para un embarazo saludable

La preparación preconcepcional implica la ejecución de un plan de cuidado preventivo e individualizado orientado a optimizar las condiciones de salud antes del embarazo, desde enfermería, este proceso comprende la identificación de necesidades, educación sanitaria, actualización de medidas preventivas, promoción de hábitos saludables y coordinación de la atención cuando se identifican condiciones que requieren valoración especializada:

- **Inmunización oportuna:**
    - Vacunas de virus vivos atenuados (contraindicadas durante la gestación): Vacuna contra la Rubéola, Sarampión y Parotiditis (SRP) y Varicela. Si la mujer no es inmune, se debe administrar la dosis y recomendar evitar la gestación durante al menos 28 días (1 mes) post-vacunación.
    - Vacunas inactivadas o recombinantes (seguras e indicadas preconcepcionalmente): Hepatitis B (completar esquema de 3 dosis), Tétanos-Difteria (dT) (completar esquema de 5 dosis según antecedente vacunal), Influenza estacional, Tétanos-Difteria-Tos ferina acelular (dTpa) (a partir de las 20 semanas de gestación y vacunas contra el virus sincitial respiratorio (VSR) (32 – 36 semanas de gestación) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2026).
- **Revisión y modificación de medicamentos potencialmente teratógenos:**
    - Sustitución programada de medicamentos contraindicados en el embarazo por opciones de perfil seguro (p. ej., cambio de IECA por Metildopa, Labetalol o Nifedipino; reemplazo de Warfarina por Heparina de Bajo Peso Molecular; o transición de antidiabéticos orales a insulina si es necesario) (Organización Mundial de la Salud, 2016).
- **Salud bucodental:**
    - Evaluación y tratamiento odontológico previo a la concepción, la valoración de la salud bucodental forma parte de la atención preconcepcional, ya que permite identificar y tratar oportunamente enfermedades orales y promover medidas preventivas antes y durante el embarazo, aunque se ha estudiado la asociación

entre enfermedad periodontal y algunos resultados obstétricos adversos, la relación causal debe interpretarse con cautela (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

- **Salud mental y apoyo emocional:**
    - La preparación preconcepcional debe incorporar la identificación de necesidades relacionadas con la salud mental, antecedentes de trastornos emocionales y posibles situaciones de violencia o falta de apoyo social, la detección temprana permite proporcionar orientación, acompañamiento y referencia cuando sea necesario, el abordaje debe desarrollarse desde una perspectiva integral, respetando la autonomía y las decisiones reproductivas de la persona (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

6.2.5. Nutrición, suplementación y estilos de vida saludables

- **Alimentación saludable en la etapa preconcepcional**
    - Importancia de una alimentación variada, equilibrada y suficiente antes del embarazo.
    - Consumo adecuado de frutas, verduras, cereales, leguminosas y fuentes de proteínas.
    - Adecuación de la alimentación al estado nutricional y a las necesidades individuales.
    - Prevención de deficiencias nutricionales y alteraciones del estado nutricional antes de la concepción (Ministerio de Salud Pública del Ecuador).

- **Valoración y preparación del estado nutricional**
    - Evaluación del peso, talla e índice de masa corporal (IMC).
    - Identificación de bajo peso, sobrepeso u obesidad como factores que pueden modificar el riesgo reproductivo.
    - Orientación nutricional individualizada según las condiciones de salud y características de cada persona (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

- **Suplementación preconcepcional**
    - Importancia del **ácido fólico** antes de la concepción para contribuir a la prevención de defectos del tubo neural.

- De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal del MSP, se recomienda ácido fólico 0,4 mg más 60 mg de hierro elemental por vía oral al día durante 1–2 meses antes de la concepción y posteriormente durante las primeras semanas del embarazo.
- Identificación de situaciones que requieren dosis superiores de ácido fólico y valoración especializada, como antecedentes personales o familiares de defectos del tubo neural, diabetes insulinodependiente, IMC mayor de 35 kg/m² o determinados tratamientos anticonvulsivantes.
- La suplementación debe realizarse conforme a la valoración individual y a las disposiciones vigentes del MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

- **Actividad física y estilos de vida saludables**
  - Promoción de actividad física regular y adecuada a las condiciones individuales.
  - Mantenimiento de un peso saludable antes del embarazo.
  - Promoción de hábitos favorables para la salud física y reproductiva.
  - Preparación de la persona para adoptar conductas saludables durante la gestación (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

- **Prevención del consumo de sustancias**
  - Consejería para evitar alcohol, tabaco y otras drogas durante la etapa preconcepcional y el embarazo.
  - Identificación de patrones de consumo que puedan representar un riesgo para la salud reproductiva.
  - Orientación y derivación según corresponda cuando exista consumo problemático. La normativa del MSP señala expresamente la promoción de ambientes y estilos de vida saludables y la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

- **Educación y consejería preconcepcional**
  - Orientación sobre alimentación, suplementación, actividad física y hábitos saludables.
  - Educación sobre la importancia de iniciar estas medidas antes de la concepción, y no únicamente una vez confirmado el embarazo.

- Individualización de las recomendaciones de acuerdo con el estado nutricional, antecedentes y factores de riesgo reproductivo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

6.3. Control prenatal y educación para el parto

El control prenatal constituye un componente fundamental de la atención durante el embarazo y tiene como propósito acompañar el proceso de gestación, vigilar la salud de la persona embarazada y del feto, identificar oportunamente situaciones que puedan representar un riesgo y promover condiciones favorables para el desarrollo del embarazo y el nacimiento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

La atención prenatal comprende actividades de valoración, seguimiento, educación y prevención que se adaptan a las características de cada embarazo, su finalidad no se limita a identificar complicaciones, sino que también permite fortalecer conocimientos y capacidades para el autocuidado, reconocer oportunamente signos de alarma y preparar a la persona para el parto y el nacimiento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

El embarazo constituye un período de importantes cambios físicos, emocionales y sociales, por ello, la atención debe considerar a la persona de manera integral y proporcionar información que facilite la comprensión de estos cambios y la participación activa en las decisiones relacionadas con su atención (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013). La educación para el parto forma parte de este proceso, permite preparar progresivamente a la persona y a su entorno para reconocer las características del trabajo de parto, conocer las alternativas disponibles para el nacimiento, identificar cuándo acudir al establecimiento de salud y participar en la preparación para el cuidado del recién nacido (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

El acompañamiento durante el embarazo debe desarrollarse mediante una comunicación clara, respetuosa y libre de juicios, la información proporcionada debe responder a las necesidades de cada persona y favorecer una experiencia de atención segura y humanizada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

6.3.1. Importancia del control prenatal

El control prenatal permite realizar un seguimiento sistemático de la evolución del embarazo y detectar oportunamente condiciones que puedan afectar la salud materna o fetal, mediante una atención orientada a la prevención, identificación y abordaje de situaciones que requieran intervención durante la gestación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma, 2015).

Durante las consultas se valoran diferentes aspectos relacionados con el estado de salud de la persona embarazada, la evolución de la gestación y el bienestar fetal, mientras que la periodicidad de las atenciones se establece de acuerdo con las recomendaciones sanitarias vigentes y las características individuales de cada embarazo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma, 2015).

La atención prenatal también constituye una oportunidad para desarrollar acciones de educación para la salud, en las que pueden abordarse aspectos relacionados con alimentación, actividad física, descanso, higiene, uso seguro de medicamentos, prevención de infecciones, salud emocional y preparación para el nacimiento, además de favorecer la identificación temprana de factores de riesgo que pueden presentarse durante la gestación o encontrarse previamente y requerir seguimiento específico (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma, 2015).

La atención continua durante el embarazo permite establecer una relación de confianza entre la persona embarazada y el equipo de salud, favoreciendo una comunicación en la que puedan expresarse dudas, necesidades o cambios en el estado de salud y comprender las recomendaciones relacionadas con su cuidado, por lo que la asistencia regular contribuye a mantener una vigilancia adecuada de la gestación y facilita la toma oportuna de decisiones ante modificaciones en su evolución (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma, 2015).

6.3.2. Valoración y seguimiento durante el embarazo

El seguimiento de la gestante exige una secuencia sistematizada de actividades clínicas y exámenes complementarios divididos por trimestres de gestación:

1. Cronograma de consultas y valoración clínica periódica:

- Esquema de visitas (OMS): Primer contacto (semana <12), segundo (semana 20), tercero (semana 26), cuarto (semana 30), quinto (semana 34), sexto (semana 36), séptimo (semana 38) y octavo (semana 40) (Organización Mundial de la Salud, 2016).
- Evaluación clínica en cada consulta:
    - Medición estricta de la presión arterial (detección temprana de trastornos hipertensivos).
    - Monitoreo del incremento ponderal materno según el IMC pregestacional.
    - Medición de la Altura Uterina (AU) a partir de la semana 12-14 y correlación con la curva de crecimiento fetal para detectar Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) o macrosomía.
    - Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) a partir de la semana 10-12 con Doppler o semana 18-20 con estetoscopio de Pinard (110 a 160 lat/min).
    - Determinación de la situación, posición y presentación fetal mediante las Maniobras de Leopold (a partir de la semana 28-32).
    - Valoración de edema patológico en miembros inferiores o rostro y monitoreo de movimientos fetales percibidos por la madre (desde la semana 18-20) (Cunningham, Kenneth, Dashe, & Hoffman, 2022).

2. Paraclínicos y ecografías de control por trimestre:

Trimestre	Pruebas Paraclínicas de Rutina	Evaluaciones Ecográficas
1.º Trimestre (Semanas 1 - 12)	• Biometría hemática completa. • Tipificación sanguínea y Factor Rh (Coombs indirecto si es Rh negativo). • Glucemia en ayunas. • Tamizaje infeccioso: VIH, VDRL/RPR (sífilis), Hepatitis B (AgHBs), Toxoplasmosis y Rubéola (IgG e IgM). • Examen general de orina y urocultivo.	**Ecografía precoz (Semanas 11 - 13.6):** Confirma viabilidad, gestación única o múltiple, determina la edad gestacional exacta (longitud cráneo-caudal - LCC) y mide la translucencia nucal/marcadores de aneuploidías.

	• Citología cervicovaginal. • Tamizaje de Diabetes Gestacional: **Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG 75 g)** entre las semanas 24 y 28. • Biometría hemática de control (evaluación de anemia de segundo trimestre). • Reevaluación serológica de VIH y VDRL/RPR. • Urocultivo de control.	
2.º Trimestre (Semanas 13 - 27)		**Ecografía morfológica o de detalle anatómico (Semanas 18 - 24):** Evaluación exhaustiva de la anatomía fetal, marcadores de malformación, biometría fetal, volumen de líquido amniótico y localización placentaria.
3.º Trimestre (Semanas 28 - 40)	• Biometría hemática de control. • Tamizaje serológico de VIH y VDRL/RPR preparto. • Cultivo vagino-rectal para **Estreptococo del Grupo B (SGB)** entre las semanas 35 y 37 para profilaxis intraparto. • Urocultivo .	**Ecografía del tercer trimestre (Semanas 32 - 36):** Valoración del crecimiento fetal, perfil biofísico, estático fetal, localización/madurez placentaria y volumen de líquido amniótico (índice de Phelan o lago mayor).

6.3.3. Identificación de signos de alarma

La educación para la salud brindada por enfermería debe empoderar a la gestante y a su núcleo familiar en el reconocimiento inmediato de manifestaciones clínicas que sugieren complicaciones obstétricas graves o compromiso del bienestar fetal (Cunningham, Kenneth, Dashe, & Hoffman, 2022).

- **Hemorragia o sangrado vaginal por vía baja:** En el primer trimestre evoca aborto, embarazo ectópico o enfermedad trofoblástica gestacional; en el segundo y tercer

trimestre es signo de amenaza de parto pretérmino, placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI).

- **Síntomas de vasoespasmo / Trastornos Hipertensivos del Embarazo:** Cefalea intensa persistente que no cede a analgésicos comunes, fosfenos o escotomas centelleantes (visión de luces), tinnitus o acúfenos (zumbido de oídos), epigastralgia o dolor severo en hipocondrio derecho ("signo de Chaussier"), y edema de inicio súbito en rostro y manos.
- **Pérdida de líquido por vagina (Amniorrexis):** Salida involuntaria de líquido claro con olor a lejía o verdoso/meconial, indicativo de Ruptura Prematuro de Membranas (RPM) que expone al riesgo de corioamnionitis o compresión del cordón umbilical.
- **Alteración en los patrones de movimiento fetal:** Disminución marcada o ausencia total de la motilidad fetal durante un período de 2 horas (tras la semana 26-28), signo de compromiso de la reserva de oxígeno o sufrimiento fetal agudo/crónico.
- **Dinámica uterina prematura:** Contracciones uterinas dolorosas, frecuentes (2 o más en 10 minutos) antes de la semana 37 de gestación.
- **Síntomas infecciosos o urinarios:** Fiebre mayor o igual a 38°C, escalofríos, disuria, poliaquiuria, dolor lumbar o flujo vaginal fétido o purulento (Cunningham, Kenneth, Dashe, & Hoffman, 2022).

6.3.4. Promoción de hábitos saludables durante el embarazo

La promoción de hábitos saludables durante el embarazo busca favorecer el bienestar de la persona embarazada y contribuir a una evolución adecuada de la gestación, por lo que las recomendaciones deben adaptarse a las características individuales, la edad gestacional y las condiciones clínicas de cada persona (Martínez García, Jiménez Ortega, & Peral-Suárez, 2022).

La alimentación equilibrada constituye uno de los principales componentes del cuidado durante el embarazo y debe orientarse hacia una dieta variada que contribuya a cubrir las necesidades nutricionales y mantener un adecuado estado de salud, mientras que la actividad física puede formar parte de un embarazo saludable cuando no existen contraindicaciones y debe ajustarse a las condiciones individuales y a las recomendaciones del equipo de salud, de igual manera, el descanso y el sueño adecuados forman parte del autocuidado y sus necesidades pueden variar durante la gestación, especialmente conforme avanza el embarazo (Marangoni & Poli, 2026).

Debe evitarse el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias que puedan representar riesgos para la salud materna y fetal, considerando también la exposición a sustancias potencialmente perjudiciales en los espacios laborales, domésticos y ambientales, mientras que la utilización de medicamentos debe realizarse bajo orientación sanitaria, evitando iniciar, suspender o modificar tratamientos por iniciativa propia durante el embarazo (Cornelius & Day, 2021).

La prevención de infecciones comprende medidas de higiene, prácticas sexuales seguras cuando correspondan, vacunación de acuerdo con las recomendaciones vigentes y cumplimiento de las indicaciones proporcionadas durante los controles, mientras que el bienestar emocional también debe integrarse al cuidado durante la gestación, debido a que los cambios físicos, las expectativas relacionadas con el nacimiento y las transformaciones en la vida personal pueden generar diferentes respuestas emocionales, por lo que la comunicación abierta y el acceso oportuno a apoyo profesional favorecen una atención integral (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma, 2015).

6.3.5. Preparación física y emocional para el parto

La educación prenatal o psicoprofilaxis obstétrica constituye un proceso pedagógico y terapéutico coordinado por el equipo de enfermería que capacita a la gestante para afrontar el trabajo de parto y el nacimiento con tranquilidad, disminuyendo el miedo, la ansiedad y el dolor percibido (Martínez Schulte & Karchmer Krivitzky, 2022).

- **Fundamento neuromuscular y ejercicios físicos:**
    - Ejercicios de Kegel: Fortalecimiento y coordinación de la musculatura del suelo pélvico (músculos pubococcígeos) para mejorar la elasticidad perineal, facilitar el descenso fetal en el período expulsivo y prevenir la incontinencia urinaria postparto.
    - Movilización pélvica y basculación: Uso de la pelota de Pilates (esferodinamia) para favorecer la flexibilidad de las articulaciones sacroilíacas y sínfisis del pubis, optimizando la acomodación de la presentación fetal en los diámetros de la pelvis materna.
- **Técnicas de respiración y relajación:**
    - Respiración diafragmática profunda: Empleada en la fase latente del trabajo de parto para favorecer la oxigenación materna y la relajación muscular.

- Respiración jadeante o de soplado rápido: Utilizada durante las contracciones de la fase de transición para evitar el pujo extemporáneo antes de la dilatación cervical completa (10 cm)
- Técnicas de pujo coordinado: Enseñanza del pujo espontáneo en espiración durante la fase expulsiva, minimizando el trauma perineal y la hipoxia fetal (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

- **Abordaje emocional y mitigación del ciclo Miedo-Tensión-Dolor (Teoría de Read):**
  - El temor a lo desconocido genera tensión muscular reflexiva y liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), las cuales provocan vasoconstricción uterina e incrementan la percepción del dolor.
  - La educación detallada sobre las fases fisiológicas del parto y el entrenamiento en técnicas de autocontrol mental rompen este círculo vicioso, estimulando la liberación endógena de endorfinas y oxitocina natural (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

6.3.6. Planificación del parto y preparación para el nacimiento

La preparación para el parto permite anticipar aspectos relacionados con la atención durante el nacimiento, con la finalidad de favorecer una organización adecuada y promover la participación de la persona en las decisiones sobre su atención, de acuerdo con sus preferencias, las condiciones clínicas y las posibilidades disponibles en los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud., 2018).

Esta preparación puede incluir información sobre el lugar previsto para el nacimiento, las vías de comunicación con el establecimiento de salud, los medios de traslado y las situaciones que requieren solicitar atención inmediata, además de orientar sobre los procedimientos habituales del establecimiento y las alternativas disponibles para el acompañamiento durante el parto, de acuerdo con las normas institucionales y las condiciones clínicas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

La preparación para el nacimiento debe considerar las preferencias de la persona respecto al acompañamiento, las posiciones durante el trabajo de parto, las medidas de confort y su participación en las decisiones relacionadas con la atención, siempre dentro de las condiciones de seguridad materna y fetal, debido a que determinadas circunstancias clínicas pueden requerir modificaciones de lo inicialmente previsto y, en estos casos, es necesario

proporcionar información clara sobre las razones de los cambios en la conducta de atención (Cunningham, Kenneth, Dashe, & Hoffman, 2022).

También comprende aspectos prácticos relacionados con el nacimiento, como la identificación de los documentos necesarios, la preparación de los artículos requeridos para la estancia y la organización del traslado al establecimiento de salud, mientras que la educación prenatal puede extenderse a la preparación inicial para recibir al recién nacido mediante información sobre contacto temprano, alimentación y cuidados iniciales, de acuerdo con las recomendaciones establecidas por los servicios de salud (Cunningham, Kenneth, Dashe, & Hoffman, 2022).

6.3.7. Participación de la pareja y familia durante el proceso reproductivo

El involucramiento activo del padre, pareja o red de apoyo familiar durante el control prenatal, el parto y el puerperio transforma el nacimiento en un evento social, afectivo e integrador, generando beneficios medibles en los resultados de salud (Toro & Pinto, 2024).

Dimensión de Participación	Acciones de Acompañamiento y Beneficios Clínico-Afectivos
Acompañamiento en el Control Prenatal	• Asistencia conjunta a las consultas médicas y de enfermería, participando en la toma de decisiones y en los talleres de psicoprofilaxis obstétrica. • Refuerzo en el hogar para la adherencia a la suplementación micro nutricional y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma.
Apoyo Continuo durante el Parto (Doula o Pareja)	• Presencia física y soporte emocional ininterrumpido en la sala de preparto y parto. • Aplicación de masajes en la región lumbosacra, apoyo postural e hidratación oral de la gestante. • Beneficios demostrados: Reducción de la duración del trabajo de parto, menor necesidad de analgesia epidural,

	disminución en las tasas de cesárea y mayor satisfacción materna con la experiencia del nacimiento.
Puerperio Temprano y Corresponsabilidad	• Participación activa en el contacto piel a piel inmediato ("método madre/padre canguro") si la madre requiere atención postquirúrgica. • Asunción corresponsable de las tareas de cuidado no remunerado del hogar y apoyo logístico para favorecer el descanso materno.
Protección y Apoyo a la Lactancia Materna	• Fomento del apego precoz e involucramiento en las pautas de crianza, baño del recién nacido y cura del cordón umbilical. • Creación de un entorno familiar tranquilo y libre de presiones que favorezca el reflejo de eyección de la leche materna (mediado por la oxitocina). • Asistencia en el posicionamiento del recién nacido y protección de la lactancia materna exclusiva frente a la interferencia no justificada de sucedáneos o biberones (Toro & Pinto, 2024).

6.4. Salud materna y neonatal

La salud materna y neonatal comprende un conjunto de condiciones y acciones orientadas a proteger el bienestar de la persona durante el embarazo, parto y puerperio, así como la salud del recién nacido durante el período neonatal, ambos componentes se encuentran estrechamente relacionados debido a que las condiciones maternas, la atención recibida durante la gestación y el parto, y las características del nacimiento pueden influir en la adaptación y el bienestar del recién nacido (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

La atención integral requiere continuidad entre las diferentes etapas del proceso reproductivo, por lo que el cuidado no concluye con el nacimiento, sino que continúa durante el puerperio y el período neonatal, etapas en las que pueden presentarse situaciones que

requieren vigilancia, educación, seguimiento y atención oportuna (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

La promoción de la salud materna y neonatal comprende acciones preventivas, educativas y asistenciales orientadas a reducir riesgos, favorecer una experiencia positiva del nacimiento y promover prácticas que contribuyan al bienestar de la persona y del recién nacido, desde enfermería estas acciones incluyen la valoración, vigilancia, educación, apoyo emocional, promoción de la lactancia, identificación de signos de alarma y coordinación con el equipo interdisciplinario (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

6.4.1. Concepto de salud materna y neonatal

La salud materna se define como el estado integral de bienestar físico, mental y social de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y no solo como la ausencia de enfermedad o invalidez, comprende todas las dimensiones sanitarias orientadas a garantizar que el proceso reproductivo transcurra de forma segura, respetando la autonomía de la mujer y previniendo la morbimortalidad evitable (Garcia de Lima, 2023).

La salud neonatal abarca la atención especializada e integral del recién nacido desde el momento del nacimiento hasta los primeros 28 días de vida completos (período de mayor vulnerabilidad biológica). Se subdivide en (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015):

- **Período neonatal precoz:** Comprende los primeros 7 días de vida (0 a 6 días), fase crítica donde ocurre cerca del 75% de las muertes neonatales debido a la transición cardiorrespiratoria y metabólica a la vida extrauterina.
- **Período neonatal tardío:** Abarca desde los 7 hasta los 28 días completos de vida, donde predominan los riesgos de infecciones adquiridas en la comunidad o el entorno hospitalario y las complicaciones asociadas a anomalías congénitas o prematurez (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

La **Cíclica o dúo madre-hijo (Unidad Funcional Materno-Neonatal)** establece que la salud de la madre y la del recién nacido son indisociables, las condiciones de salud, nutrición, infecciones o complicaciones maternas impactan directamente en el desarrollo, crecimiento y supervivencia del feto y neonato; recíprocamente, la salud del recién nacido condiciona el bienestar psicológico, la recuperación puerperal y la dinámica socio familiar de la madre (Ramírez Robles & Cervera Vallejos, 2025).

6.4.2. Factores que influyen en la salud materna y neonatal

La morbimortalidad materna y neonatal está multideterminada por la interacción de variables biológicas, del entorno social y de la respuesta de los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013):

1. Determinantes sociales de la salud (Modelo MAIS-FCI):

- **Pobreza e inequidad socioeconómica:** Dificultad para acceder a alimentos de alto valor nutricional, saneamiento básico, agua potable y vivienda digna.
- **Nivel educativo materno:** La baja escolaridad se correlaciona directamente con un menor reconocimiento de signos de alarma y menor adherencia al control prenatal.
- **Barreras geográficas y de transporte:** Distancias prolongadas entre las comunidades rurales o marginales y los establecimientos de salud con capacidad resolutiva.
- **Factores culturales y de género:** Estigmas, violencia basada en género y falta de autonomía en la toma de decisiones sobre la propia salud reproductiva (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

2. Factores de riesgo biológicos y obstétricos:

- **Edades extremas de la vida reproductiva:** Gestantes adolescentes (<18 años) o con maternidad avanzada (≥35 años), asociadas a mayor riesgo de preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y prematurez.
- **Comorbilidades preexistentes:** Diabetes mellitus pregestacional, hipertensión arterial crónica, cardiopatías, nefropatías e infecciones crónicas (VIH, Hepatitis B).
- **Complicaciones propias del embarazo actual:** Trastornos hipertensivos del embarazo (Preeclampsia/Eclampsia/Síndrome HELLP), hemorragias obstétricas, ruptura prematura de membranas (RPM) e infecciones del tracto urinario (ITU) recurrentes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma, 2015).

3. Modelo de las Tres Demoras en la Mortalidad Materna y Neonatal

- **Primera demora:** retraso en la decisión de buscar atención sanitaria.
    - Falta de reconocimiento de signos y síntomas de alarma.
    - Desconocimiento sobre la gravedad de la complicación.
    - Factores culturales, familiares y sociales.

    - Temor o dificultades para decidir acudir a un servicio de salud.
- **Segunda demora:** demora en alcanzar o llegar a la institución de salud.
    - Falta de transporte.
    - Mal estado de las vías de acceso.
    - Costos de traslado.
    - Distancias geográficas.
    - Dificultades de accesibilidad territorial.
- **Tercera demora:** demora en recibir atención médica y de enfermería adecuada.
    - Personal insuficientemente capacitado.
    - Desabastecimiento de medicamentos e insumos.
    - Tiempos de espera prolongados.
    - Inadecuada categorización o priorización de la atención.
    - Limitaciones en la capacidad resolutiva del establecimiento (Mazza, Vallejo, & González, 2022).

6.4.3. Atención durante el parto y nacimiento

La atención del parto humanizado y seguro requiere la sistematización de cuidados en cada uno de sus períodos clínicos, priorizando el bienestar de la gestante y la transición fisiológica del recién nacido (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

1. Trabajo de parto y parto respetado (Atención a la madre):

- **Fase de Dilatación y Borramiento:** Monitoreo intermitente de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) cada 30 minutos en fase activa ($110 a 160 lat/min); control de signos vitales maternos; fomento de la deambulación y libre posición; hidratación oral; apoyo emocional continuo.
- **Fase Expulsiva:** Acompañamiento en el pujo espontáneo; protección activa del periné mediante la maniobra de Ritgen modificada para prevenir laceraciones graves de 3.º y 4.º grado; prohibición de la maniobra de Kristeller (presión fúndica).
- **Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATPP):** Estrategia de elección para prevenir la hemorragia postparto (HPP):
    1. Administración de un agente uterotónico inmediatamente tras el nacimiento del hombro anterior o salida del recién nacido (**Oxitocina 10 UI IM/IV** como fármaco de primera línea).

2. Tracción controlada del cordón umbilical (TCC) con contratracción uterina supraplácida (Maniobra de Brandt-Andrews).
3. Masaje uterino abdominal tras la expulsión de la placenta y verificación de la integridad de los cotiledones y membranas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

2. Atenciones inmediatas del recién nacido en sala de partos:

Procedimiento	Descripción y Criterios Clínicos
Contacto Piel a Piel Inmediato (CPPI)	• Colocación del recién nacido vigoroso sobre el torso o abdomen materno desnudo durante un mínimo de 60 minutos ininterrumpidos. • Beneficios: Regulación de la temperatura corporal, estabilización cardiorrespiratoria, colonización por microbiota materna y facilitación del acoplamiento precoz a la lactancia.
Pinzamiento Tardío del Cordón Umbilical	• Realizado entre 1 y 3 minutos después del nacimiento (o al cesar el pulso del cordón). • Beneficios: Transfiere entre 80 y 100 mL de sangre adicional, incrementando las reservas de hierro del lactante y reduciendo la anemia durante el primer año de vida.
Evaluación del Puntaje APGAR	• Valoración objetiva de la adaptación extrauterina al minuto 1 y a los 5 minutos. • Parámetros (0,1,2 puntos): **A**pariencia (Color), **P**ulso (FC), **G**estos (Irritabilidad refleja), **A**ctividad (Tono muscular) y **R**espiración (Esfuerzo respiratorio). Normal: 7 a 10 puntos.
Cuidados Profilácticos Estándar	• **Profilaxis oftálmica:** Aplicación tópica de pomada de eritromicina al 0.5% o tetraciclina al 1% en ambos sacos conjuntivales dentro de la primera hora para prevenir la oftalmía neonatal (Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis).

	• **Profilaxis de Enfermedad Hemorrágica:** Administración intramuscular de Vitamina K 1 (Fitomenadiona): 1 mg IM en el muslo (vaso lateral) para RN ≥1500 g o 0.5 mg IM para RN <1500 g. • **Profilaxis del cordón umbilical:** Cura seca con clorhexidina al 4% o mantenimiento limpio y seco según protocolo institucional.
Somatometría y Examen Físico Precoz	• Medición del Peso, Talla, Perímetro Cefálico (PC) y Perímetro Torácico (PT). • Identificación de malformaciones congénitas visibles, permeabilidad ano-rectal y esofágica, y verificación de los dos vasos arteriales y una vena en el cordón umbilical (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)..

6.4.4. Cuidados durante el puerperio

El puerperio es el período comprendido desde la finalización del alumbramiento hasta la normalización de las modificaciones anatómicas y fisiológicas maternas inducidas por el embarazo (aproximadamente **42 días o 6 semanas**). Se clasifica en (Pérez Sánchez & Donoso Siña, 2021):

- **Puerperio Inmediato:** Primeras 24 horas postparto (fase de mayor riesgo de hemorragia obstétrica).
- **Puerperio Mediato:** Desde las 24 horas hasta los 7 días postparto.
- **Puerperio Tardío:** Desde el día 8 hasta los 42 días completos.

1. Valoración de enfermería en el Puerperio Inmediato (Monitoreo de la "Hora de Oro"):

- **Signos vitales:** Tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura cada 15 minutos durante las primeras 2 horas, luego cada 30 minutos hasta completar las 4 horas.

- **Involución uterina:** Evaluación del fondo uterino en relación con el ombligo. Debe palparse como una masa firme, bien contraída ("globo de seguridad de Pinard"), ubicada a nivel umbilical o 1 a 2 cm por debajo.
- **Características de los loquios:**
    - Loquios rubra (rojos): Días 1 a 3 (sangre fresca, escasos coágulos, olor característico a lactosa, no fétido).
    - Loquios serosa (rosados/marrones): Días 4 a 10 (exudado seroso, eritrocitos reducidos y leucocitos).
    - Loquios alba (blancos/amarillentos): Días 11 a 21 (leucocitos, células epiteliales, moco y grasas).
- **Evaluación del periné/herida quirúrgica:** Inspección de la episiotomía o desgarro utilizando la escala REEDA (Rojez, Edema, Equimosis, Descarga/Secreción, Aproximación de bordes). En caso de cesárea, valoración del apósito quirúrgico.
- **Diuresis y función vesical:** Confirmación de la primera micción espontánea dentro de las primeras 6 a 8 horas para prevenir la sobredistensión vesical y la atonía uterina secundaria (Pérez Sánchez & Donoso Siña, 2021).

2. Detección precoz de complicaciones puerperales:

- **Hemorragia Postparto (HPP):** Pérdida hemática ≥500 mL tras un parto vaginal o ≥1000 mL tras una cesárea. Manejo guiado por la mnemotecnia de las "4 T":
    - Tono (80%): Atonía uterina.
    - Trauma (13%): Laceraciones del canal del parto, rotura uterina, inversión uterina.
    - Tejido (10%): Retención de placenta o restos ovulares.
    - Trombina (1%): Coagulopatías preexistentes o adquiridas.
- **Infección puerperal / Sepsis:** Fiebre ≥38 ∘ C en dos tomas separadas por 6 horas tras las primeras 24 horas postparto, acompañada de loquios fétidos, dolor pélvico o hipersensibilidad uterina (endometritis).
- **Trastornos del estado de ánimo:** Diferenciación entre la Tristeza Puerperal (Baby Blues) (cuadro transitorio de labilidad emocional que resuelve espontáneamente antes de las 2 semanas) y la Depresión Postparto (síntomas depresivos severos y persistentes que requieren intervención especializada) (Pérez Sánchez & Donoso Siña, 2021).

6.4.5. Lactancia materna y alimentación del recién nacido

La lactancia materna constituye una práctica fundamental para la alimentación del recién nacido y proporciona nutrientes y componentes inmunológicos que contribuyen a su crecimiento, desarrollo y protección frente a diversas enfermedades, además de favorecer el contacto cercano entre la madre y el recién nacido cuando las condiciones de ambos lo permiten, por lo que se recomienda promover su inicio temprano y acompañar a la madre durante el establecimiento de la alimentación, proporcionando orientación sobre posiciones, agarre y señales de una lactancia adecuada (Pukier, Regin, & Fleco, 2025).

La alimentación del recién nacido debe responder a sus necesidades y condiciones individuales, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida constituye una recomendación ampliamente establecida por organismos sanitarios internacionales, seguida de la incorporación progresiva de alimentos complementarios adecuados y la continuidad de la lactancia materna durante el tiempo recomendado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador).

La educación dirigida a la madre y la familia debe incluir información sobre las señales que indican una alimentación adecuada, la frecuencia de las tomas y las características esperadas de la eliminación y el comportamiento del recién nacido, además de favorecer la identificación temprana de dificultades relacionadas con el agarre, la posición, el dolor durante la lactancia, la percepción de producción insuficiente de leche o las dificultades en la alimentación, de manera que la orientación oportuna permita abordar estas situaciones y favorecer la continuidad de la lactancia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador).

La alimentación debe adaptarse a situaciones especiales en las que existan condiciones maternas o neonatales que dificulten o contraindiquen temporalmente la lactancia directa, en cuyo caso las alternativas de alimentación deben establecerse mediante valoración profesional y de acuerdo con las recomendaciones sanitarias correspondientes, mientras que la familia puede contribuir mediante apoyo práctico y emocional durante este proceso (Ministerio de Salud Pública del Ecuador).

Además de su función nutricional, la lactancia materna puede favorecer el vínculo temprano y la interacción afectiva entre la madre y el recién nacido, por lo que su promoción debe realizarse mediante educación, acompañamiento y apoyo continuo, respetando las

circunstancias, necesidades y decisiones de cada binomio madre-hijo (Pukier, Regin, & Fleco, 2025).

6.5. Intervenciones enfermeras en la salud reproductiva

Las intervenciones de enfermería en salud reproductiva comprenden un conjunto de acciones orientadas a promover la salud, prevenir riesgos, brindar educación, acompañar los diferentes procesos reproductivos y favorecer la continuidad de la atención, estas intervenciones deben desarrollarse desde una perspectiva integral y centrada en la persona, sustentada en los principios de respeto, autonomía, confidencialidad y trato digno (Macías-Sánchez & Verdezoto-Michuy, 2025).

La actuación de enfermería puede desarrollarse en diferentes momentos del proceso reproductivo, desde la etapa preconcepcional hasta el embarazo, el puerperio y los primeros cuidados del recién nacido, en cada etapa las intervenciones deben responder a las necesidades particulares de la persona y considerar sus condiciones de salud, conocimientos, capacidades y entorno familiar (Oliveira Lima, Barbosa Bezerra, & Alvez Pinto, 2024).

La educación constituye un componente transversal de estas intervenciones, mediante una comunicación clara, comprensible y adaptada a las necesidades de cada persona, enfermería puede favorecer el desarrollo de conocimientos y habilidades para el autocuidado, la identificación oportuna de signos de alarma, la toma de decisiones informadas y el uso adecuado de los servicios de salud (Oliveira Lima, Barbosa Bezerra, & Alvez Pinto, 2024).

6.5.1. Promoción de la salud preconcepcional

La intervención de enfermería durante la etapa preconcepcional parte del reconocimiento de que las condiciones de salud previas a la gestación pueden influir en el bienestar materno y en el desarrollo del futuro embarazo, por lo que el profesional de enfermería desempeña un papel orientador y educativo al acompañar a las personas y parejas en la identificación de sus necesidades y objetivos reproductivos mediante una atención centrada en la persona, respetuosa y libre de juicios (Minchala Urgilés & Aucancela Saldaña, 2026).

Este abordaje comprende la valoración de antecedentes personales y familiares, condiciones de salud, estado nutricional, hábitos de vida, esquema de vacunación y posibles

exposiciones ambientales u ocupacionales que puedan representar riesgos para una futura gestación, a partir de esta valoración, enfermería puede proporcionar educación, promover hábitos saludables, orientar sobre la suplementación indicada y coordinar con el equipo de salud las intervenciones necesarias, incluyendo la administración de ácido fólico de acuerdo con las recomendaciones sanitarias vigentes para contribuir a la prevención de defectos del tubo neural, así como la actualización de las vacunas correspondientes y la orientación sobre las medidas preventivas relacionadas con determinadas exposiciones antes de la concepción (Minchala Urgilés & Aucancela Saldaña, 2026).

Durante esta etapa, la enfermera o el enfermero desarrolla intervenciones educativas y de acompañamiento orientadas a reducir o suspender el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, así como a identificar de manera temprana situaciones de vulnerabilidad psicosocial y posibles casos de violencia basada en género, mediante la orientación, el apoyo y la articulación con otros profesionales y servicios cuando sea necesario (Minchala Urgilés & Aucancela Saldaña, 2026).

De este modo, la atención preconcepcional busca favorecer condiciones de salud adecuadas antes del embarazo y fortalecer la preparación física, emocional y social de las personas que planifican una gestación, mediante acciones dirigidas a reducir factores de riesgo y promover decisiones informadas que contribuyan a un inicio del proceso reproductivo en condiciones más seguras y favorables (Minchala Urgilés & Aucancela Saldaña, 2026).

6.5.2. Seguimiento y educación durante el embarazo

El seguimiento y la educación durante la gestación constituyen oportunidades para brindar acompañamiento continuo, favorecer la identificación temprana de riesgos y contribuir a la prevención de complicaciones, por lo que la atención de enfermería no se limita al registro periódico de signos vitales y mediciones antropométricas, sino que comprende la valoración de la evolución del embarazo, la revisión de los resultados de los exámenes indicados y la vigilancia de parámetros relacionados con el bienestar materno y fetal, como la altura uterina y la frecuencia cardíaca fetal, de acuerdo con las competencias profesionales y las normas establecidas (Encalada Campos, Cabrera Prendes, & Guaman Fajardo, 2026).

La educación prenatal constituye un componente fundamental del cuidado y debe orientarse a fortalecer los conocimientos de la persona embarazada y su red de apoyo para

reconocer oportunamente los signos de alarma, entre ellos cefalea intensa o persistente, alteraciones visuales, sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, dolor abdominal intenso, fiebre y disminución o ausencia de movimientos fetales cuando estos ya han sido percibidos, promoviendo la búsqueda oportuna de atención ante la aparición de estas manifestaciones (Encalada Campos, Cabrera Prendes, & Guaman Fajardo, 2026).

La preparación para el nacimiento comprende acciones educativas y de acompañamiento orientadas a favorecer la confianza, el conocimiento del proceso del parto y la participación informada de la persona embarazada y su acompañante, pudiendo incluir ejercicios de movilidad, técnicas de respiración, medidas de confort y preparación del suelo pélvico cuando estén indicadas, además de proporcionar información sobre las diferentes etapas del trabajo de parto y favorecer la elaboración de un plan de parto acorde con las preferencias de la persona, las condiciones clínicas y las posibilidades del establecimiento de salud (Encalada Campos, Cabrera Prendes, & Guaman Fajardo, 2026).

6.5.3. Cuidados de enfermería durante el puerperio

El puerperio constituye una etapa de cambios fisiológicos, anatómicos y emocionales en la que el organismo materno experimenta una recuperación progresiva posterior al embarazo y al parto, por lo que la atención de enfermería debe orientarse a la vigilancia sistemática del estado materno, la identificación temprana de signos de alarma y la prevención de complicaciones como la hemorragia posparto, las infecciones puerperales y los trastornos de salud mental (Rojas Álvarez., Rufián Martínez, & Rubio Gómez, 2021).

Durante el puerperio inmediato, especialmente en las primeras horas posteriores al nacimiento, la vigilancia de enfermería comprende el control periódico de los signos vitales, la valoración del tono y la involución uterina, la observación de las características y cantidad del sangrado vaginal, la valoración del periné y la identificación de signos de alteración que puedan requerir intervención oportuna, en caso de parto por cesárea también debe observarse la herida quirúrgica y el estado del apósito, de acuerdo con las condiciones clínicas y los protocolos establecidos por el servicio (Rojas Álvarez., Rufián Martínez, & Rubio Gómez, 2021).

La valoración del sangrado y del estado uterino permite identificar oportunamente manifestaciones compatibles con hemorragia posparto, mientras que la observación del periné contribuye a reconocer edema, hematomas, dolor, alteraciones de la cicatrización o signos de infección, por otra parte, en las mujeres que han tenido una cesárea es necesario vigilar la herida

quirúrgica y detectar cambios que puedan indicar complicaciones, manteniendo una valoración individualizada de acuerdo con el tipo de parto y las condiciones de cada persona (Rojas Álvarez., Rufián Martínez, & Rubio Gómez, 2021).

La atención de enfermería también comprende la valoración de la función vesical, la identificación de dificultades para la micción y la promoción de una movilización progresiva y segura cuando las condiciones clínicas lo permitan, además de considerar medidas destinadas a reducir el riesgo de complicaciones tromboembólicas, mientras que el acompañamiento durante la deambulación debe adaptarse al estado general de la mujer, al tipo de parto y a las indicaciones del equipo de salud (Rojas Álvarez., Rufián Martínez, & Rubio Gómez, 2021).

El cuidado puerperal incluye igualmente la valoración del bienestar emocional y la identificación de cambios en el estado de ánimo, ansiedad, dificultades para establecer vínculos o manifestaciones que puedan sugerir un trastorno de salud mental, por lo que enfermería debe proporcionar un espacio de comunicación respetuosa, orientar sobre los cambios emocionales esperados y favorecer la búsqueda de atención profesional cuando se identifiquen signos que requieran valoración especializada (Rojas Álvarez., Rufián Martínez, & Rubio Gómez, 2021).

Durante el puerperio mediato y tardío, las intervenciones se orientan al autocuidado, la higiene, la recuperación progresiva, el reconocimiento de signos de alarma y la continuidad de la atención, incluyendo educación sobre el sangrado puerperal, el cuidado de heridas cuando corresponda, la alimentación, el descanso, la actividad física progresiva y la importancia de acudir a los servicios de salud ante fiebre, sangrado abundante, dolor intenso, secreción con características anormales u otros cambios que puedan indicar complicaciones (Rojas Álvarez., Rufián Martínez, & Rubio Gómez, 2021).

La promoción de la lactancia materna forma parte del acompañamiento durante el puerperio y comprende orientación sobre posiciones, agarre, frecuencia de las tomas y reconocimiento de dificultades que puedan afectar su establecimiento, como dolor persistente, lesiones en el pezón, congestión mamaria o dificultades en la alimentación del recién nacido, de manera que la intervención de enfermería contribuya a favorecer una experiencia satisfactoria y a mantener la lactancia cuando esta sea elegida y resulte clínicamente posible (Rojas Álvarez., Rufián Martínez, & Rubio Gómez, 2021).

6.5.4. Cuidados de enfermería al recién nacido

La atención de enfermería al recién nacido comprende un conjunto sistematizado de intervenciones clínicas inmediatas y de seguimiento destinadas a asegurar una transición cardiorrespiratoria, metabólica y térmica exitosa desde el medio intrauterino hacia la vida extrauterina. Desde el momento mismo del nacimiento en el quirófano o la sala de partos, el profesional de enfermería participa de manera activa en la recepción del neonato, asegurando la aplicación de prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible y en los lineamientos de la atención neonatal humanizada (Sanz Beltrán, Raso Ruiz, & Santander Jorge, 2021).

La primera intervención prioritaria consiste en garantizar el contacto piel a piel ininterrumpido entre la madre y el recién nacido vigoroso durante al menos los primeros sesenta minutos de vida, esta práctica favorece de manera directa la estabilidad térmica del neonato, previene la hipotermia, regula su frecuencia cardíaca y respiratoria, facilita la colonización por microbiota materna y promueve el acoplamiento temprano al seno materno. De forma simultánea o coordinada, el personal de enfermería gestiona el pinzamiento tardío del cordón umbilical, el cual se realiza generalmente entre uno y tres minutos después del nacimiento o una vez que cesa el pulso umbilical, permitiendo la transferencia de un volumen significativo de sangre placentaria que incrementa las reservas de hierro del lactante y reduce de manera sustancial la incidencia de anemia durante su primer año de vida (Sellán Soto & Vázquez Sellán, 2021).

Una vez culminado el período de adaptación inmediata, el profesional de enfermería apoya en la valoración sistemática del estado general del recién nacido mediante la aplicación del test de Apgar al minuto y a los cinco minutos de vida, evaluando la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la irritabilidad refleja y la coloración cutánea. Posteriormente, se procede a la realización de la somatometría completa que incluye la medición de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico y a una exploración física cefalocaudal minuciosa para descartar malformaciones congénitas visibles, verificar la permeabilidad de las coanas, el esófago y el ano, y comprobar la presencia de dos arterias y una vena en el cordón umbilical (Sellán Soto & Vázquez Sellán, 2021).

Dentro de los protocolos asistenciales en la sala de partos, el equipo de enfermería administra las medidas profilácticas estándar esenciales para la preservación de la salud

neonatal: la profilaxis oftálmica tópica con agentes antimicrobianos autorizados para prevenir la oftalmía gonocócica y por clamidia, la administración intramuscular de Fitomenadiona (vitamina K) para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido debida al déficit de factores de coagulación dependientes de esta vitamina, y el cuidado aséptico del muñón umbilical según las directrices institucionales vigentes (Sellán Soto & Vázquez Sellán, 2021).

Durante la estancia hospitalaria conjunta, la actuación del profesional de enfermería se extiende al ámbito de la educación continua a los padres y familiares. Se instruye sobre la frecuencia y técnica de la alimentación, el reconocimiento de signos de alarma neonatal como la ictericia progresiva, la hipoactividad, las alteraciones térmicas, los vómitos persistentes o los signos de dificultad respiratoria y la promoción de prácticas de crianza responsiva. Estas intervenciones fortalecen el vínculo afectivo temprano, garantizan la seguridad del neonato y preparan a la familia para un alta hospitalaria segura y un adecuado seguimiento en el hogar (Sellán Soto & Vázquez Sellán, 2021).

Capítulo VII.- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Mg. Silvia Gabriela Cáceres Palma[11]
Lcda. Paola Fernanda Zambrano Alcivar[12]

7.1. Principales ITS: signos, síntomas y prevención

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un grupo de infecciones causadas por diversos microorganismos, entre ellos bacterias, virus y parásitos, que pueden transmitirse principalmente mediante relaciones sexuales vaginales, anales u orales, constituyen un importante problema de salud sexual y reproductiva debido a su elevada frecuencia, la posibilidad de transmisión en ausencia de manifestaciones clínicas y las complicaciones que pueden presentarse cuando no son identificadas y tratadas oportunamente. Algunas ITS son curables mediante tratamientos específicos, mientras que otras, especialmente las de origen viral, pueden permanecer en el organismo y requerir medidas de control y seguimiento (Díez & Díaz, 2022). El conocimiento de sus características permite reconocer las principales formas de transmisión y manifestaciones clínicas, identificar situaciones que requieren atención sanitaria y fortalecer las medidas destinadas a prevenir nuevas infecciones (Díez & Díaz, 2022).

7.1.1. Concepto y características de las ITS

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones causadas por diferentes microorganismos que pueden transmitirse principalmente mediante el contacto sexual vaginal, anal u oral, entre los agentes causales se encuentran bacterias, virus y parásitos, se conocen más de 30 microorganismos capaces de transmitirse por contacto sexual, aunque un grupo reducido es responsable de la mayor parte de las ITS de importancia sanitaria (Díez & Díaz, 2022).

Las ITS comprenden infecciones que pueden ser curables, como la clamidiosis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis, e infecciones virales que actualmente pueden controlarse, pero no siempre eliminarse del organismo, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el

[11] Universidad Estatal del Sur de Manabí, E-mail: silvia.caceres@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2558-5984
[12] Centro de Salud 24 de mayo, E-mail: pfza1350552889@gmail.com, ORCID: https://orcid.org/0009-0001-6733-3278

virus del herpes simple (VHS) y el virus del papiloma humano (VPH), la hepatitis B también puede transmitirse por vía sexual y cuenta con medidas preventivas mediante vacunación (Díez & Díaz, 2022).

Una característica importante de las ITS es que pueden presentarse sin signos o síntomas evidentes, una persona puede encontrarse infectada y transmitir el microorganismo a sus parejas sexuales sin saber que presenta una infección, cuando aparecen manifestaciones clínicas, estas pueden variar de acuerdo con el microorganismo, el sitio de infección y las características individuales de cada persona (Díez & Díaz, 2022).

Las ITS pueden afectar los órganos genitales, el aparato reproductor, la región anal, la cavidad oral y otras partes del organismo, algunas infecciones también pueden producir manifestaciones sistémicas o afectar diferentes órganos cuando evolucionan sin tratamiento, además, determinadas ITS pueden transmitirse durante el embarazo, el parto o, en situaciones específicas, mediante la lactancia, así como por exposición a sangre contaminada (Díez & Díaz, 2022).

Desde el punto de vista de la salud pública, las ITS constituyen un problema relevante debido a su elevada frecuencia, la posibilidad de transmisión sin síntomas y las complicaciones que pueden ocasionar, entre sus consecuencias se encuentran la enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, complicaciones durante el embarazo, cánceres asociados a determinados virus y un incremento del riesgo de adquirir VIH (Díez & Díaz, 2022).

7.1.2. Principales vías de transmisión

La diseminación de las ITS se articula a través de tres vías fisiopatológicas primarias que condicionan la estrategia de abordaje preventivo y asistencial (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025):

- **Transmisión sexual:** Constituye la vía predominante de propagación, se efectúa mediante el intercambio directo de fluidos corporales biológicamente activos como el semen, el líquido preseminal, las secreciones vaginales y cervicales, y la sangre, o a través del contacto físico directo entre las mucosas sanas o microlesionadas y la piel durante las prácticas sexuales vaginales, anales u orales desprotegidas, la densidad viral o bacteriana del inóculo y la fragilidad epitelial del sitio anatómico expuesto determinan la eficiencia de la transmisión (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025).

- **Transmisión vertical (materno-infantil):** Se produce cuando la madre transmite el agente patógeno a su producto durante las diferentes etapas del proceso reproductivo, esto comprende la vía transplacentaria durante la gestación (frecuente en infecciones sistémicas como la sífilis y el VIH), la exposición directa del neonato a las secreciones cervicovaginales infectadas durante el paso por el canal del parto (como ocurre con la gonorrea, la clamidia y el virus del herpes simple), o postnatalmente a través de la lactancia materna (como en los casos del VIH y la hepatitis B), las consecuencias perinatales de esta vía abarcan desde la morbimortalidad fetal hasta secuelas congénitas graves e irreversibles (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025).

- **Transmisión parenteral y por exposición percutánea:** Deriva del contacto directo del torrente sanguíneo con sangre o hemoderivados portadores de agentes infecciosos, esta vía adquiere protagonismo epidemiológico ante el uso compartido de jeringas, agujas y material de inyección en usuarios de drogas intravenosas, la ejecución de prácticas de perforación corporal (piercings) y tatuajes con deficiencias en los procesos de esterilización, así como la realización de procedimientos quirúrgicos, hemoderivados o transfusionales que no cumplen estrictamente con los protocolos universales de tamizaje serológico (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025).

7.1.3. Infecciones bacterianas frecuentes

Las ITS bacterianas se producen por microorganismos capaces de colonizar diferentes tejidos del aparato genital, región anal, faringe u otras localizaciones, entre las más frecuentes se encuentran la clamidiosis, la gonorrea y la sífilis, también existen otras infecciones bacterianas de transmisión sexual, como las producidas por *Mycoplasma genitalium* (Whitlow, 2021).

- **Clamidiosis:** es causada por Chlamydia trachomatis que afecta principalmente el cuello uterino, la uretra, el recto y la faringe y que con frecuencia cursa sin síntomas, especialmente en las mujeres, sin embargo, cuando se presentan manifestaciones clínicas, estas dependen de la localización de la infección e incluyen secreción genital anormal, disuria, dolor pélvico o molestias rectales, de modo que la ausencia de tratamiento oportuno favorece el desarrollo de complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica y la infertilidad (Piñeiro, Galán, & Vall-Mayans, Octubre).

- **Gonorrea:** es causada por *Neisseria gonorrhoeae*, puede infectar el cuello uterino, la uretra, el recto, la faringe y, con menor frecuencia, otras estructuras, las manifestaciones pueden incluir secreción purulenta, disuria, dolor pélvico o molestias rectales, sin embargo, algunas personas permanecen asintomáticas, especialmente cuando la infección se localiza en determinadas zonas, la resistencia antimicrobiana constituye una preocupación importante en el control de esta infección (Ortiz, Santander, & Lugo, 2021).

- **Sífilis:** es causada por *Treponema pallidum*, se caracteriza por diferentes etapas clínicas, la fase primaria suele manifestarse con una lesión denominada chancro, generalmente indolora, en el sitio de entrada del microorganismo, posteriormente puede aparecer una fase secundaria con lesiones cutáneas y otras manifestaciones sistémicas, la infección puede permanecer en una fase latente y, sin tratamiento, progresar hacia formas tardías que comprometen diferentes órganos, también puede transmitirse durante el embarazo y producir sífilis congénita (Arando-Lasagabaster & Otero-Guerra, 2021).

- **Mycoplasma genitalium:** es una bacteria asociada principalmente con uretritis y cervicitis, puede presentarse sin síntomas y, en determinados casos, relacionarse con complicaciones del aparato reproductor, su tratamiento requiere consideración de los patrones de resistencia antimicrobiana (Sethi, Singh, Palash, & Meera, 2023).

7.1.4. Infecciones virales frecuentes

Entre las ITS virales de mayor importancia se encuentran el virus del papiloma humano, el virus del herpes simple, el VIH y los virus de las hepatitis B y, en determinadas circunstancias, C., estos agentes presentan características diferentes en cuanto a transmisión, evolución clínica, prevención y tratamiento (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025).

- **Virus del papiloma humano (VPH):** comprende un grupo amplio de virus que pueden infectar la piel y las mucosas, algunos tipos producen verrugas genitales, mientras que otros están relacionados con diferentes tipos de cáncer, especialmente cáncer de cuello uterino. La infección puede no producir manifestaciones clínicas y desaparecer espontáneamente, aunque determinadas infecciones persistentes por tipos de alto riesgo pueden favorecer el desarrollo de lesiones precancerosas y cáncer; la vacunación

constituye una medida preventiva fundamental (Murillo-Zavala, Morales-Pinargote, & Quimiz-Lino, 2022).

- **Virus del herpes simple (VHS):** los tipos VHS-1 y VHS-2 pueden producir herpes genital, la infección puede causar vesículas o úlceras dolorosas, aunque también puede permanecer sin síntomas; el virus permanece en el organismo y puede reactivarse posteriormente, produciendo nuevos episodios (Dähne, y otros, 2025).

- **Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH):** afecta principalmente al sistema inmunitario, sin tratamiento, la infección puede progresar hasta una etapa avanzada conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el tratamiento antirretroviral permite controlar la replicación del virus y mejorar la supervivencia y calidad de vida de las personas con VIH (Prieto Marín, 2023).

- **Virus de la hepatitis B (VHB):** puede transmitirse mediante relaciones sexuales y exposición a sangre o fluidos corporales infectados, puede producir hepatitis aguda y, en algunas personas, evolucionar hacia una infección crónica asociada con cirrosis y cáncer hepático, existe una vacuna eficaz para prevenir la infección (Wen-Juei, Cheuk-Fung, & Lok, 2026).

7.1.5. Infecciones parasitarias y otras ITS

Este grupo comprende patologías que alteran el equilibrio ecológico, la microbiota y la inmunidad local de las mucosas urogenitales, generando sintomatología irritativa e inflamatoria de alta frecuencia en la práctica asistencial (Shelton, 2022):

- **Tricomoniasis:** Infección no viral sumamente frecuente causada por el protozoo flagelado anaerobio *Trichomonas vaginalis*, este microorganismo unicelular parasita el epitelio escamoso y columnar del tracto urogenital inferior en la mujer (vagina y uretra) y en el hombre (uretra y próstata), en la mujer provoca una vulvovaginitis caracterizada por leucorrea abundante, espumosa, de color amarillento o verdoso, con mal olor característico, acompañada de prurito vulvar intenso, dispareunia y signos inflamatorios severos en la mucosa cérvico-vaginal (colpitis macular o "cuello en fresa", evidenciada por microhemorragias puntiformes), en el varón suele cursar de forma asintomática o como una uretritis leve y transitoria (Kandamuthan, Thambi, & Yeshodharan, 2023).

- **Candidiasis urogenital y vaginosis bacteriana:** Aunque la candidiasis (producida por levaduras del género *Cándida*, fundamentalmente *Cándida albicans*) y la vaginosis bacteriana (generada por una disbiosis caracterizada por la depleción de lactobacilos protectores y el sobrecrecimiento de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* y *Mobiluncus*) no se clasifican estrictamente como ITS clásicas por no requerir de manera exclusiva el coito para su transmisión, su adquisición, recurrencia y persistencia están profundamente influenciadas por la actividad sexual, el uso de anticonceptivos hormonales y las alteraciones del pH vaginal, ambas entidades comparten manifestaciones clínicas superponibles con las verdaderas ITS, obligando a un riguroso diagnóstico diferencial en la consulta clínica (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2022).

7.1.6. Signos y síntomas de las principales ITS

El reconocimiento semiológico de las manifestaciones clínicas de las ITS constituye una competencia fundamental para la sospecha diagnóstica precoz. Los principales signos y síntomas que deben alertar tanto al usuario como al personal de salud incluyen (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025):

- **Alteraciones en las secreciones (Leucorrea y exudados):** Presencia de flujo vaginal inusual en cuanto a volumen, coloración (amarillo intenso, verdoso, grisáceo) o consistencia (espumosa, grumosa), acompañado de mal olor, así como la emisión de exudado uretral purulento o mucopurulento en el varón (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025).

- **Lesiones ulcerosas y erosivas:** Aparición de úlceras, llagas o chancros localizados en los genitales externos, periné, pliegues inguinales, región anal o cavidad oral, estas lesiones presentan características semiológicas distintivas: pueden ser dolorosas y de bordes irregulares (como en el herpes simple) o completamente indoloras, de base limpia y firme induración (como en la sífilis primaria) (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025).

- **Lesiones verrugosas y vegetantes:** Presencia de formaciones papilomatosas, condilomas acuminados o crecimientos epiteliales en la región ano-genital y perianal, asociadas a la infección por VPH (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025).

- **Sintomatología urinaria baja:** Presencia de disuria (ardor o dolor durante la micción), polaquiuria (aumento patológico de la frecuencia miccional) y tenesmo vesical (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025).

- **Dolor pélvico y manifestaciones sistémicas:** Dolor abdominal bajo de carácter difuso, dispareunia profunda, fiebre de origen desconocido, malestar generalizado y la presencia de adenopatías inguinales inflamatorias, las cuales pueden ser uni o bilaterales y dolorosas a la palpación profunda (Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2025).

7.1.7. Infecciones asintomáticas y riesgo de transmisión

Uno de los mayores retos epidemiológicos y asistenciales en el control de las ITS es la elevada proporción de casos que cursan de manera completamente asintomática, fenómeno conocido como portación silente, patógenos altamente prevalentes como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, el Virus del Papiloma Humano e incluso las fases iniciales de la sífilis y el VIH pueden no generar ninguna señal clínica perceptible por el paciente durante semanas, meses o años (Díez & Díaz, 2022).

Esta ausencia total de manifestaciones clínicas propicia que las personas afectadas continúen con su vida sexual activa sin sospechar su condición patológica, convirtiéndose en vectores involuntarios de propagación masiva en la comunidad, desde el punto de vista clínico, la portación silente retrasa de manera crítica la búsqueda de atención médica, permitiendo que la infección avance silenciosamente y provoque daños tisulares irreversibles como la destrucción de la arquitectura tubárica o la carcinogénesis cervical, mucho antes de que se establezca cualquier intervención diagnóstica o terapéutica (Díez & Díaz, 2022).

7.1.8. Complicaciones de las ITS no tratadas

La omisión del diagnóstico oportuno y la falta de instauración de un tratamiento antimicrobiano o antiviral adecuado desencadenan graves complicaciones a mediano y largo plazo que comprometen seriamente la salud integral y el proyecto reproductivo de la persona (Díez & Díaz, 2022):

- **Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP):** Síndrome clínico agudo y crónico derivado del ascenso canalicular de los microorganismos patógenos desde el tracto genital

inferior hacia el útero, las trompas de Falopio y las estructuras peritoneales pélvicas, generando cuadros de endometritis, salpingitis, ooforitis y abscesos tubo-ováricos (Polyzou, Ntalaki, Gavatha, & Akinosoglou, 2025).

- **Secuelas tubáricas e infertilidad de origen mecánico:** Los procesos inflamatorios recurrentes y la resolución cicatricial mediante fibrosis en las trompas de Falopio provocan la obstrucción luminar y la pérdida de la movilidad ciliar, incrementando drásticamente el riesgo de esterilidad de origen tubárico y de embarazos ectópicos potencialmente fatales (Tsevat, Wiesenfeld, Parks, & Pieipert, 2021).

- **Dolor pélvico crónico:** Secuela inflamatoria persistente e incapacitante que afecta de manera directa la calidad de vida física, emocional y sexual de la persona afectada (Tsevat, Wiesenfeld, Parks, & Pieipert, 2021).

- **Desarrollo de neoplasias malignas:** La infección persistente por genotipos de alto riesgo del Virus del Papiloma Humano conduce a la transformación celular neoplásica, originando displasias severas que evolucionan hacia el cáncer cérvico-uterino, anal o de la cavidad oro faríngea (Tsevat, Wiesenfeld, Parks, & Pieipert, 2021).

- **Complicaciones obstétricas y perinatales:** Pérdida gestacional recurrente, abortos espontáneos, óbitos fetales, ruptura prematura de membranas, partos pretérmino, bajo peso al nacer y la transmisión vertical de infecciones severas que amenazan la vida del recién nacido (Madalina-Banica, Popescu, & Vladarenau, 2021).

7.1.9. Prevención general de las ITS

La prevención de las ITS comprende un conjunto de medidas dirigidas a disminuir la probabilidad de adquirir o transmitir una infección, estas medidas incluyen educación sexual integral, uso correcto y consistente de métodos de barrera, vacunación, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y atención de las parejas sexuales cuando corresponda (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

El uso correcto y consistente del condón durante las relaciones sexuales vaginales, anales y orales reduce significativamente el riesgo de transmisión de diversas ITS, su eficacia depende de utilizarlo desde el inicio hasta el final de la relación sexual y de emplearlo de manera adecuada, sin embargo, debido a que algunas infecciones pueden transmitirse mediante

contacto con áreas de piel no cubiertas por el condón, su protección no es absoluta para todas las ITS (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

La vacunación constituye una estrategia preventiva fundamental frente a infecciones para las que existen vacunas eficaces, especialmente el VPH y la hepatitis B, la vacunación debe realizarse de acuerdo con las recomendaciones establecidas para cada población y contexto sanitario (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

La reducción del número de parejas sexuales y el establecimiento de relaciones mutuamente monógamas con una pareja que no presenta una infección constituyen estrategias que pueden disminuir la exposición a las ITS; la abstinencia sexual también evita la transmisión sexual mientras se mantiene dicha conducta (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

El diagnóstico y tratamiento oportunos permiten reducir la duración de la infección, prevenir complicaciones y disminuir la posibilidad de transmisión, las personas diagnosticadas deben recibir información sobre el tratamiento indicado, las medidas para evitar la transmisión y la necesidad de evaluación de sus parejas sexuales cuando corresponda (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

La detección de infecciones asintomáticas forma parte de las estrategias de prevención y control, el acceso a servicios de salud sexual, la valoración individual del riesgo y la realización de pruebas de acuerdo con las características de cada persona permiten identificar infecciones que podrían permanecer ocultas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

La prevención también requiere eliminar actitudes de estigmatización y favorecer una atención basada en el respeto, la confidencialidad y la ausencia de juicios, la educación sanitaria debe proporcionar información científica, comprensible y adecuada a las características de cada población (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

7.2. VIH: diagnóstico, tratamiento y estigma

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) constituye una de las entidades patológicas de mayor trascendencia socio sanitaria a nivel global y nacional; en el marco de la normativa del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador y las directrices internacionales, el abordaje de la infección por VIH ha dejado de considerarse una patología exclusivamente mortal para transformarse en una condición crónica manejable, siempre que se garantice el

acceso universal a la prevención, al diagnóstico oportuno, a la terapia antirretroviral (TAR) y a la protección de los derechos humanos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023). El rol del personal de enfermería y del equipo de salud es fundamental para articular una respuesta integral basada en la evidencia científica, la humanización del cuidado y la erradicación del estigma (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

7.2.1. Conceptos fundamentales sobre VIH y sida

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus que infecta principalmente los linfocitos T CD4, células fundamentales para el funcionamiento del sistema inmunitario, el virus utiliza estas células para replicarse y, con el tiempo, puede producir una disminución progresiva de la función inmunológica, el paciente sin tratamiento antirretroviral, la infección puede avanzar hacia una inmunodeficiencia grave y favorecer la aparición de infecciones oportunistas y determinados tipos de cáncer (Lamotte-Castillo, 2026).

El VIH y el sida no son términos equivalentes; El VIH corresponde al virus y a la infección que este produce, mientras que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) representa la etapa más avanzada de la infección por VIH, caracterizada por un deterioro importante del sistema inmunitario y la aparición de determinadas enfermedades oportunistas o afecciones definitorias de sida, una persona puede vivir con VIH sin presentar sida, especialmente cuando recibe tratamiento antirretroviral de manera adecuada (Prieto Marín, 2023).

La infección por VIH puede atravesar diferentes etapas, durante las primeras semanas después de la infección puede presentarse un cuadro de infección aguda, con manifestaciones semejantes a las de una enfermedad viral, aunque algunas personas permanecen asintomáticas, posteriormente puede existir una etapa de infección crónica en la que la persona puede no presentar síntomas durante un período prolongado; sin tratamiento, la progresión de la infección puede conducir a una disminución significativa de los linfocitos CD4 y al desarrollo de enfermedad avanzada (Prieto Marín, 2023).

El diagnóstico y el tratamiento oportunos han modificado significativamente la evolución de la infección, en la actualidad el VIH puede controlarse mediante tratamiento antirretroviral, lo que permite reducir la cantidad de virus presente en la sangre, preservar la

función inmunitaria y disminuir la aparición de complicaciones relacionadas con la infección (Prieto Marín, 2023).

7.2.2. Formas de transmisión y situaciones que no transmiten el VIH

El VIH se transmite cuando determinados líquidos corporales de una persona con infección por VIH entran en contacto con mucosas, tejidos lesionados o directamente con el torrente sanguíneo de otra persona, los líquidos corporales capaces de transmitir el virus incluyen la sangre, el semen, las secreciones vaginales y rectales y la leche materna.

Las vías de transmisión comprobadas son tres (Shaw & Hunter, 2021):

- **Vía sexual:** Mediante relaciones sexuales vaginales, anales u orales desprotegidas con una persona que vive con VIH y cuya carga viral es detectable, el coito anal receptivo presenta estadísticamente el mayor riesgo relativo de transmisión por la fragilidad de la mucosa rectal y su alta densidad de células Diana (Shaw & Hunter, 2021).

- **Vía sanguínea y parenteral:** Derivada del contacto directo con sangre infectada a través del uso compartido de material de inyección (jeringas y agujas en usuarios de drogas), procedimientos de perforación o tatuajes con instrumental no esterilizado, o la recepción de hemoderivados no tamizados (Shaw & Hunter, 2021).

- **Vía vertical (materno-infantil):** Ocurrida durante la gestación, el trabajo de parto o mediante la lactancia materna, la normativa nacional del MSP enfatiza la eliminación de esta vía mediante la aplicación estricta del protocolo de tamizaje universal en gestantes y profilaxis oportuna (Shaw & Hunter, 2021).

Situaciones que NO transmiten el VIH: Es una responsabilidad ético-sanitaria desmitificar los mecanismos de contagio erróneos para frenar la discriminación, el VIH no se transmite por el contacto social cotidiano ni por convivencia escolar o laboral, lo que incluye (Organización Mundial de la Salud, 2025):

- Compartir utensilios de cocina (platos, vasos, cubiertos), alimentos o agua.

- El intercambio de besos en la boca (la saliva no es un vehículo transmisor eficiente debido a factores inhibidores enzimáticos), abrazos, apretones de manos o caricias.

- El uso compartido de servicios sanitarios, duchas, piscinas o saunas.
- Las picaduras o mordeduras de insectos o vectores hematófagos, ya que el virus no se replica ni sobrevive en el organismo del insecto.

7.2.3. Prevención de la infección por VIH

La prevención de la infección por VIH ha evolucionado hacia el modelo de prevención combinada, el cual articula de manera sinérgica intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales para adaptarse a las necesidades dinámicas de los individuos y las comunidades. Las estrategias biomédicas de vanguardia clínica abarcan (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019):

- **Profilaxis Preexposición (PrEP):** Consiste en la administración sistemática, continua o bajo demanda de fármacos antirretrovirales, específicamente la combinación de tenofovir disoproxil fumarato y emtricitabina, en personas VIH-negativas pero que se encuentran expuestas a un alto riesgo sustancial de adquisición, la presencia farmacológica de estos antirretrovirales en los tejidos diana impide que el virus logre establecer la infección y replicarse en el organismo tras una exposición de riesgo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).
- **Profilaxis Postexposición (PEP):** Intervención médica de emergencia clínica que consiste en la prescripción inmediata de un esquema farmacológico antirretroviral estricto durante un período de 28 días, su eficacia depende de la prontitud con la que se inicie, debiendo aplicarse de manera mandatoria dentro de las primeras 72 horas posteriores a una exposición accidental de riesgo (ya sea de origen laboral por accidentes cortopunzantes en personal sanitario, o de origen no laboral derivado de agresiones sexuales o rotura de barreras profilácticas), los protocolos hospitalarios priorizan la activación inmediata de los servicios de urgencia para garantizar la evaluación médica y la entrega oportuna de los kits de profilaxis (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).
- **Estrategia de reducción de daños y uso de barreras:** Promoción constante y educación activa sobre el uso correcto y consistente del preservativo masculino y femenino como método físico de doble protección, complementado con programas de

reducción de daños en poblaciones clave (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

7.2.4. Pruebas diagnósticas y detección de la infección

El diagnóstico de la infección por el retrovirus se rige por algoritmos metodológicos estandarizados que garantizan la confidencialidad absoluta, el respeto a la autonomía del usuario y la obligatoriedad del consentimiento informado previo. El arsenal diagnóstico comprende (Ministerio de Salud Pública , 2022):

- **Pruebas rápidas de tamizaje:** Ensayos inmunocromatográficos cualitativos diseñados para detectar anticuerpos específicos contra el VIH-1 y VIH-2, así como antígenos virales libres (como la proteína p24 de la cápside), a partir de muestras mínimas de sangre capilar (punción digital) o venosa. Poseen una sensibilidad extremadamente alta y permiten obtener resultados preliminares en un lapso de 15 a 30 minutos, facilitando la descentralización del diagnóstico (Ministerio de Salud Pública , 2022).

- **Pruebas confirmatorias y moleculares:** Ante la obtención de un resultado reactivo en la prueba rápida inicial, se activa de manera protocolaria el algoritmo de confirmación mediante ensayos de laboratorio de mayor especificidad, estos incluyen pruebas suplementarias de diferenciación de anticuerpos, inmunodeficiencia o técnicas moleculares avanzadas como la determinación cuantitativa de la carga viral por PCR en tiempo real y la PCR cualitativa, destinadas a certificar el diagnóstico definitivo. Un concepto clínico de máxima relevancia es el período de ventana, definido como el lapso temporal transcurrido entre la exposición real al virus y el momento en que las pruebas de laboratorio son capaces de detectar los anticuerpos o antígenos circulantes, este período, que puede oscilar entre 4 y 12 semanas dependiendo de la tecnología empleada, obliga al personal de salud a indicar la repetición del tamizaje tras un intervalo determinado ante la sospecha de una exposición reciente con resultado inicial no reactivo (Ministerio de Salud Pública , 2022).

En Ecuador, el MSP incorpora el tamizaje del VIH dentro de las acciones de prevención y atención integral, como parte del Plan Estratégico Nacional Multisectorial que señala la realización de tamizajes en establecimientos y poblaciones prioritarias, así como la existencia de Unidades de Atención Integral para las personas que viven con VIH. Una vez confirmado

el diagnóstico, la persona debe ingresar a los servicios correspondientes para valoración clínica, inicio del tratamiento antirretroviral y seguimiento, el seguimiento incluye, entre otros parámetros, la evaluación de la carga viral y del recuento de linfocitos CD4 (Ministerio de Salud Pública , 2022).

7.2.5. Tratamiento antirretroviral

El Tratamiento Antirretroviral (TAR) representa uno de los mayores hitos científicos y farmacológicos de la medicina moderna, su objetivo terapéutico fundamental es interrumpir de manera drástica y sostenida la replicación viral, reduciendo la carga plasmática hasta niveles indetectables, los esquemas farmacológicos contemporáneos se basan en la combinación simultánea de al menos tres fármacos antirretrovirales pertenecientes a diferentes familias terapéuticas con mecanismos de acción complementarios, como los inhibidores de la integrasa, los análogos de nucleósidos/nucleótidos inhibidores de la transcriptasa inversa y los inhibidores de proteasa potenciados (Lozano & Domingo, 2023). Al bloquear múltiples fases del ciclo vital del retrovirus (como la entrada, la transcripción inversa, la integración y el ensamblaje), el TAR detiene la destrucción progresiva del sistema inmunitario, induce la reconstitución gradual del recuento de linfocitos T CD4+, previene la aparición de infecciones oportunistas mortales y optimiza de forma radical la expectativa y calidad de vida de los usuarios (Lozano & Domingo, 2023).

Las recomendaciones terapéuticas pueden actualizarse de acuerdo con la evidencia científica, la disponibilidad de medicamentos, las características clínicas de la persona y los patrones de resistencia; la OMS señala que los esquemas que contienen dolutegravir presentan una elevada eficacia y constituyen una base importante de los tratamientos actuales (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La adherencia terapéutica es fundamental para mantener la supresión viral y disminuir el riesgo de desarrollo de resistencia, la interrupción frecuente del tratamiento, la toma incorrecta de los medicamentos o la falta de seguimiento pueden favorecer el fracaso terapéutico y la aparición de resistencia farmacológica, de la misma manera, el tratamiento debe acompañarse de controles periódicos, educación sanitaria, vigilancia de posibles efectos adversos, evaluación de interacciones medicamentosas y seguimiento de la respuesta virológica e inmunológica (Organización Mundial de la Salud, 2025).

7.2.6. Importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos

El diagnóstico precoz de la infección vinculado de manera inmediata a la instauración del tratamiento antirretroviral genera un impacto clínico, biológico y epidemiológico invaluable (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019):

- **A nivel individual:** Detiene de forma abrupta el deterioro inmunológico, evita la progresión clínica de la enfermedad hacia el estadio de sida y reduce drásticamente la morbimortalidad asociada a infecciones oportunistas y complicaciones sistémicas, un paciente diagnosticado y tratado de forma oportuna recupera su competencia inmunológica y alcanza una expectativa de vida equiparable a la de la población general no infectada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

- **A nivel de salud pública y epidemiológico:** Interrumpe radicalmente las cadenas de transmisión comunitaria, disminuyendo la incidencia de nuevos casos de infección y aliviando significativamente la carga prestacional sobre los servicios de hospitalización general y las unidades de cuidados intensivos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

7.2.7. Indetectable = intransmisible (I=I)

Uno de los descubrimientos científicos, epidemiológicos y comunicacionales más transformadores en la infectología contemporánea es el paradigma Indetectable = Intransmisible (I=I), avalado por la evidencia científica internacional procedente de grandes estudios clínicos longitudinales, cuando una persona que vive con VIH accede al tratamiento antirretroviral, mantiene una estricta adherencia a las pautas farmacológicas prescritas y logra reducir su carga viral a niveles indetectables en plasma sanguíneo (definidos convencionalmente por debajo de las 50 copias de ARN viral por mililitro) de manera sostenida durante un período mínimo de seis meses, no transmite sexualmente el virus a sus parejas (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Esta premisa científica desmantela de raíz el miedo biológico al contagio y se consolida como una herramienta pedagógica, clínica y de empoderamiento humano indispensable para el personal de enfermería en los procesos de consejería, favoreciendo la retención del paciente en el sistema de salud y disolviendo los prejuicios asociados a la sexualidad de las personas seropositivas (Organización Mundial de la Salud, 2025).

7.2.8. Estigma, discriminación y calidad de vida

A pesar de los avances en el tratamiento y manejo del VIH, el estigma y la discriminación continúan constituyendo barreras para la prevención, el diagnóstico oportuno y la continuidad de la atención, debido a que los prejuicios sociales, los estereotipos y la estigmatización pueden generar temor, inseguridad o rechazo hacia los servicios de salud, dificultando la realización voluntaria de pruebas, la comunicación del diagnóstico y la adherencia a los tratamientos establecidos (Mondal & Shitan, 2025). La reducción del estigma requiere promover una atención basada en el respeto, la confidencialidad y la no discriminación, así como fortalecer la educación y el acceso a información fundamentada que permita disminuir prejuicios y favorecer que las personas puedan acudir a los servicios de salud, recibir orientación y mantener sus tratamientos sin temor a ser juzgadas o excluidas (Mondal & Shitan, 2025).

Los marcos normativos y éticos exigen que los establecimientos de salud constituyan entornos seguros, libres de juicios de valor, estrictamente confidenciales y respetuosos de la dignidad humana. El equipo de enfermería desempeña un papel protagónico y de defensa activa (*advocacy*) de los derechos de las personas que viven con VIH, promoviendo una atención humanizada que garantice la inserción social, el bienestar emocional, la salud mental y una calidad de vida plena, productiva y libre de discriminación (Mondal & Shitan, 2025).

7.3. Detección precoz y tamizaje

El proceso de detección precoz y tamizaje de las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituye uno de los ejes estratégicos más determinantes en la práctica clínica y en la salud pública contemporánea, su propósito fundamental radica en identificar de manera oportuna la presencia de patógenos en estadios subclínicos o sintomáticos iniciales, permitiendo interrumpir las cadenas de transmisión comunitaria, prevenir secuelas orgánicas irreversibles y mejorar sustancialmente el pronóstico clínico de los usuarios (Ministerio de Salud Pública , 2022).

Para el personal de enfermería y el equipo multidisciplinario, el dominio de los protocolos de tamizaje exige una comprensión profunda de la epidemiología clínica, la validez de las pruebas diagnósticas, las características de las poblaciones vulnerables y la responsabilidad bioética en la comunicación de resultados y la derivación asistencial. Un

programa de tamizaje eficaz no solo se limita a la ejecución técnica de un examen de laboratorio, sino que se integra dentro de un proceso humanizado de consejería y seguimiento continuo (Ministerio de Salud Pública , 2022).

7.3.1. Importancia de la detección precoz

La detección precoz de las ITS se fundamenta en la premisa epidemiológica de que un diagnóstico temprano modifica radicalmente la historia natural de la enfermedad, muchas patologías de transmisión sexual se caracterizan por una fase de latencia o por una expresión sintomática sutil que pasa desapercibida para el paciente, si estas infecciones no se detectan de manera oportuna, los agentes microbianos continúan su replicación y diseminación tisular, provocando daños estructurales severos en el tracto urogenital, el sistema reproductor y otros parénquimas sistémicos (Drew & Patel, 2023).

Desde la perspectiva de la salud pública, la pesquisa oportuna es la herramienta más eficaz para cortar la diseminación horizontal y vertical de los patógenos, al identificar y tratar al individuo infectado y a sus contactos sexuales de manera simultánea, se reduce drásticamente la carga de morbilidad asociada a complicaciones crónicas, tales como la enfermedad inflamatoria pélvica, la obstrucción tubárica, el dolor pélvico crónico, la infertilidad de origen mecánico y el desarrollo de neoplasias malignas inducidas por agentes oncogénicos, asimismo, la detección temprana disminuye de manera exponencial los costos socioeconómicos derivados de la atención de estadios avanzados de enfermedad, optimizando los recursos prestacionales de los servicios de salud (Drew & Patel, 2023).

7.3.2. Tamizaje según características y factores de riesgo

El diseño y la implementación de las estrategias de tamizaje no deben basarse exclusivamente en la demanda espontánea, sino en una valoración rigurosa del perfil de riesgo epidemiológico y las características demográficas de la población, la focalización de los recursos diagnósticos hacia grupos de mayor vulnerabilidad permite maximizar el rendimiento de las intervenciones preventivas (Ministerio de Salud Pública , 2022).

Entre los principales criterios e indicadores de riesgo que justifican la intensificación de la pesquisa diagnóstica se encuentran:

- **Edad y actividad sexual:** Poblaciones jóvenes y adolescentes sexualmente activas, debido a la inmadurez biológica de sus epitelios cervicales y a patrones conductuales de mayor exposición (Ministerio de Salud Pública , 2022).

- **Múltiples parejas concurrentes o cambio reciente de pareja:** Situación que eleva exponencialmente la probabilidad de exposición a cepas microbianas diversas (Ministerio de Salud Pública , 2022).

- **Antecedentes previos de ITS:** La presencia de una infección de transmisión sexual anterior incrementa drásticamente el riesgo de adquirir una nueva coinfección debido a la alteración transitoria o permanente de las barreras mucosas locales (Ministerio de Salud Pública , 2022).

- **Prácticas sexuales desprotegidas:** Omisión sistemática en el uso de barreras físicas (preservativos) durante las relaciones vaginales, anales u orales (Ministerio de Salud Pública , 2022).

- **Gestantes:** El tamizaje universal y obligatorio durante el control prenatal (en el primer trimestre y con reevaluaciones en trimestres posteriores según el riesgo) constituye una prioridad indiscutible para prevenir la transmisión vertical de infecciones devastadoras como la sífilis, el VIH, las hepatitis y las infecciones por clamidia o gonorrea (Ministerio de Salud Pública , 2022).

- **Poblaciones clave y en situación de vulnerabilidad:** Grupos específicos que, por factores sociales, estructurales o conductuales, enfrentan barreras de acceso y tasas de prevalencia marcadamente superiores, requiriendo estrategias de tamizaje descentralizadas, comunitarias y libres de estigma (Ministerio de Salud Pública , 2022).

7.3.3. Pruebas diagnósticas utilizadas en las ITS

El arsenal tecnológico disponible para la confirmación diagnóstica de las ITS es amplio y se selecciona con base en el agente etiológico sospechado, la fase clínica de la infección, los recursos disponibles y la sensibilidad y especificidad requeridas. Las principales metodologías paraclínicas empleadas en la práctica clínica comprenden (Rodriguez, 2024):

- **Métodos microbiológicos y cultivo celular:** Considerados tradicionalmente el estándar de referencia (*gold standard*) para determinados patógenos bacterianos (como

el cultivo de *Neisseria gonorrhoeae* en medio de Thayer-Martin), permiten no solo la identificación del microorganismo, sino también la ejecución de pruebas de sensibilidad antimicrobiana (antibiograma) para detectar patrones de resistencia (Rodriguez, 2024).

- **Pruebas serológicas e inmunológicas:** Ensayos diseñados para detectar anticuerpos específicos producidos por el hospedador en respuesta a la infección, o bien antígenos solubles del propio patógenos, son fundamentales en el diagnóstico sistémico de infecciones como la sífilis (mediante pruebas treponémicas y no treponémicas como VDRL o RPR) y las hepatitis víricas, así como en las pruebas rápidas de tamizaje para VIH (Rodriguez, 2024).

- **Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN / PCR):** Representan la cúspide de la tecnología diagnóstica contemporánea, al detectar el material genético (ADN o ARN) del agente infeccioso, ofrecen niveles extraordinarios de sensibilidad y especificidad, son especialmente útiles para la detección de patógenos intracelulares estrictos o de difícil cultivo, como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, pudiendo realizarse a partir de muestras no invasivas como orina matutina o exudados autoadministrados, lo que incrementa la aceptabilidad por parte del usuario (Rodriguez, 2024).

- **Examen directo al microscopio y tinciones:** Métodos rápidos de gabinete que permiten la visualización directa de parásitos móviles (como *Trichomonas vaginalis* en fresco), levaduras y pseudohifas (en candidiasis), o la identificación morfobacteriana mediante tinciones específicas (como la tinción de Gram para gonococo o el análisis del frotis vaginal con puntuación de Nugent para el diagnóstico de vaginosis bacteriana) (Rodriguez, 2024).

7.3.4. Detección de ITS en personas asintomáticas

La detección de ITS en individuos que no manifiestan signos ni síntomas aparentes constituye un desafío clínico que requiere una actitud proactiva por parte del personal de salud, la portación silente es una característica común de múltiples infecciones de transmisión sexual; patógenos como *Chlamydia trachomatis*, el Virus del Papiloma Humano o las fases iniciales de la sífilis pueden colonizar los epitelios y avanzar de forma destructiva sin que el paciente

experimente dolor, secreciones patológicas o malestar perceptible (Vásquez-Hernández & Puerta-Suárez, 2026).

Para abordar esta realidad epidemiológica, los servicios de enfermería y atención primaria deben incorporar protocolos de búsqueda activa y tamizaje sistemático en poblaciones asintomáticas que cumplan con criterios de riesgo, esto implica normalizar la oferta de pruebas diagnósticas durante los chequeos de rutina de salud sexual y reproductiva, la consulta preconcepcional, la planificación familiar y las revisiones ginecológicas periódicas (Vásquez-Hernández & Puerta-Suárez, 2026). La detección en personas asintomáticas no solo interrumpe las cadenas ocultas de transmisión en la comunidad, sino que previene el desarrollo de secuelas crónicas silentes como la obstrucción tubárica bilateral o las displasias cervicales de alto grado, que de otro modo solo se diagnosticarían cuando ya han provocado daños orgánicos irreparables o infertilidad (Vásquez-Hernández & Puerta-Suárez, 2026).

7.3.5. Interpretación y comunicación de resultados

La interpretación de los resultados debe realizarse de acuerdo con el tipo de prueba, el microorganismo investigado, las características de la muestra y el algoritmo diagnóstico establecido para cada infección, los resultados pueden clasificarse como negativos, positivos, reactivos, no reactivos, indeterminados o inconclusos, dependiendo de la prueba utilizada, por tanto, un resultado reactivo en una prueba de tamizaje no siempre constituye por sí mismo un diagnóstico definitivo, por lo que determinadas pruebas requieren confirmación mediante procedimientos adicionales (Rodriguez, 2024).

Los resultados negativos deben interpretarse considerando el período transcurrido desde la posible exposición y las características de sensibilidad de la prueba utilizada, durante el período inicial de algunas infecciones, los marcadores detectados por determinadas pruebas pueden encontrarse por debajo del límite necesario para producir un resultado positivo, cuando existe una exposición reciente, una sospecha clínica persistente o un resultado que no permite establecer el diagnóstico, puede ser necesario realizar nuevas pruebas de acuerdo con los procedimientos establecidos (Rodriguez, 2024).

La comunicación del resultado debe realizarse de manera clara, confidencial y respetuosa, proporcionando información sobre el significado del resultado y las acciones posteriores correspondientes. Ante un resultado positivo confirmado, se debe explicar el

diagnóstico, las alternativas de tratamiento disponibles, las medidas para reducir la transmisión y la importancia de evaluar a las parejas sexuales cuando corresponda, en los resultados reactivos que requieren confirmación, se debe explicar que el proceso diagnóstico aún no ha concluido y señalar las pruebas posteriores necesarias (Valero-Muro, y otros, 2025).

7.3.6. Referencia y seguimiento de personas con resultados positivos

Las personas con resultados positivos deben recibir atención de acuerdo con la infección identificada y los procedimientos establecidos para su diagnóstico y tratamiento; el seguimiento comprende la confirmación diagnóstica cuando sea necesaria, la evaluación clínica, la indicación del tratamiento correspondiente, la identificación de posibles complicaciones y la valoración de las parejas sexuales, en determinadas ITS, la evaluación y tratamiento de las parejas constituyen medidas importantes para disminuir la transmisión y prevenir nuevos episodios de infección (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

El tratamiento debe seleccionarse de acuerdo con el microorganismo identificado, las características clínicas de la persona, los antecedentes relevantes y los patrones de resistencia antimicrobiana cuando estos sean aplicables; en infecciones bacterianas como sífilis, gonorrea y clamidia se utilizan tratamientos antimicrobianos específicos, mientras que las infecciones virales requieren estrategias diferentes según el agente causante, algunas infecciones pueden curarse mediante tratamiento adecuado, mientras que otras requieren control clínico y tratamiento prolongado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

El seguimiento posterior depende del tipo de ITS y del tratamiento administrado, algunas infecciones requieren pruebas de control para verificar la respuesta al tratamiento, mientras que otras necesitan vigilancia clínica o nuevas pruebas después de un período determinado, la persistencia de síntomas, la aparición de nuevas manifestaciones clínicas, la sospecha de reinfección o la falta de respuesta al tratamiento requieren una nueva valoración (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

En las personas diagnosticadas con VIH, el seguimiento incluye la atención clínica periódica, el tratamiento antirretroviral y la evaluación de parámetros de laboratorio relacionados con la evolución de la infección; la carga viral constituye uno de los principales indicadores utilizados para valorar la respuesta al tratamiento, mientras que el recuento de células CD4 permite valorar el estado inmunitario, la continuidad del tratamiento antirretroviral

es necesaria para mantener la supresión viral y disminuir el riesgo de progresión de la infección (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

7.4. Consejería, adherencia terapéutica y acompañamiento

La consejería constituye un componente de la atención integral de las personas con infecciones de transmisión sexual y comprende la entrega de información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, prevención de la transmisión y seguimiento, la cual debe desarrollarse mediante una comunicación clara, confidencial y respetuosa, adaptada a las características y necesidades de cada persona, la información proporcionada debe permitir comprender la infección identificada, las alternativas terapéuticas disponibles, la duración del tratamiento y las medidas necesarias para disminuir el riesgo de transmisión y reinfección. El acompañamiento durante el proceso de atención incluye la resolución de dudas, la identificación de dificultades relacionadas con el tratamiento y la continuidad de los controles establecidos (García-Ruiz, y otros, 2022).

La atención de las ITS requiere considerar tanto los aspectos clínicos como las necesidades de información y apoyo de la persona, la comunicación adecuada favorece la comprensión del diagnóstico y facilita la participación en las decisiones relacionadas con el cuidado. La consejería también comprende información dirigida a las parejas sexuales cuando corresponda, orientación sobre el uso de métodos de barrera y recomendaciones relacionadas con la prevención de nuevas infecciones, en las personas con infecciones que requieren tratamiento prolongado, como el VIH, el acompañamiento para favorecer la continuidad terapéutica y el seguimiento clínico (García-Ruiz, y otros, 2022).

7.4.1. Consejería posterior a la sospecha o diagnóstico de una ITS

La consejería posterior a la sospecha o al diagnóstico de una ITS debe proporcionar información suficiente sobre la infección, las pruebas realizadas, el significado del resultado y las medidas posteriores, cuando existe una sospecha clínica pero el diagnóstico aún no ha sido confirmado, la información debe centrarse en la necesidad de completar las pruebas indicadas y seguir las recomendaciones establecidas hasta obtener un diagnóstico, cuando la infección ha sido confirmada, la consejería incluye información sobre el tratamiento indicado, duración, forma de administración, posibles reacciones adversas, controles posteriores y medidas destinadas a disminuir la transmisión (García-Ruiz, y otros, 2022).

La información debe proporcionarse utilizando un lenguaje comprensible y evitando términos que puedan generar confusión, la persona debe conocer las características principales de la infección diagnosticada, su mecanismo de transmisión y las medidas de prevención correspondientes, también debe recibir orientación sobre la importancia de informar o facilitar la evaluación de las parejas sexuales cuando sea necesario, especialmente en aquellas infecciones en las que existe riesgo de transmisión y reinfección, la comunicación debe mantener la confidencialidad de la información relacionada con la salud sexual (García-Ruiz, y otros, 2022).

La consejería también comprende la identificación de dudas relacionadas con el tratamiento y la prevención, las preguntas pueden estar relacionadas con la duración de la terapia, la necesidad de completar el tratamiento, la posibilidad de mantener relaciones sexuales durante el período de tratamiento, el uso de preservativo y la necesidad de realizar nuevos controles. La información debe ajustarse al tipo de ITS, debido a que las recomendaciones de tratamiento, seguimiento y prevención no son iguales para todas las infecciones (García-Ruiz, y otros, 2022).

7.4.2. Comunicación de resultados y apoyo emocional

La comunicación de un resultado positivo de laboratorio marca uno de los momentos más delicados, sensibles y complejos dentro de la relación clínica entre el equipo de salud y el usuario, la emisión de esta información no puede realizarse de manera fría, estandarizada o impersonal, toda vez que suele desencadenar una cascada de respuestas emocionales profundas y disruptivas, tales como el estado de shock, la negación defensiva, la culpa internalizada, el miedo intenso al rechazo social, la vergüenza o la ira. El personal de enfermería tiene la responsabilidad ética indelegable de conducir esta revelación en un entorno de rigurosa privacidad, garantizando la confidencialidad absoluta de los datos y un trato que honre la dignidad humana (Singh & Kumar-Singh, 2021).

El apoyo emocional debe brindarse de manera inmediata, ininterrumpida y profundamente empática, por lo que el profesional de salud debe aplicar activamente técnicas de comunicación asertiva y escucha reflexiva, permitiendo que el usuario exteriorice sus miedos y frustraciones sin temor a ser juzgado, moralizado o estigmatizado. Es imperativo validar sus sentimientos de angustia, erradicar cualquier expresión de reproche o juicio de valor sobre su conducta sexual, y transmitir un mensaje de esperanza fundamentado en la ciencia,

recordando que la gran mayoría de las ITS son curables mediante tratamientos oportunos, y que aquellas de carácter crónico cuentan hoy con esquemas terapéuticos altamente eficaces que garantizan una vida plena, una contención emocional adecuada en este primer contacto previene el abandono prematuro de los servicios sanitarios y fomenta una actitud de aceptación y corresponsabilidad frente al tratamiento (Singh & Kumar-Singh, 2021).

7.4.3. Adherencia al tratamiento

La adherencia terapéutica se define conceptualmente como el grado de concordancia entre el comportamiento del usuario (referido a la toma estricta de los medicamentos pautados, la asistencia puntual a las citas de control evolutivo y la modificación consciente de conductas de riesgo) y las recomendaciones acordadas con el equipo médico y de enfermería. En el ámbito específico de las ITS, una baja adherencia o el incumplimiento de los regímenes antimicrobianos y antivirales no solo frustra la curación microbiológica del individuo, sino que desencadena consecuencias biológicas y epidemiológicas graves (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023):

- **Generación de resistencias microbianas:** La exposición subóptima de los patógenos a los fármacos propicia el desarrollo de cepas multirresistentes de alta complejidad clínica, como se observa documentadamente en las variantes resistentes de *Neisseria gonorrhoeae* (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

- **Perpetuación de la transmisión:** Al no erradicarse el agente infeccioso, el paciente continúa diseminando el patógeno en sus redes comunitarias y sexuales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

- **Progresión hacia complicaciones crónicas:** Se incrementa de forma exponencial el riesgo de desarrollar secuelas graves a mediano y largo plazo, tales como la enfermedad inflamatoria pélvica, la obstrucción tubárica o el daño neurológico y cardiovascular en infecciones desatendidas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

Los factores que condicionan la adherencia son de naturaleza multidimensional, comprenden barreras farmacológicas (como la presencia de efectos adversos gastrointestinales o dermatológicos indeseados, esquemas posológicos complejos de múltiples tomas diarias o la duración prolongada de terapias específicas), barreras socioeconómicas (dificultades geográficas o económicas para el acceso y transporte hacia los centros de salud,

desabastecimiento de insumos) y factores psicológicos o cognitivos (déficit en la comprensión de la enfermedad, la falsa sensación de curación anticipada al desaparecer la sintomatología inicial, la depresión clínica o el peso del estigma internalizado) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

Para mitigar estas dificultades, el equipo de enfermería implementa intervenciones estratégicas orientadas a fortalecer la adherencia, tales como la educación detallada sobre la farmacocinética del medicamento, la anticipación de los efectos secundarios esperados, el diseño de recordatorios visuales o digitales personalizados, y la integración de la red de apoyo familiar del paciente como un soporte logístico y afectivo en el cumplimiento del tratamiento.

7.4.4. Seguimiento de la persona en tratamiento

El seguimiento clínico y epidemiológico sistemático de la persona bajo tratamiento representa una competencia asistencial indispensable que permite monitorizar la evolución del proceso patológico, constatar la eficacia de la intervención farmacológica instaurada y detectar de manera precoz cualquier indicio de fallo terapéutico o resistencia microbiana. El profesional de enfermería establece un cronograma de consultas de control estructuradas de acuerdo con la etiología específica de la infección y las normativas sanitarias vigentes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

Durante estas valoraciones de seguimiento, se evalúa rigurosamente la resolución progresiva de los signos y síntomas clínicos (tales como la remisión del exudado purulento, la epitelización y cierre de las úlceras genitales o la atenuación del dolor pélvico), se supervisa la tolerancia y el cumplimiento estricto del esquema farmacológico prescrito, y se gestiona la ejecución de pruebas paraclínicas de control o test de curación microbiológica en aquellos escenarios donde el protocolo clínico lo exige de forma mandatoria (por ejemplo, en el control post-tratamiento de infecciones gonocócicas o en la titulación serológica evolutiva de la sífilis). Asimismo, el espacio de seguimiento clínico constituye la oportunidad ideal para reforzar la consejería en prevención secundaria, reevaluar la estabilidad emocional del usuario y garantizar que la red prestacional mantenga un acompañamiento continuo hasta certificar la alta clínica definitiva (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

7.4.5. Prevención de la reinfección

Uno de los mayores obstáculos operativos y epidemiológicos en el control integral de las ITS es la alta incidencia de reinfección, un fenómeno caracterizado por el hecho de que un individuo previamente tratado e curado adquiere nuevamente el mismo agente patógeno o una infección intercurrente al poco tiempo de haber concluido su terapia. El detonante principal de la reinfección radica en la persistencia de la exposición a las mismas fuentes de riesgo y, de manera crítica, en la omisión del tratamiento simultáneo de las parejas sexuales del caso índice, dando lugar al clásico ciclo de transmisión conocido clínicamente como el "efecto ping-pong" (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Para interrumpir y prevenir eficazmente la reinfección, el plan de cuidados y gestión de enfermería debe incorporar directrices operativas y educativas de estricto cumplimiento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019):

- **Tratamiento presunto y simultáneo de parejas sexuales:** Es una regla de oro insoslayable en el manejo clínico de las ITS, todas las parejas sexuales que hayan mantenido contacto físico con el caso índice dentro del período de ventana o de riesgo epidemiológico deben ser identificadas, convocadas, evaluadas clínicamente y tratadas de manera simultánea con el mismo esquema antimicrobiano, con absoluta independencia de que exhiban o no manifestaciones sintomáticas aparentes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

- **Notificación asistida y confidencial de contactos:** Estrategia en la cual el equipo de salud colabora directamente con el usuario para establecer mecanismos de aviso a sus parejas sexuales, garantizando la más estricta reserva de su identidad, eliminando el riesgo de confrontaciones violentas y reduciendo el estigma asociado a la revelación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

- **Abstinencia sexual temporal:** Indicación clínica precisa de evitar cualquier tipo de relación sexual desprotegida o coito de riesgo hasta que tanto el paciente índice como la totalidad de sus parejas sexuales hayan completado íntegramente el ciclo farmacológico indicado y se haya verificado analíticamente la resolución de la infección (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

- **Adopción permanente de medidas de barrera:** Refuerzo educativo continuo sobre el uso correcto, sistemático y consistente del preservativo en todas las prácticas sexuales posteriores, consolidando un cambio conductual duradero orientado firmemente hacia el autocuidado, la corresponsabilidad y la protección mutua (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

7.5. Estrategias preventivas desde enfermería

El ejercicio de la enfermería en el campo de la salud sexual y reproductiva se posiciona como una práctica avanzada, holística y transformadora; frente al modelo biomédico tradicional centrado exclusivamente en la resolución del daño agudo, la enfermería comunitaria y clínica lidera un paradigma preventivo integral que articula la evidencia científica, el enfoque de derechos humanos, la perspectiva de género y la interculturalidad. Las intervenciones de enfermería están diseñadas para empoderar a los individuos, desmantelar las barreras de acceso a los servicios de salud y promover la adopción sostenida de conductas de autocuidado que protejan la integridad física, emocional y reproductiva de la población en todas las etapas del ciclo vital (Valero-Muro, y otros, 2025).

7.5.1. Educación y promoción de prácticas sexuales seguras

La educación para la prevención de las ITS comprende la transmisión de conocimientos relacionados con las prácticas sexuales, las formas de exposición, los métodos de protección y la utilización de los servicios de salud, la información debe incluir las principales vías de transmisión de las ITS, la posibilidad de presentar infecciones sin síntomas, la importancia de realizar pruebas cuando estén indicadas y la necesidad de completar los tratamientos prescritos, así también, abordar las medidas disponibles para disminuir la exposición durante las relaciones sexuales y favorecer el acceso oportuno a los servicios de diagnóstico y atención (Valero-Muro, y otros, 2025).

Las prácticas sexuales seguras incluyen el uso adecuado de métodos de barrera, la realización periódica de pruebas cuando corresponda, la comunicación entre las parejas sobre la salud sexual y la búsqueda de atención ante la presencia de síntomas compatibles con una ITS. La reducción del número de exposiciones sexuales y el establecimiento de acuerdos entre las parejas también pueden disminuir la probabilidad de adquirir una infección, especialmente cuando se combinan con otras medidas preventivas, la abstinencia sexual constituye la única

forma de evitar completamente la transmisión sexual, mientras que otras estrategias reducen el riesgo, pero no necesariamente lo eliminan (Valero-Muro, y otros, 2025).

La educación debe proporcionar información sobre la diferencia entre las infecciones que pueden curarse mediante tratamiento y aquellas que pueden permanecer en el organismo y requerir control a largo plazo, también debe explicar que una persona puede adquirir una ITS nuevamente después de haber recibido tratamiento, por lo que las medidas preventivas deben mantenerse posteriormente, por tanto, la información clara y basada en conocimientos científicos contribuye a que las personas conozcan las alternativas disponibles para proteger su salud sexual y reproductiva (Valero-Muro, y otros, 2025).

7.5.2. Promoción del uso correcto y consistente del condón

El condón constituye una de las principales medidas de barrera para reducir la transmisión de numerosas ITS y prevenir embarazos cuando se utiliza correctamente, su eficacia depende de la utilización adecuada durante toda la relación sexual y en cada exposición, debido a que algunas infecciones pueden transmitirse mediante contacto con lesiones o superficies cutáneas que no quedan cubiertas por el preservativo, por esta razón, el condón reduce considerablemente el riesgo de determinadas ITS, aunque no proporciona protección absoluta frente a todas las infecciones (Brenes, Zapata, & Castro, 2026).

La utilización correcta incluye revisar la fecha de caducidad y el estado del envase, abrirlo cuidadosamente para evitar daños, colocarlo antes de cualquier contacto genital, mantenerlo durante toda la relación sexual y retirarlo de manera adecuada después de la eyaculación, los preservativos de látex no deben utilizarse con lubricantes a base de aceite debido a que estos pueden deteriorar el material y aumentar la posibilidad de ruptura, los lubricantes a base de agua o silicona son compatibles con los preservativos de látex (Brenes, Zapata, & Castro, 2026).

La promoción del uso consistente del condón debe incluir información práctica sobre su utilización y conservación, los preservativos deben mantenerse en condiciones que eviten el deterioro del material y no deben reutilizarse, cada relación sexual requiere un preservativo nuevo, incluyendo el cambio entre diferentes prácticas sexuales cuando exista posibilidad de transferencia de secreciones entre sitios anatómicos (Brenes, Zapata, & Castro, 2026).

7.5.3. Vacunación y prevención de ITS prevenibles

La inmunización activa constituye una intervención primaria de alto impacto en salud pública para la prevención de infecciones víricas asociadas a morbilidad crónica y neoplasias malignas. El profesional de enfermería gestiona la captación, administración y seguimiento de los esquemas vacunales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2026):

- **Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH):**
    - *Población diana y esquemas:* Priorización de la inmunización universal en niñas y niños en edad escolar (previo al inicio de la vida sexual activa) para garantizar una respuesta inmunogénica robusta, así como esquemas de rescate (*catch-up*) en adolescentes, adultos jóvenes, personas que viven con VIH y poblaciones clave (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2026).
    - *Impacto clínico:* Prevención primaria de lesiones premalignas (displasias cervicales, anales, vulvares y orofaríngeas), cáncer cérvico-uterino y verrugas anogenitales (condilomas acuminados) causadas por los genotipos de alto y bajo riesgo oncogénico incluidos en las formulaciones bi, tetra o nonavalentes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2026).
- **Vacuna contra la Hepatitis B (VHB):**
    - *Esquemas de inmunización:* Aplicación del esquema estándar de tres dosis recombinantes (0, 1 y 6 meses) en población general no inmunizada, con especial énfasis en trabajadores de la salud, personas con múltiples parejas sexuales, usuarios de drogas intravenosas y convivientes de pacientes con infección crónica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2026).
    - *Evaluación serológica post-vacunal:* Cuantificación de anticuerpos contra el antígeno de superficie (Anti-HBs) en grupos de alto riesgo para certificar la seroconversión protectora (10 UI/L) y prevenir el desarrollo de hepatitis crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2026).
- **Inmunizaciones complementarias:** Promoción de la vacuna contra la Hepatitis A en redes sexuales de riesgo y administración de vacunas específicas (como la vacuna

contra Mpox) según los lineamientos epidemiológicos y alertas sanitarias vigentes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2026).

7.5.4. Prevención combinada del VIH y otras ITS

La enfermería contemporánea lidera la implementación de la prevención combinada, un modelo multisistémico que reconoce que ninguna intervención aislada es suficiente para frenar la propagación de las ITS. Este enfoque articula tres dimensiones interconectadas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023):

Eje biomédico:

- *Profilaxis Preexposición (PrEP):* Valoración clínica de enfermería, monitoreo de la función renal basal, descarte de VIH previo al inicio y seguimiento trimestral con pruebas serológicas y de función orgánica para usuarios en esquemas diarios o a demanda (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

- *Profilaxis Postexposición (PEP):* Atención de urgencia en las primeras 72 horas tras una exposición de riesgo biológico, garantizando el inicio inmediato de la terapia antirretroviral de 28 días, el seguimiento de adherencia y la contención de efectos adversos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

- *Tratamiento como Prevención (TasP - I=I):* Optimización de la adherencia al tratamiento antirretroviral para mantener la carga viral indetectable y anular la transmisión sexual (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

- *Diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS bacterianas:* Curación de lesiones ulcerosas o inflamatorias para restaurar la barrera epitelial mucosa (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

Eje conductual: Consejería individualizada, evaluación del perfil de riesgo, distribución masiva de insumos de protección y programas de pares comunitarios (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

Eje estructural: Creación de espacios de atención amigables y accesibles, defensa de los derechos sexuales y reproductivos, y articulación intersectorial para eliminar las barreras económicas, de género y geográficas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

7.5.5. Seguimiento, referencia y reducción del estigma y la discriminación

El seguimiento de las personas que reciben atención por una ITS comprende la continuidad de los controles, la valoración de la respuesta al tratamiento, la identificación de posibles efectos adversos y la realización de pruebas posteriores cuando estén indicadas, así también; se incluye la evaluación de las parejas sexuales y la adopción de medidas destinadas a prevenir la reinfección. Cuando una persona requiere procedimientos diagnósticos, tratamiento especializado o atención que no se encuentra disponible en el establecimiento inicial, debe realizarse la referencia correspondiente y garantizarse la continuidad de la atención (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

La atención de las ITS debe desarrollarse bajo principios de privacidad, confidencialidad y respeto; la estigmatización y la discriminación pueden constituir barreras para la búsqueda de pruebas, el acceso al tratamiento y la continuidad de la atención. Las personas con una ITS deben recibir información sobre su diagnóstico y tratamiento sin expresiones que atribuyan culpa, vergüenza o juicios relacionados con su vida sexual, asimismo, la comunicación respetuosa forma parte de una atención integral y centrada en los derechos de la persona (Valero-Muro, y otros, 2025).

La reducción del estigma también requiere garantizar que la información relacionada con el diagnóstico sea manejada de forma confidencial y que las personas puedan acceder a los servicios sin discriminación. En el caso del VIH, estos principios son importantes por la persistencia de actitudes estigmatizantes asociadas con la infección, el acompañamiento durante el diagnóstico, tratamiento y seguimiento debe mantener condiciones de respeto y confidencialidad que favorezcan la continuidad de la atención (Mondal & Shitan, 2025).

Capítulo VIII. Violencias Basadas en Género y Salud Sexual

Dra. C. Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga[13]

Dra. Rosa del Rocío Pinargote Chancay, PhD.[14]

8.1. Tipos y manifestaciones de las violencias basadas en género

Las violencias basadas en género pueden presentar múltiples expresiones y adquirir diferentes niveles de intensidad, frecuencia y permanencia, por lo que su reconocimiento requiere considerar las diversas formas mediante las cuales pueden afectar la integridad, la autonomía, la dignidad y el ejercicio de los derechos de las personas (Gracia Hincapié & Ortiz Rodriguez, 2021). Una misma situación puede involucrar más de una manifestación de violencia y combinar conductas dirigidas contra el cuerpo, las emociones, la sexualidad, los recursos económicos, los bienes, las relaciones interpersonales o la privacidad, estas expresiones pueden producirse de manera directa o mediante mecanismos de control, coerción, intimidación, vigilancia, restricción o sometimiento, tanto en las relaciones personales como en los espacios familiares, sociales y digitales (Martínez Pacheco, 2026).

La identificación de estas manifestaciones tiene importancia con la salud sexual y reproductiva, debido a que determinadas formas de violencia pueden interferir con la autonomía corporal, la toma de decisiones sobre la sexualidad y la reproducción, el establecimiento de relaciones consensuadas y el acceso a servicios de salud (Organización Mundial de la Salud., 2025). Las expresiones violentas pueden presentarse de manera evidente mediante agresiones físicas o sexuales, pero también mediante comportamientos menos visibles relacionados con el control, la humillación, la dependencia económica, la restricción de recursos, la vigilancia tecnológica o la imposición de decisiones relacionadas con la vida sexual y reproductiva, por tanto, el reconocimiento de esta diversidad permite diferenciar sus principales características y comprender las distintas vías mediante las cuales pueden producir afectaciones en la salud y en el bienestar integral (Gracia Hincapié & Ortiz Rodriguez, 2021).

[13] Universidad Estatal del Sur de Manabí, E-mail: margoth.villegas@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4637-5396

[14] Universidad Estatal del Sur de Manabí, E-mail: rosa.pinargote@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9899-9243

8.1.1. Concepto de violencia basada en género

La violencia basada en género constituye una manifestación histórica y estructural de la desigualdad de poder entre los sexos que atenta contra los derechos humanos, la dignidad de las personas y el desarrollo pleno de las potencialidades individuales y colectivas. Este fenómeno sociosanitario no acontece de manera aislada o fortuita, sino que se encuentra profundamente cimentado en las estructuras patriarcales, los estereotipos culturales rígidos y los mandatos normativos que asignan roles diferenciados y jerarquizados en función de la identidad o el género de las personas, subordinando sistemáticamente lo femenino frente a la hegemonía masculina (Jaramillo-Bolívar & Canaval-Erazo, 2021).

Desde el ámbito de las ciencias de la salud y específicamente de la disciplina de enfermería, la violencia basada en género debe ser interpretada no como una mera suma de agresiones individuales o eventos esporádicos de maltrato, sino como un determinante social crítico que condiciona de forma directa los niveles de morbilidad, mortalidad y bienestar psicoemocional de la población, por lo que la comprensión teórica y conceptual de esta problemática resulta imperativa dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva para desmantelar la naturalización del maltrato, identificar oportunamente sus manifestaciones veladas o explícitas y garantizar una atención holística, humanizada y basada en los estándares internacionales de derechos humanos (Calvo González & Camacho Bejarano, 2024).

8.1.2. Violencia física

La violencia física comprende cualquier acción que provoque o pueda provocar daño corporal mediante el uso intencional de la fuerza física u otros mecanismos capaces de afectar la integridad de una persona, dentro sus manifestaciones se encuentran golpes, empujones, bofetadas, patadas, mordeduras, quemaduras, estrangulamiento, lanzamiento de objetos, utilización de instrumentos para causar lesiones, restricciones físicas y otras formas de agresión corporal. La violencia física puede producir lesiones de diferente gravedad, desde contusiones y heridas hasta fracturas, traumatismos, discapacidad permanente y muerte, asimismo, puede acompañarse de amenazas, intimidación y otras formas de violencia destinadas a generar miedo y sometimiento (Grassi Bonamigo, Gomes Torres, & Gessner Lourenço, 2022).

Las agresiones físicas pueden ocurrir de manera ocasional o repetitiva y pueden incrementar progresivamente su intensidad y frecuencia; las lesiones pueden localizarse en diferentes partes del cuerpo y algunas pueden permanecer ocultas debido a que la persona

afectada evita mostrarlas o porque las agresiones se producen en zonas cubiertas por la ropa (Grassi Bonamigo, Gomes Torres, & Gessner Lourenço, 2022). La violencia física también puede presentarse durante el embarazo, período en el que las agresiones pueden ocasionar lesiones maternas y complicaciones obstétricas, además de representar un riesgo para el bienestar fetal, los golpes dirigidos hacia el abdomen, las caídas provocadas, la utilización de fuerza física y otras agresiones pueden asociarse con traumatismos, sangrado, dolor, pérdida gestacional, parto prematuro y otras complicaciones (Nuñez-Ochoa, Moquillaza-Alcántara, & Díaz-Tinoco, 2022).

La violencia física puede coexistir con violencia psicológica, sexual, económica o patrimonial, particularmente cuando la agresión corporal se utiliza como mecanismo de intimidación y control, las amenazas de nuevas agresiones, la destrucción de objetos personales, la restricción física y el uso de la fuerza para impedir que una persona abandone un lugar constituyen expresiones relacionadas con el ejercicio del poder y la coerción. La identificación de las manifestaciones físicas requiere considerar tanto las lesiones observables como las circunstancias en las que se produjeron, la reiteración de los episodios y la presencia de otras formas de violencia que puedan incrementar el riesgo para la integridad y la vida (Robles-Rosa & Jódar-Martínez, 2024).

8.1.3. Violencia psicológica y emocional

La violencia psicológica y emocional se configura como un conjunto dinámico y continuo de acciones, omisiones, mensajes verbales o no verbales, actitudes y patrones de comportamiento dirigidos a alterar la percepción de la realidad, degradar la autoestima, minar la autonomía y causar la desestructuración de la estabilidad psíquica e identidad de la víctima (Martínez Noriega, Salcido Cibrián, & Elizalde Monjardin, 2025). Esta manifestación de la agresión suele operar a través de la humillación pública o privada, los insultos persistentes, la desvalorización sistemática de los logros o habilidades individuales, el aislamiento forzado de las redes familiares o comunitarias de apoyo, los celos patológicos, la vigilancia y control de la vestimenta, horarios o interacciones sociales, la manipulación afectiva y el chantaje emocional recurrentes. Asimismo, abarca la formulación de amenazas directas o veladas dirigidas hacia la propia víctima, sus hijos, allegados o bienes materiales, infundiendo un estado permanente de alerta, indefensión aprendida y zozobra (Novo, Herbón, & Amado, 2026).

El impacto de la violencia psicológica se traduce en una erosión severa de la agencia personal y la capacidad para negociar o tomar decisiones libres, informadas y autónomas respecto al propio cuerpo, derivando frecuentemente en trastornos afectivos severos, depresión mayor, estados de ansiedad generalizada, ideación e intentos autolíticos, somatización crónica y alteraciones graves del deseo y la satisfacción erótico-afectiva (Novo, Herbón, & Amado, 2026).

8.1.4. Violencia sexual

La violencia sexual se define como cualquier acto, requerimiento, insinuación, contacto o tentativa de índole sexual o genital llevado a cabo sin el consentimiento libre, inequívoco, consciente y revocable de la persona, o cuando esta se encuentra imposibilitada para otorgarlo debido a situaciones de vulnerabilidad, asimetría de poder, minoría de edad, discapacidad cognitiva o física, o por encontrarse bajo los efectos de sustancias alcohólicas, psicotrópicas o farmacológicas. Este tipo de violencia atenta contra la libertad, la integridad físico-psíquica y el derecho inalienable de cada individuo a decidir sobre su propia vida sexual y reproductiva (Toro Merlo, 2023).

El espectro de la violencia sexual abarca diversas manifestaciones clínicas y sociales que se extienden desde el acoso verbal o físico en entornos laborales, educativos o públicos, la exhibición no consentida, los tocamientos indebidos y el voyerismo, hasta el acceso carnal violento o la violación perpetrada mediante la penetración anal, vaginal u oral con órganos corporales u objetos, de igual manera, se incluyen dentro de esta tipología la explotación sexual, la prostitución forzada, la coerción reproductiva como la imposición o prohibición del uso de métodos anticonceptivos; y la interrupción forzada o la obligación de llevar a término un embarazo no deseado (Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, & Romero-Mendoza, 2021).

El abordaje enfermero ante casos de violencia sexual exige una respuesta asistencial urgente, empática, protocolizada y desprovista de juicios de valor, las intervenciones de enfermería deben priorizar la atención médica inmediata para la contención emocional, la administración oportuna de profilaxis farmacológica post-exposición para la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras infecciones de transmisión sexual, el suministro de anticoncepción de emergencia dentro de la ventana de eficacia terapéutica, el tratamiento de las lesiones tisulares y la preservación rigurosa de los elementos de prueba dentro de la cadena de custodia legal (Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, & Romero-Mendoza, 2021).

8.1.5. Violencia económica y patrimonial

La violencia económica y patrimonial remite a toda acción u omisión orientada al control, privación, transformación, sustracción, destrucción o apropiación indebida de los recursos económicos, ingresos monetarios, bienes muebles o inmuebles, documentos personales de identificación, instrumentos de trabajo y derechos patrimoniales de una persona, limitando su capacidad de subsistencia y lesionando gravemente su independencia personal, esta forma de maltrato suele perpetrarse como un mecanismo de dominación que busca mantener a la víctima en una situación de dependencia absoluta respecto al agresor (López Chávez & Cueva Quezada, 2026).

Las manifestaciones habituales de esta violencia se expresan en la prohibición explícita o implícita para ingresar o permanecer en el mercado laboral remunerado, la restricción de acceso a espacios de formación académica o técnica, la expropiación del salario o ingresos generados por la propia víctima y la administración exclusiva del presupuesto familiar por parte del agresor, asimismo, abarca la negativa deliberada a cubrir los gastos de manutención e insumos básicos del hogar, la ocultación de activos financieros, la destrucción de pertenencias de valor sentimental o económico y la retención no autorizada de documentos personales indispensables para la realización de trámites legales o de acceso a servicios públicos (Barrera Montppellier, 2025).

En análisis desde la salud sexual y reproductiva, la violencia económica impacta negativamente en la adherencia a los tratamientos y en el cuidado preventivo del cuerpo, la falta de autonomía financiera imposibilita a las usuarias costear insumos de higiene menstrual, adquirir métodos anticonceptivos modernos, pagar transporte para acudir a las citas de control prenatal o exámenes de cribado ginecológico, y adquirir medicamentos prescritos, perpetuando barreras de acceso a los servicios sanitarios y profundizando las brechas de inequidad en salud (Contreras & Beltrán, 2022).

8.1.6. Violencia digital y otras formas de violencia

La violencia digital comprende el conjunto de actos de agresión, hostigamiento, difamación, vulneración de la intimidad y amenazas cometidos, facilitados o amplificados a través del uso de tecnologías de la información y la comunicación, redes sociales, plataformas de mensajería instantánea, correo electrónico o cualquier medio cibernético, esta modalidad de

agresión trasciende los límites físicos de los espacios tradicionales, propagándose de forma rápida y persistente, lo que genera un impacto destructivo en la privacidad, la imagen pública y el bienestar emocional de las personas agredidas (Fuentes-Aguila & Muñoz-Alfonso, 2024).

Entre sus expresiones más representativas se encuentran la difusión no consentida de imágenes, videos o audios de contenido íntimo o sexualmente explícito, el chantaje y la extorsión cibernética, el acoso y acecho en línea, la suplantación de identidad mediante perfiles falsos y la publicación de datos personales sin autorización previa con el fin de instar al linchamiento digital, estas prácticas provocan un profundo aislamiento social, angustia severa, estigmatización comunitaria y trastornos de la esfera psicoafectiva que menoscaban el desarrollo de la vida cotidiana (Fuentes-Aguila & Muñoz-Alfonso, 2024).

Dentro del catálogo contemporáneo de las violencias de género deben incluirse otras formas complejas de vulneración, como la violencia vicaria y la violencia institucional o médica. La violencia vicaria se ejerce directamente sobre las hijas, hijos u otros seres allegados a la víctima con el propósito principal de causar a la mujer el mayor daño psicológico posible. Por su parte, la violencia institucional y médica (donde se adscribe la violencia obstétrica) abarca el trato deshumanizado, la patologización injustificada de los procesos fisiológicos de la reproducción, la imposición de intervenciones clínicas no consentidas y la invisibilización de las decisiones de las usuarias dentro de los establecimientos de salud (Fuentes-Aguila & Muñoz-Alfonso, 2024).

8.1.7. Violencia en las relaciones de pareja y ámbito familiar

La violencia en las relaciones de pareja y el ámbito intrafamiliar comprende todo patrón reiterado de abuso físico, emocional, sexual o económico ejercido por un cónyuge, conviviente, expareja o familiar directo con el cual la víctima tiene o ha tenido un vínculo de afectividad, convivencia o parentesco, la relación de cercanía, la confianza depositaria y la privacidad del espacio doméstico son utilizadas por el agresor como instrumentos para afianzar un sistema de dominación, control e intimidación continuada sobre la víctima (Silva-Martínez, Vázquez-Pagán, & Jenice, 2022).

Esta dinámica de violencia intrafamiliar se articula habitualmente a través del denominado ciclo de la violencia, un proceso circular de tres fases interconectadas que tiende a intensificarse en frecuencia y gravedad con el transcurso del tiempo; la primera etapa es la

fase de acumulación de tensión, caracterizada por fricciones verbales, hostilidad latente, descalificaciones y episodios aislados de maltrato psicológico, la segunda etapa es la fase de explosión o agresión aguda, en la cual la tensión acumulada se desencadena en forma de actos violentos de elevada severidad física, sexual o emocional (Silva-Martínez, Vázquez-Pagán, & Jenice, 2022).

La tercera etapa corresponde a la fase de reconciliación o de manipulación arrepentimiento, comúnmente llamada luna de miel, en la que el agresor manifiesta disculpas, promete cambios definitivos de conducta, realiza muestras de afecto y busca la compasión de la víctima para restablecer el vínculo y evitar la ruptura de la relación, este mecanismo cíclico genera profunda confusión, ambivalencia afectiva e indefensión aprendida en la persona agredida, entorpeciendo la búsqueda oportuna de ayuda externa y dificultando la desvinculación definitiva del entorno abusivo (Silva-Martínez, Vázquez-Pagán, & Jenice, 2022).

8.1.8. Consecuencias de la violencia en la salud sexual y reproductiva

Las secuelas de la violencia basada en género sobre la salud sexual y reproductiva constituyen un problema de vasta escala que menoscaba el bienestar anatómico, fisiológico, psicoemocional y social de quienes la padecen. En el ámbito de la salud física y somática, la exposición a violencia física y sexual incrementa sustancialmente la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana, la sífilis, la gonorrea y el Virus del Papiloma Humano, asimismo, produce cuadros de dolor pélvico crónico, enfermedad inflamatoria pélvica, cistitis recurrentes, desgarros anogenitales, fístulas vesicovaginales o rectovaginales, hemorragias uterinas anormales y alteraciones permanentes en la funcionalidad del piso pélvico (Stein & Flor, 2025).

En la dimensión reproductiva, el maltrato sistémico y la imposibilidad de negociar el cuidado de la salud derriban la capacidad de autodeterminación, asociándose con elevadas tasas de embarazos no planeados o no deseados, abortos en condiciones sanitarias de inseguridad y complicaciones graves derivadas de los mismos, durante el proceso de la gestación, las agresiones físicas directas y los estados de estrés crónico persistente desatan respuestas neuroendocrinas anómalas caracterizadas por la hipersecreción de cortisol y catecolaminas, esta alteración metabólica y vascular incrementa marcadamente la incidencia de restricción del

crecimiento intrauterino, partos pretérmino, bajo peso al nacer, desprendimiento prematuro de placenta, muerte fetal y morbimortalidad materna (Stein & Flor, 2025).

En la esfera psicológica y del comportamiento, las agresiones continuadas lesionan la vivencia plena y placentera de la sexualidad, limitando la toma de decisiones libres e informadas sobre el propio cuerpo. Las víctimas experimentan con alta frecuencia cuadros de vaginismo, dispareunia, anhedonia sexual, pérdida del deseo erótico y fobia o desconfianza hacia los procedimientos ginecológicos preventivos, tales como la toma de citologías vaginales o las revisiones mamarias, generando estas repercusiones psicológicas barreras en la relación médico-paciente y postergando la búsqueda de atención asistencial, lo que consolida un impacto negativo sostenido en la salud integral (Stein & Flor, 2025).

8.2. Indicadores de violencia en la consulta

La identificación de situaciones de violencia durante la atención sanitaria requiere reconocer señales que pueden manifestarse en diferentes dimensiones de la salud y del comportamiento de la persona. Los indicadores pueden ser visibles o sutiles, presentarse de manera aislada o simultánea y variar según el tipo de violencia, el tiempo de exposición, la relación con la persona agresora y las condiciones individuales, su reconocimiento parte de una valoración integral que considere las condiciones físicas, psicológicas, emocionales, sexuales, reproductivas, conductuales y sociales, evitando establecer conclusiones únicamente a partir de un signo o manifestación aislada (Burgos & Paravic, 2023).

La consulta sanitaria constituye un espacio en el que pueden identificarse circunstancias que afectan la integridad y autonomía de una persona, especialmente cuando existen condiciones que dificultan expresar libremente lo ocurrido. La presencia de lesiones sin explicación clara, cambios emocionales o conductuales, dificultades relacionadas con la salud sexual y reproductiva, temor, aislamiento o alteraciones en las relaciones interpersonales puede requerir una valoración más cuidadosa, la detección debe realizarse mediante comunicación respetuosa, escucha activa, confidencialidad y condiciones que permitan expresar preocupaciones sin la presencia de personas que puedan influir, intimidar o limitar la libertad de respuesta (Burgos & Paravic, 2023).

La valoración de posibles situaciones de violencia también requiere considerar las necesidades inmediatas de protección y atención, diferenciando aquellas circunstancias que pueden representar un riesgo para la integridad física, la vida, la salud sexual o reproductiva y

el bienestar emocional. La identificación oportuna de señales de alerta favorece la orientación hacia las medidas de atención y protección correspondientes, respetando la autonomía, la dignidad, la privacidad y las decisiones de la persona atendida (Burgos & Paravic, 2023).

8.2.1. Indicadores físicos y clínicos

Los indicadores físicos y clínicos constituyen manifestaciones somáticas y evidencias anatómicas directas o indirectas de agresiones corporales, las cuales pueden ser identificadas por el profesional de enfermería durante la exploración física sistemática y la inspección general en la consulta de salud sexual y reproductiva. La presencia de lesiones cutáneas, osteomusculares y viscerales de variada evolución cronológica representa uno de los hallazgos más concluyentes de maltrato físico continuado o episodios recientes de violencia corporal (Galeano, 2022).

Entre las manifestaciones cutáneas y de tejidos blandos destacan las contusiones, equimosis, hematomas, excoriaciones, laceraciones, petequias y quemaduras con patrones geométricos o de demarcación definidos por objetos o sustancias. Resulta de vital importancia evaluar la simetría y topografía de las lesiones, prestando especial atención a hallazgos en áreas protegidas como la cara interna de los brazos, los muslos, el abdomen, el cuello, el tórax, la región retroauricular y la zona mamilo-areolar, asimismo, la presencia de lesiones en distintas fases de cicatrización o cromatismo equimótico en un mismo examen físico sugiere la ocurrencia de eventos traumáticos a repetición en diferentes momentos temporales (Galeano, 2022).

En el sistema osteomuscular y orgánico, la violencia física se manifiesta a través de fracturas óseas recurrentes, luxaciones articulares, traumatismos craneoencefálicos, perforaciones timpánicas y dolor somático crónico no explicado por patologías de base. En las usuarias gestantes, los signos clínicos de alerta incluyen la presencia de dolor abdominal difuso o localizado, sangrado transvaginal de etiología incierta, dinámica uterina prematura, desaceleraciones o alteración de la frecuencia cardíaca fetal y traumatismos directos en la pared abdominal que no guardan coherencia con la cinemática de traumatismos fortuitos relatada por la paciente (Galeano, 2022).

8.2.2. Indicadores psicológicos y emocionales

Los indicadores psicológicos y emocionales pueden manifestarse mediante cambios en el estado de ánimo, respuestas de miedo, ansiedad, tristeza, angustia, irritabilidad, sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultades de concentración, alteraciones del sueño o manifestaciones compatibles con estrés postraumático. También pueden observarse llanto frecuente, retraimiento, hipervigilancia, sobresalto ante determinados estímulos, dificultad para establecer contacto visual, preocupación constante por la seguridad propia o de otras personas y temor frente a determinadas situaciones, estas manifestaciones pueden presentarse con diferente intensidad y no necesariamente aparecen inmediatamente después de una experiencia violenta (Saldaña Orozco & Ibarra Rentería, 2025).

La conducta emocional durante la consulta puede proporcionar elementos adicionales para la valoración cuando existe una diferencia marcada entre la situación clínica y las respuestas observadas. El temor a hablar, la dificultad para responder preguntas en presencia de la pareja o familiar, la búsqueda constante de aprobación de otra persona o la preocupación por las consecuencias de proporcionar información pueden constituir señales que justifican una exploración cuidadosa, también puede existir una actitud aparentemente indiferente, distante o poco expresiva, particularmente cuando la persona ha desarrollado mecanismos de adaptación frente a experiencias prolongadas de violencia (Saldaña Orozco & Ibarra Rentería, 2025).

Los antecedentes de ansiedad, depresión, intentos de suicidio, autolesiones, consumo problemático de sustancias o deterioro significativo del funcionamiento cotidiano requieren una valoración integral cuando se acompañan de otros indicadores de posible violencia. Las manifestaciones psicológicas no deben interpretarse de forma aislada, debido a que pueden tener múltiples causas, la exploración clínica debe considerar la experiencia de la persona, su percepción de seguridad, la existencia de amenazas, las condiciones de apoyo disponibles y cualquier circunstancia que pueda incrementar su vulnerabilidad (Saldaña Orozco & Ibarra Rentería, 2025).

8.2.3. Indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva

Los indicadores en la esfera de la salud sexual y reproductiva representan manifestaciones clínicas y patrones de conducta que impactan directamente el sistema reproductor y la vivencia erótico-afectiva de las personas, dado que las agresiones basadas en género se dirigen de forma recurrente hacia la autonomía corporal y la intimidad, la consulta

gineco-obstétrica y de planificación familiar constituye un espacio neurálgico para la identificación de estas alteraciones (Vera-Alanís & Fernández-Fuertes, 2021).

A nivel ginecológico y funcional, las personas afectadas presentan una elevada frecuencia de dolor pélvico crónico de etiología no aclarada, enfermedad inflamatoria pélvica recurrente, infecciones de transmisión sexual a repetición o de difícil resolución terapéutica, leucorreas patológicas persistentes, incontinencia urinaria, disuria y vaginitis psicógena, en la dimensión de la respuesta sexual humana, los signos de sospecha abarcan dispareunia, vaginismo secundario o primario de origen traumático, anhedonia, inhibición severa del deseo sexual y fobias específicas a los exámenes ginecológicos o a la especuloscopía (Vera-Alanís & Fernández-Fuertes, 2021).

En la esfera reproductiva, los indicadores incluyen la presencia de embarazos no planeados o en edades extremas de la vida reproductiva, antecedentes de múltiples interrupciones del embarazo en condiciones de inseguridad, intervalos intergenésico extremadamente cortos impuestos por coerción reproductiva y la falta de control sobre la elección o uso de métodos anticonceptivos, asimismo, se observa con frecuencia la inasistencia tardía o irregular a los controles prenatales, el incumplimiento deliberado de esquemas terapéuticos prescritos e historias de pérdidas gestacionales recurrentes vinculadas a eventos traumáticos o a estrés crónico severo (Vera-Alanís & Fernández-Fuertes, 2021).

Dimensión de Valoración	Indicadores Clínicos y Conductuales Principales	Consideraciones para la Práctica de Enfermería
Física y Clínica	Equimosis multícromas, laceraciones en zonas ocultas, fracturas recurrentes, traumatismos abdominales en gestantes.	Inspección metódica, documentación topográfica objetiva y correlación con la cinemática referida.
Psicológica y Emocional	Hipervigilancia, labilidad emocional, aplanamiento afectivo, depresión, indefensión aprendida, somatización.	Espacio de escucha sin juzgar, validación del sufrimiento y detección de riesgo de autolisis.

Salud Sexual y Reproductiva	Dolor pélvico crónico, ITS recurrentes, dispareunia, captación tardía del embarazo, rechazo al examen ginecológico.	Respeto a la intimidad, consentimiento informado continuo en cada maniobra física.
Conductual y Social	Cancelación frecuente de citas, presencia de acompañante controlador, aislamiento social, falta de autonomía financiera.	Entrevista a solas, observación de la dinámica relacional y barreras de acceso.

8.2.4. Cambios conductuales y sociales asociados a situaciones de violencia

Los cambios conductuales y sociales comprenden modificaciones progresivas o abruptas en los patrones de comportamiento, en la interacción con el entorno interpersonal y en el cumplimiento de las responsabilidades cotidianas, derivadas de las dinámicas de control y aislamiento ejercidas por el agresor, estos indicadores resultan visibles tanto en el comportamiento individual de la persona dentro del servicio de salud como en el análisis de su integración comunitaria (Gómez Acosta, 2024).

En la interacción dentro del servicio sanitario, son comunes la inasistencia recurrente o la cancelación injustificada de citas médicas previamente programadas, la discontinuidad en los controles de salud, las visitas frecuentes a los servicios de urgencias por motivos de consulta vagos o inespecíficos y la tardanza sistemática en la búsqueda de atención médica ante complicaciones graves, durante la consulta, la paciente puede mostrar una actitud evasiva, lenguaje corporal encorvado, mirada esquiva, sobresalto ante ruidos o movimientos bruscos, y vacilación constante al responder preguntas sencillas sobre su historial clínico (Gómez Acosta, 2024).

En el ámbito de la dinámica familiar y social, se evidencia un aislamiento progresivo de las redes de apoyo comunitarias, la pérdida o renuncia injustificada a empleos o proyectos académicos, y una dependencia económica absoluta del agresor, asimismo, un elemento conductual determinante en la consulta es la presencia de una pareja o familiar invasivo, controlador o hipervigilante, quien insiste en permanecer dentro del consultorio, responde por la paciente, interrumpe el diálogo con el personal de enfermería, muestra impaciencia o

irritabilidad y ejerce presión para limitar la exploración física o la privacidad del acto médico (Gómez Acosta, 2024).

8.2.5. Entrevista y detección en un entorno seguro

La entrevista orientada a la detección de situaciones de violencia requiere condiciones que permitan a la persona expresar información de manera libre y confidencial, el espacio de atención debe favorecer la privacidad, evitando la presencia de parejas, familiares, acompañantes u otras personas cuando su participación pueda influir en las respuestas, la comunicación debe establecerse mediante un lenguaje claro, respetuoso y libre de juicios, explicando cuando corresponda el propósito de las preguntas y los límites de la confidencialidad establecidos por la normativa aplicable (Martínez Sanz, Mañas Viejo, & Pons Salvador, 2026).

Las preguntas deben formularse de manera directa, sencilla y no acusatoria, evitando expresiones que responsabilicen a la persona por la situación experimentada, la escucha activa permite prestar atención tanto al contenido verbal como a las dificultades que puedan surgir durante la comunicación, debe respetarse el ritmo de la persona, evitando presionarla para proporcionar información que no desea compartir en ese momento, siempre que no existan circunstancias que requieran una actuación inmediata conforme a las obligaciones profesionales y legales correspondientes (Martínez Sanz, Mañas Viejo, & Pons Salvador, 2026).

La entrevista puede incluir preguntas relacionadas con la sensación de seguridad en el hogar y en las relaciones de pareja, la existencia de amenazas, agresiones, coerción sexual, control económico, aislamiento, vigilancia o situaciones que generen temor, la respuesta afirmativa a una pregunta no debe conducir automáticamente a conclusiones sobre la situación, sino orientar hacia una valoración más amplia y hacia las necesidades expresadas por la persona, la documentación clínica debe ser objetiva, precisa y respetuosa, registrando las manifestaciones relevantes, los hallazgos observados, las intervenciones realizadas y las derivaciones o acciones efectuadas conforme a los procedimientos establecidos (Martínez Sanz, Mañas Viejo, & Pons Salvador, 2026).

8.2.6. Valoración de riesgo y necesidades inmediatas

La valoración de riesgo y de necesidades inmediatas es un proceso diagnóstico de enfermería mediante el cual se examina la probabilidad de reincidencia o escalamiento de la agresión y el peligro inminente para la vida o la integridad física de la persona y de sus dependientes, esta evaluación sistemática permite priorizar las decisiones clínicas y activar de forma oportuna las redes de protección institucional y comunitaria (Cruz Almague, Medina González, & Ávila Sánchez, 2026).

Para determinar el nivel de riesgo, el profesional de enfermería debe indagar sobre factores de alta peligrosidad letal, entre estos factores destacan la presencia de amenazas directas de muerte o de uso de armas, la existencia de antecedentes de estrangulamiento o asfixia, el incremento en la frecuencia y severidad de los episodios de violencia física, la portación o acceso del agresor a armas de fuego, la presencia de comportamientos obsesivos o celos patológicos, el abuso de sustancias o alcohol por parte del agresor y la intención manifiesta de la persona agredida de separarse o iniciar trámites legales de divorcio o denuncia (Cruz Almague, Medina González, & Ávila Sánchez, 2026).

Una vez valorado el riesgo, el equipo de enfermería debe establecer las necesidades inmediatas de la usuaria, las cuales abarcan la atención de urgencia para lesiones físicas o trauma sexual, la contención en crisis psicosocial, la identificación de lugares seguros de acogida temporal y la formulación conjunta de un plan de seguridad personalizado, este plan incluye la identificación de contactos de emergencia, la preservación de documentos personales de valor en un sitio accesible fuera del hogar y el establecimiento de rutas claras de evacuación y denuncia en caso de peligro inminente, asegurando que cualquier intervención respete la voluntad y el principio de autonomía de la usuaria (Cruz Almague, Medina González, & Ávila Sánchez, 2026).

8.3. Atención integral y primeros auxilios psicológicos

La atención a personas afectadas por situaciones de violencia requiere una respuesta integral orientada a preservar la seguridad, atender las necesidades inmediatas y favorecer la recuperación física y emocional, la intervención sanitaria comprende diferentes acciones relacionadas con la escucha, la valoración clínica, la identificación de necesidades prioritarias, la protección de la privacidad y la orientación hacia los servicios disponibles, la respuesta

inicial es importante cuando existen lesiones, afectaciones emocionales, violencia sexual, riesgo para la vida o necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva, debido a que determinadas intervenciones requieren atención oportuna y coordinación entre diferentes profesionales y servicios (Shultz & Forbes, 2023).

La atención integral debe considerar las características particulares de cada persona, sus necesidades expresadas, su capacidad para tomar decisiones y las circunstancias que pueden afectar su seguridad, el personal de enfermería participa en la recepción, valoración, cuidado, educación, acompañamiento y seguimiento, manteniendo una comunicación terapéutica que favorezca la confianza y evite prácticas que puedan generar culpabilización, estigmatización o revictimización, la intervención debe orientarse por principios de dignidad, autonomía, confidencialidad, respeto, seguridad y acceso equitativo a la atención (Shultz & Forbes, 2023).

8.3.1. Principios de la atención inicial a personas sobrevivientes de violencia

La atención inicial debe garantizar un trato digno, respetuoso y libre de discriminación, reconociendo a la persona como sujeto de derechos y participante activa en las decisiones relacionadas con su atención, la privacidad constituye un elemento esencial para facilitar la comunicación y proteger la información proporcionada durante la consulta, siempre que las condiciones lo permitan, la atención debe realizarse en un espacio que permita hablar sin la presencia de personas que puedan ejercer presión, intimidación o control, la comunicación debe utilizar un lenguaje comprensible, evitando expresiones que cuestionen las decisiones de la persona o atribuyan responsabilidad por la violencia experimentada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La escucha activa constituye una herramienta fundamental durante la atención inicial, implica prestar atención al relato, respetar los silencios, permitir que la persona exponga sus preocupaciones y evitar interrupciones innecesarias, las respuestas del personal sanitario deben transmitir respeto y disposición para ayudar, sin exigir que la persona relate repetidamente los acontecimientos, la validación de la experiencia implica reconocer la importancia de lo expresado sin emitir juicios sobre las decisiones tomadas, la relación con la persona agresora o las circunstancias que rodearon el episodio (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La atención inicial también debe evitar la revictimización, entendida como la generación de nuevas experiencias de daño o sufrimiento derivadas de respuestas inadecuadas

por parte de personas, instituciones o servicios que intervienen después de un episodio de violencia, la repetición innecesaria del relato, las preguntas acusatorias, la falta de privacidad, la incredulidad, la exposición de información confidencial y la realización de procedimientos sin explicar su finalidad pueden incrementar el malestar de la persona atendida, la actuación profesional requiere limitar la obtención de información a aquella necesaria para la atención y el cumplimiento de las obligaciones clínicas, legales e institucionales correspondientes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La seguridad constituye otro principio prioritario, antes de finalizar la atención debe considerarse si la persona puede regresar de manera segura al lugar donde se encuentra la persona agresora, si existen amenazas actuales y si requiere medidas de protección o apoyo adicional, cuando existen necesidades urgentes, estas deben ser priorizadas mediante la coordinación con los servicios sanitarios, sociales y de protección correspondientes, la atención debe mantener continuidad cuando se requieran controles, tratamiento, apoyo psicológico, seguimiento de salud sexual y reproductiva o derivación a otros profesionales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

8.3.2. Primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos constituyen una respuesta de apoyo dirigida a personas que atraviesan una situación de crisis o un acontecimiento potencialmente traumático, su finalidad es proporcionar ayuda humana, práctica y respetuosa, favorecer la sensación de seguridad, reducir el sufrimiento inmediato y facilitar el acceso a recursos de apoyo. No equivalen a una intervención psicoterapéutica ni requieren que la persona relate detalladamente el acontecimiento experimentado, su aplicación parte de la identificación de necesidades inmediatas y de la disposición de la persona para recibir ayuda (Rabelo Maldonado, 2023).

La intervención puede comenzar mediante una aproximación respetuosa que permita establecer contacto sin ejercer presión, la persona debe recibir información clara sobre la atención disponible y las opciones existentes, manteniendo su autonomía siempre que sus condiciones permitan tomar decisiones. El profesional puede facilitar necesidades básicas, proporcionar un espacio tranquilo, favorecer el contacto con personas de confianza cuando sea seguro y orientar hacia los servicios requeridos, la información debe transmitirse de manera sencilla y evitar la entrega excesiva de indicaciones cuando la persona se encuentra en una situación de elevada angustia (Rabelo Maldonado, 2023).

Los primeros auxilios psicológicos también incluyen la identificación de situaciones que requieren atención especializada o intervención urgente, la presencia de riesgo suicida, alteraciones graves del estado de conciencia, desorganización conductual intensa, lesiones importantes, amenazas actuales u otras circunstancias que comprometan la seguridad requieren una respuesta sanitaria prioritaria. El personal de enfermería debe reconocer sus competencias profesionales y coordinar la intervención con otros integrantes del equipo de salud cuando la situación supere el alcance de la atención inicial (Rabelo Maldonado, 2023).

Durante esta intervención no resulta necesario forzar la expresión emocional ni solicitar detalles del acontecimiento con fines exclusivamente informativos, algunas personas pueden necesitar hablar sobre lo ocurrido, mientras otras pueden requerir inicialmente atención física, descanso, privacidad o contacto con una persona de confianza. La respuesta debe adaptarse a las necesidades identificadas y evitar promesas que no puedan cumplirse, la información proporcionada debe ser veraz, clara y suficiente para que la persona conozca las alternativas de atención y pueda participar en las decisiones correspondientes (Rabelo Maldonado, 2023).

8.3.3. Atención centrada en la persona y enfoque informado por el trauma

La atención centrada en la persona e informada por el trauma es un modelo asistencial que reconoce la prevalencia y las profundas repercusiones del trauma psíquico en la vida de los usuarios, reconfigurando la práctica clínica de enfermería para priorizar la seguridad física y emocional, la previsibilidad de los procedimientos y el fortalecimiento del control personal en cada interacción asistencial (Peter & Holm, 2024).

Este enfoque requiere que el personal sanitario transforme la pregunta clínica tradicional de "¿qué le pasa a esta persona?" hacia una perspectiva comprensiva centrada en "¿qué le ha sucedido a esta persona?", dicha reorientación implica estructurar los entornos asistenciales minimizando cualquier estímulo o procedimiento que pueda actuar como un detonante de angustia o evocar la experiencia del maltrato vivido (Peter & Holm, 2024).

Para la ejecución de la valoración física y los exámenes ginecológicos o reproductivos, el enfoque informado por el trauma exige obtener el consentimiento informado continuo en cada etapa de la exploración. El profesional de enfermería debe explicar previamente y en términos claros cada maniobra que se va a realizar, el propósito de la misma y los instrumentos a utilizar, asegurando que la persona mantenga la capacidad de pausar o interrumpir el

procedimiento en el momento en que experimente incomodidad o angustia (Peter & Holm, 2024).

8.3.4. Atención de las necesidades inmediatas de salud

La atención de las necesidades inmediatas de salud física abarca la valoración, triaje y tratamiento prioritario de aquellas lesiones somáticas y condiciones clínicas agudas que comprometen la vida, la integridad anatómica o el bienestar de la persona sobreviviente de violencia, el equipo de enfermería debe actuar con celeridad, rigor técnico y sentido sintomático para aliviar el dolor físico y prevenir complicaciones inmediatas (Híjar-Medina, 2023).

La atención inicial contempla la cura y estabilización de heridas cutáneas, laceraciones, contusiones, quemaduras y la inmovilización de sospechas de fracturas u oxido-traumatismos, asimismo, es prioritario realizar el manejo farmacológico oportuno del dolor agudo según las prescripciones médicas y efectuar la profilaxis antitetánica correspondiente cuando existan soluciones de continuidad en la piel expuestas a contaminación (Híjar-Medina, 2023).

En casos que involucran a usuarias gestantes o personas en situación de vulnerabilidad clínica agregada, la evaluación física inicial requiere un monitoreo hemodinámico estrecho, la valoración del estado de conciencia y la verificación de signos de compromiso abdominal o pelviano que sugieran hemorragias internas o desprendimientos tisulares, derivando de inmediato a las áreas de especialización requeridas (Híjar-Medina, 2023).

Ámbito de Atención	Intervenciones Prioritarias de Enfermería	Consideraciones de Calidad y Bioética
Atención Inicial y Ética	Resguardo de la intimidad, escucha sin juzgar, validación del relato, obtención del consentimiento.	Garantía de confidencialidad y respeto irrestricto a la autonomía del usuario.
Soporte Psicológico Agudo	Aplicación de primeros auxilios psicológicos (observar, escuchar, conectar), manejo de hipervigilancia.	Facilitar la estabilización emocional sin forzar la narración del evento.

Salud Física Inmediata	Curación de heridas, inmovilización de lesiones, manejo del dolor, profilaxis antitetánica.	Triaje rápido y derivación oportuna en situaciones de compromiso vital.
Profilaxis de Infecciones (ITS/VIH)	Administración de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) e infectología preventiva.	Iniciar preferentemente dentro de las primeras 72 horas posteriores a la exposición.
Prevención de Embarazo No Planeado	Suministro de Anticoncepción de Emergencia (AE) según protocolos de actuación.	Administración oportuna antes de cumplir las 120 horas post-evento sexual.

8.3.5. Prevención y atención de consecuencias relacionadas con la violencia sexual

La atención de enfermería ante situaciones de violencia sexual exige una respuesta clínica protocolizada de urgencia médica y sanitaria, destinada a mitigar las secuelas infectológicas, reproductivas y médico-legales derivadas del evento, las intervenciones deben implementarse en los lapsos temporales de mayor eficacia terapéutica definidos por las guías clínicas internacionales (Baides Noriega, 2023).

Para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el personal de enfermería debe coordinar e iniciar de inmediato el esquema profiláctico post-exposición, la profilaxis para VIH mediante esquemas antirretrovirales debe administrarse lo antes posible, idealmente dentro de las primeras 72 horas posteriores a la agresión, garantizando la continuidad del tratamiento durante los 28 días normados, asimismo, se debe administrar tratamiento empírico de amplio espectro para la prevención de infecciones por Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis y sífilis, junto con la aplicación de la vacuna contra la Hepatitis B y el Virus del Papiloma Humano según el esquema de inmunización correspondiente (Baides Noriega, 2023).

En la dimensión reproductiva, es imperativa la administración oportuna de la Anticoncepción de Emergencia (AE) para prevenir embarazos no planeados derivados del evento de violencia sexual, este insumo debe facilitarse de inmediato dentro de las primeras 120 horas post-exposición, ofreciendo información técnica sobre sus mecanismos de acción e indicando las pautas de seguimiento posterior. De forma paralela, el profesional de enfermería

debe garantizar la toma metódica y la preservación estricta de las muestras de evidencia forense conforme a los protocolos institucionales de cadena de custodia, resguardando la integridad de las pruebas médicas sin supeditar la atención clínica inmediata al inicio de procedimientos judiciales (Baides Noriega, 2023).

8.4. Rutas de atención y notificación

Las situaciones de violencia requieren una respuesta organizada que permita articular la atención sanitaria con las medidas de protección, apoyo psicológico, intervención social y demás servicios que puedan ser necesarios, la actuación institucional comprende diferentes momentos relacionados con la identificación de la situación, valoración de necesidades, atención de las condiciones de salud, determinación del nivel de riesgo, orientación, referencia y seguimiento, la respuesta debe mantener continuidad entre los diferentes servicios involucrados, evitando interrupciones que puedan dificultar el acceso de la persona a la atención requerida (Cueto Calderón, 2024).

La organización de las rutas debe considerar las características de cada situación, las necesidades expresadas por la persona, las condiciones de seguridad y las competencias de los profesionales e instituciones participantes, la atención sanitaria constituye uno de los componentes de una respuesta integral y requiere coordinación con otros servicios cuando existen necesidades que exceden la capacidad resolutiva del establecimiento, la actuación institucional también comprende el cumplimiento de los procedimientos establecidos para el registro y notificación de los casos, manteniendo la protección de la información y el respeto de los derechos de las personas atendidas (Cueto Calderón, 2024).

8.4.1. Organización de la respuesta institucional

La respuesta institucional frente a situaciones de violencia requiere una organización que permita brindar atención oportuna, integral, coordinada y centrada en las necesidades de la persona, los establecimientos sanitarios deben contar con procedimientos que orienten la identificación de casos, valoración clínica, atención de lesiones, intervención inicial, evaluación de riesgos, referencia, seguimiento y registro de la atención, la participación de los diferentes integrantes del equipo de salud debe establecerse de acuerdo con sus competencias profesionales, procurando que las actuaciones sean complementarias y eviten duplicaciones innecesarias (Sainz Pinós & López Triverio, 2022).

La organización de la respuesta debe considerar la disponibilidad de servicios para atención médica, enfermería, salud mental, trabajo social y otras áreas requeridas según las características del caso, cuando la capacidad resolutiva del establecimiento no sea suficiente, la persona debe ser orientada y referida hacia el nivel de atención o servicio correspondiente, proporcionando información clara sobre las razones de la referencia y las alternativas disponibles, la coordinación debe procurar que la persona no quede sin atención durante el proceso de transición entre servicios (Sainz Pinós & López Triverio, 2022).

La actuación institucional también requiere establecer mecanismos para responder ante situaciones de riesgo inmediato, la presencia de lesiones graves, amenazas contra la vida, violencia sexual, riesgo suicida u otras circunstancias que comprometan la seguridad requiere priorización y activación de los procedimientos correspondientes, la respuesta debe diferenciar las necesidades clínicas de las necesidades de protección y apoyo, manteniendo la comunicación entre los profesionales responsables y respetando las disposiciones legales y administrativas aplicables (Sainz Pinós & López Triverio, 2022).

La capacitación del personal constituye un componente necesario para garantizar una respuesta adecuada, los profesionales deben conocer los procedimientos institucionales, los mecanismos de referencia y contrarreferencia, los instrumentos de registro, las obligaciones relacionadas con la notificación y las medidas destinadas a proteger la información, la preparación del equipo contribuye a mantener una atención uniforme y evita respuestas contradictorias que puedan generar barreras adicionales para las personas afectadas (Sainz Pinós & López Triverio, 2022).

8.4.2. Ruta de atención integral a personas sobrevivientes de violencia

La ruta de atención integral a personas sobrevivientes de violencia comprende un conjunto de actuaciones organizadas que buscan garantizar una respuesta oportuna, integral, humanizada y centrada en la persona**,** de acuerdo con las disposiciones establecidas por el Sistema Nacional de Salud, su finalidad es atender las consecuencias de la violencia, identificar las necesidades de la persona sobreviviente y favorecer su recuperación y continuidad del cuidado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

El proceso inicia con la identificación de la situación de violencia, que puede producirse durante una consulta, atención de emergencia, control de salud o mediante la revelación directa

de la persona, ante una sospecha o confirmación, el personal de salud debe proporcionar un espacio seguro y privado que facilite la comunicación, evitando actitudes de juicio, culpabilización o cuestionamiento de las decisiones de la persona (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Posteriormente, se realiza una valoración integral, considerando las condiciones físicas, psicológicas, sexuales y sociales, así como las características particulares de cada caso, esta valoración permite establecer las necesidades inmediatas de atención y determinar la existencia de situaciones que puedan comprometer la seguridad o integridad de la persona (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La atención debe priorizar las necesidades clínicas urgentes y proporcionar las intervenciones correspondientes según el tipo de violencia y las consecuencias identificadas, cuando se requieran servicios especializados o intervenciones que excedan la capacidad resolutiva del establecimiento, se procederá conforme a los mecanismos de referencia y coordinación establecidos. La ruta debe desarrollarse bajo principios de no revictimización, respeto a la dignidad, autonomía, enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos**,** asimismo, debe garantizar la continuidad de la atención mediante seguimiento de las necesidades identificadas y de las intervenciones realizadas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

8.4.3. Referencia y coordinación interinstitucional

La referencia constituye el mecanismo mediante el cual una persona sobreviviente es derivada a otro establecimiento o servicio cuando requiere atención especializada, mayor capacidad resolutiva o intervención complementaria**,** su aplicación debe responder a las necesidades identificadas durante la valoración y realizarse de manera oportuna, evitando interrupciones en la atención (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La coordinación interinstitucional es importante debido a que la violencia puede generar necesidades que trascienden el ámbito sanitario, de acuerdo con las características del caso, puede ser necesaria la articulación con servicios de protección, asistencia social, apoyo psicológico, justicia u otras instituciones competentes**,** conforme a las rutas y procedimientos establecidos en Ecuador (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

El personal de salud debe proporcionar la orientación necesaria para facilitar el acceso a los servicios requeridos y coordinar la continuidad de la atención, la derivación debe acompañarse de la información clínica estrictamente necesaria, evitando exposiciones innecesarias de la persona sobreviviente. En situaciones que involucren niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad u otros grupos en condición de especial protección**,** la coordinación debe considerar las disposiciones específicas aplicables y los mecanismos institucionales destinados a garantizar sus derechos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La referencia y coordinación deben procurar que la persona no quede sin atención durante la transición entre servicios, por ello, es importante verificar, según las posibilidades institucionales, la recepción de la referencia y mantener mecanismos de seguimiento que permitan identificar dificultades de acceso o continuidad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

8.4.4. Notificación y registro de casos según la normativa vigente

La notificación y el registro constituyen componentes fundamentales de la respuesta institucional frente a la violencia, ya que permiten documentar la atención, generar información sanitaria y activar los procedimientos establecidos por la normativa ecuatoriana. El personal de salud debe registrar los hallazgos y actuaciones realizadas durante la atención en los instrumentos y sistemas institucionales correspondiente, la información debe consignarse de manera objetiva, clara, completa y cronológica, diferenciando los datos observados por el profesional de las manifestaciones expresadas por la persona sobreviviente (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018).

El registro puede comprender, según corresponda, información relacionada con:

- Motivo de consulta y circunstancias de la atención.
- Tipo de violencia identificada o sospechada.
- Hallazgos clínicos y psicológicos relevantes.
- Lesiones observadas y atención proporcionada.
- Evaluación de necesidades y riesgos.
- Intervenciones realizadas por el equipo de salud.
- Referencias o derivaciones efectuadas.

- Acciones de seguimiento establecidas.

La notificación de los casos debe efectuarse de acuerdo con los procedimientos, instrumentos y sistemas de vigilancia o información establecidos por la autoridad sanitaria y la legislación vigente, el personal debe conocer las obligaciones específicas aplicables a cada tipo de violencia y grupo poblacional, especialmente cuando se trate de situaciones que involucren a personas menores de edad o casos que requieran la activación de mecanismos de protección (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018).

La documentación debe evitar interpretaciones, calificativos o expresiones que responsabilicen a la persona sobreviviente, un registro adecuado contribuye a la continuidad asistencial, facilita la evaluación de las intervenciones y proporciona información para la planificación de acciones de prevención y respuesta frente a la violencia (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018).

8.4.5. Protección de la información y confidencialidad

La protección de la información constituye una responsabilidad esencial durante la atención de personas sobrevivientes de violencia, los datos obtenidos durante la entrevista, valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento deben manejarse bajo criterios de confidencialidad, privacidad, seguridad y acceso restringido, conforme al marco jurídico y a las disposiciones institucionales vigentes (Calle-Morillo, Proaño-Reyes, & Castro-Sánchez, 2025).

La entrevista y valoración deben realizarse, siempre que las condiciones lo permitan, en un espacio que garantice privacidad, evitando la presencia de personas no autorizadas, la información relacionada con la situación de violencia no debe ser comentada en espacios públicos ni compartida con personas que no intervengan legítimamente en el proceso de atención (Calle-Morillo, Proaño-Reyes, & Castro-Sánchez, 2025).

El acceso a la historia clínica y demás registros debe limitarse al personal autorizado y vinculado con la atención, asimismo, los documentos físicos y sistemas electrónicos deben contar con mecanismos que reduzcan el riesgo de pérdida, alteración, divulgación o acceso no autorizado. La comunicación de información a otros profesionales o instituciones debe limitarse a los datos pertinentes y necesarios para garantizar la atención, protección o

cumplimiento de las obligaciones legales correspondientes, la coordinación interinstitucional, por tanto, no justifica la divulgación indiscriminada de información personal (Calle-Morillo, Proaño-Reyes, & Castro-Sánchez, 2025).

En la atención debe explicarse a la persona sobreviviente, de acuerdo con su edad y condiciones particulares, cómo será utilizada la información proporcionada y cuáles son los límites de la confidencialidad establecidos por la legislación, en aquellos casos en los que exista una obligación legal de notificación o activación de mecanismos de protección, el personal deberá proceder conforme a la normativa aplicable (Calle-Morillo, Proaño-Reyes, & Castro-Sánchez, 2025).

La confidencialidad también implica proteger la identidad y dignidad de la persona durante todo el proceso asistencial, evitando la revictimización, exposición innecesaria y repetición injustificada del relato, de esta manera, la protección de la información se convierte en un componente del cuidado humanizado y de la garantía de los derechos de las personas sobrevivientes de violencia (Calle-Morillo, Proaño-Reyes, & Castro-Sánchez, 2025).

8.5. Rol de la enfermería en detección y acompañamiento

La enfermería desempeña una función fundamental en la identificación, atención y acompañamiento de personas afectadas por situaciones de violencia, debido a su participación directa en diferentes momentos del proceso asistencial, su actuación comprende la observación profesional, la comunicación terapéutica, la valoración de necesidades, la prestación de cuidados, la educación sanitaria, la orientación y la articulación con los demás integrantes del equipo de salud. Estas responsabilidades requieren integrar conocimientos científicos, habilidades comunicacionales, principios éticos y competencias profesionales que permitan proporcionar cuidados respetuosos de la dignidad, autonomía, privacidad y derechos de cada persona (Moreno García, y otros, 2025).

La actuación de enfermería no se limita a la atención de las manifestaciones físicas derivadas de una situación de violencia, sino que comprende una perspectiva integral del cuidado que considera las dimensiones emocional, sexual, reproductiva y social, la relación cercana que se establece durante la atención puede facilitar la expresión de necesidades que no siempre son comunicadas de manera espontánea, por lo que la práctica profesional requiere mantener una actitud receptiva, respetuosa y libre de juicios, por tanto, el cuidado debe

orientarse a fortalecer la seguridad, favorecer la toma de decisiones informadas y facilitar el acceso continuo a los servicios requeridos (Moreno García, y otros, 2025).

8.5.1. Detección oportuna de situaciones de violencia

La detección constituye una responsabilidad vinculada con la valoración integral de enfermería y con la capacidad de reconocer circunstancias que requieren una exploración más detallada, la observación durante la atención permite identificar modificaciones en el estado físico, emocional o conductual y reconocer situaciones que requieren ampliar la valoración, esta actuación debe sustentarse en conocimientos profesionales y evitar que las características individuales, sociales o familiares sean utilizadas como fundamento para establecer conclusiones anticipadas (McGarry, 2023).

La comunicación constituye uno de los principales recursos profesionales para facilitar la detección, las preguntas relacionadas con seguridad, relaciones interpersonales, bienestar emocional y necesidades de salud sexual y reproductiva deben formularse de manera clara, respetuosa y acorde con las condiciones de la persona, enfermería debe proporcionar un espacio que favorezca la expresión libre y mantener una actitud de escucha activa, sin presionar, interrumpir o cuestionar las respuestas proporcionadas (McGarry, 2023).

La detección también implica reconocer cuándo la información obtenida requiere ampliar la valoración o comunicar la situación a otros integrantes del equipo, la identificación de una posible situación de violencia debe conducir a una actuación profesional organizada, respetando los procedimientos institucionales y las obligaciones establecidas para el personal sanitario, el registro de los hallazgos constituye parte de esta responsabilidad y debe realizarse de manera objetiva, precisa y relacionada con la atención proporcionada (McGarry, 2023).

8.5.2. Atención inicial y activación de la ruta correspondiente

Una vez identificadas necesidades relacionadas con una posible situación de violencia, enfermería participa en la organización de la atención de acuerdo con las condiciones de la persona y las prioridades clínicas establecidas, la actuación comprende la valoración del estado general, la ejecución de cuidados de enfermería, la administración segura de tratamientos prescritos, la preparación para procedimientos, la educación y la comunicación de información relevante al equipo responsable de la atención (Sellan Reinoso & Toapanta Bobadilla, 2024).

La activación de la ruta correspondiente requiere que el personal de enfermería conozca los mecanismos institucionales establecidos para estos casos y actúe dentro de sus competencias, la responsabilidad profesional comprende reconocer cuándo es necesaria la participación de otros profesionales o servicios y facilitar la continuidad de la atención mediante los procedimientos de referencia establecidos, la intervención debe evitar demoras innecesarias y procurar que las necesidades identificadas reciban respuesta de acuerdo con su prioridad (Sellan Reinoso & Toapanta Bobadilla, 2024).

En situaciones que requieren atención especializada, enfermería puede participar en la preparación de la persona para la referencia, proporcionar información sobre el proceso, verificar las condiciones necesarias para el traslado y comunicar los datos asistenciales pertinentes al equipo receptor, la activación de la ruta no representa únicamente una acción administrativa, sino una responsabilidad relacionada con la continuidad y seguridad del cuidado (Sellan Reinoso & Toapanta Bobadilla, 2024).

8.5.3. Acompañamiento y apoyo durante el proceso de atención

El acompañamiento de enfermería constituye una expresión del cuidado profesional orientada a proporcionar apoyo durante las diferentes etapas de atención, la interacción debe favorecer una relación terapéutica basada en respeto, confianza y reconocimiento de las necesidades individuales, enfermería debe mantener una comunicación que permita a la persona expresar dudas, preocupaciones y preferencias, evitando actitudes que puedan generar sentimientos de culpa, cuestionamiento o desvalorización (Caiza Ceracapa, Zapata Cunachi, & Añazco Lalama, 2026).

El acompañamiento incluye facilitar información comprensible sobre los cuidados, procedimientos, tratamientos y controles que correspondan, la persona debe disponer de oportunidades para realizar preguntas y expresar sus preferencias, especialmente cuando la atención involucra procedimientos relacionados con la intimidad, sexualidad o salud reproductiva, la explicación anticipada de las acciones de cuidado permite favorecer la participación y disminuir la incertidumbre asociada con los procedimientos sanitarios (Caiza Ceracapa, Zapata Cunachi, & Añazco Lalama, 2026).

La presencia profesional también puede contribuir a identificar necesidades que aparecen durante el proceso asistencial y que no fueron expresadas inicialmente, enfermería debe permanecer atenta a cambios en las condiciones físicas y emocionales y comunicar aquellos elementos que requieran intervención adicional, el acompañamiento debe mantener límites profesionales adecuados y orientarse a fortalecer la autonomía, sin generar dependencia respecto del profesional (Caiza Ceracapa, Zapata Cunachi, & Añazco Lalama, 2026).

La educación sanitaria forma parte del acompañamiento cuando proporciona herramientas para comprender las indicaciones de cuidado, reconocer situaciones que requieren atención y utilizar los servicios disponibles, la información debe adaptarse a las características y necesidades de la persona y evitar la sobrecarga de contenidos, el propósito es facilitar una participación activa en el proceso de atención y favorecer la continuidad de los cuidados (Caiza Ceracapa, Zapata Cunachi, & Añazco Lalama, 2026).

8.5.4. Coordinación con el equipo interdisciplinario e interinstitucional

Dado que la violencia basada en género es un fenómeno multifactorial, su abordaje excede el marco estrictamente biomédico y requiere la articulación efectiva de enfermería con el equipo interdisciplinario del establecimiento de salud y con las redes interinstitucionales del territorio (Saletti-Cuesta & Valle Martínez, 2021).

El rol de enfermería en esta etapa abarca la gestión eficiente de interconsultas intrahospitalarias con especialidades como Medicina Familiar, Gineco-Obstetricia, Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social. En el ámbito interinstitucional, la enfermera o enfermero actúa como nexo operativo para asegurar que la información de salud relevante sea derivada con el debido resguardo de confidencialidad y autorización del paciente hacia los organismos de administración de justicia, defensorías públicas, fiscalías, comisarías y centros de acogida o protección temporal (Saletti-Cuesta & Valle Martínez, 2021).

Componente del Abordaje	Intervenciones Directas de Enfermería	Indicadores de Calidad Asistencial
Detección Oportuna	Aplicación de escalas de cribado, observación de signos	Identificación precoz del riesgo y ausencia de omisión de casos.

	clínicos atípicos y entrevistas privadas.	
Atención Inicial	Triaje priorizado, administración de profilaxis de emergencia (PEP/AE), contención en crisis.	Tiempo de respuesta menor a 2 horas para el kit de emergencia.
Acompañamiento	Guía en procedimientos clínicos, consentimiento informado continuo, soporte emocional.	Ausencia de relatos de revictimización o trato deshumanizado.
Coordinación Interdisciplinaria	Tramitación de interconsultas, reuniones de caso clínicas, emisión de informes de enfermería.	Derivación completa sin duplicidad de interrogatorios.
Seguimiento del Cuidado	Monitoreo telefónico o domiciliario, control de adherencia a fármacos, reagendamiento de citas.	Tasa de adherencia completa a profilaxis de ITS/VIH a los 28 días.

8.5.5. Seguimiento y continuidad del cuidado

El seguimiento constituye una responsabilidad de enfermería orientada a mantener la continuidad de los cuidados después de la atención inicial, la valoración en controles posteriores permite identificar la evolución de las condiciones de salud, verificar el cumplimiento y tolerancia de las intervenciones indicadas, reconocer nuevas necesidades y facilitar el acceso a los servicios que correspondan, el seguimiento debe ajustarse a las características de cada persona y a las indicaciones establecidas por el equipo responsable de la atención (Rojas-Manzano & Toro-Delgado, 2023).

La continuidad del cuidado requiere mantener registros profesionales que permitan conocer las intervenciones realizadas y las necesidades pendientes, la documentación facilita la comunicación entre los profesionales y evita la pérdida de información relevante durante los

cambios de servicio o las consultas posteriores, los registros deben mantener precisión, objetividad y coherencia con las acciones efectivamente realizadas (Rojas-Manzano & Toro-Delgado, 2023).

Durante el seguimiento, enfermería puede reforzar la educación relacionada con el cuidado de la salud, tratamiento, controles, prevención de complicaciones y utilización de los servicios sanitarios, también puede identificar dificultades que interfieran con la continuidad, como problemas para acudir a las consultas, acceso limitado a medicamentos, falta de apoyo o aparición de nuevas necesidades, cuando se detectan estas circunstancias, corresponde coordinar las acciones pertinentes dentro de las competencias profesionales (Rojas-Manzano & Toro-Delgado, 2023).

La continuidad del cuidado también implica mantener una relación asistencial basada en el respeto y la confidencialidad, evitando que la persona tenga que repetir innecesariamente información ya registrada y procurando que cada contacto contribuya a la atención de sus necesidades, el seguimiento permite mantener una visión longitudinal del cuidado y facilita la articulación entre las diferentes intervenciones requeridas, favoreciendo una atención integral y centrada en la persona (Rojas-Manzano & Toro-Delgado, 2023).

Capítulo IX. Ética y Bioética en la Salud Sexual y Reproductiva

Dra. C. Mercedes Tania Alcázar Pichucho[15]
Mg. Angie Celeste Alcázar Pincay[16]

9.1. Consentimiento informado

El consentimiento informado constituye un componente fundamental de la relación entre la persona y los profesionales de salud, debido a que permite participar de manera libre y consciente en las decisiones relacionadas con su atención, su aplicación requiere proporcionar información pertinente sobre la intervención propuesta, sus objetivos, beneficios, riesgos, alternativas y posibles consecuencias, de manera que la persona pueda valorar las opciones disponibles y expresar su decisión, el consentimiento no representa únicamente la aceptación de un procedimiento, sino un proceso de comunicación que reconoce la capacidad de la persona para participar en las decisiones sobre su propio cuerpo y su salud (Cruz Montoya & Villanueva Sáenz, 2025).

En la atención relacionada con la sexualidad y la reproducción, el consentimiento es de gran importancia debido a la naturaleza personal e íntima de numerosas intervenciones sanitarias, las consultas, exploraciones físicas, procedimientos ginecológicos y obstétricos, métodos anticonceptivos, pruebas diagnósticas, tratamientos y otras intervenciones requieren condiciones que permitan ejercer la autonomía y expresar preferencias sin presión, coerción o intimidación, la comunicación profesional debe favorecer la comprensión de la información y respetar las decisiones de la persona dentro de los límites establecidos por la legislación, la normativa sanitaria y las condiciones clínicas correspondientes (Cruz Montoya & Villanueva Sáenz, 2025).

9.1.1. Concepto y elementos del consentimiento informado

El consentimiento informado en la atención de la salud sexual y reproductiva es un proceso deliberativo, continuo y relacional (más que un mero acto formal o la firma de un

[15] Universidad Estatal del Sur de Manabí, E-mail: ercedes.alcazar@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7440-5447
[16] Universidad Estatal del Sur de Manabí, E-mail: angie.alcazar0208200@gmail.com, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2774-0087

documento impreso) mediante el cual la persona, en uso de su autonomía personal, decide libremente aceptar o rechazar un procedimiento diagnóstico, terapéutico o preventivo tras haber recibido y comprendido la información clínica pertinente (Cañete, Guilhem, & Brito, 2026).

Para que el consentimiento informado tenga validez ética y legal, debe estructurarse obligatoriamente sobre la presencia armónica de cuatro elementos constitutivos (Cañete, Guilhem, & Brito, 2026):

1. **Capacidad o competencia:** Aptitud cognoscitiva y volitiva de la persona para comprender la situación de salud, evaluar las opciones y anticipar las consecuencias de su decisión.
2. **Voluntariedad:** Decisión tomada con absoluta libertad, exenta de coerción, manipulación, presión familiar o persuasión indebida por parte del personal de salud.
3. **Información suficiente y comprensible:** Transmisión de datos clínicos claros, objetivos, veraces y adaptados al nivel sociocultural del paciente sobre la naturaleza de la intervención, beneficios, riesgos y alternativas.
4. **Decisión y autorización expresas:** Manifestación explícita (verbal o escrita) de la elección realizada, con la facultad permanente de revocar la autorización en cualquier etapa del proceso asistencial (Cañete, Guilhem, & Brito, 2026).

9.1.2. Capacidad y autonomía para la toma de decisiones

La capacidad para la toma de decisiones se relaciona con la posibilidad de comprender la información proporcionada, valorar sus implicaciones, considerar las alternativas existentes y comunicar una elección, la valoración de esta capacidad debe relacionarse con la decisión específica que se necesita tomar y con las circunstancias en las que se produce, una persona puede presentar dificultades para decidir sobre determinadas cuestiones y mantener capacidad suficiente para tomar otras decisiones relacionadas con su atención, por ello, la capacidad no debe asumirse únicamente a partir de la presencia de una enfermedad, discapacidad, edad avanzada o condición particular (Montero & González, 2021).

La autonomía reconoce el derecho de la persona a participar en las decisiones relacionadas con su cuerpo y su salud, de acuerdo con su capacidad y con las disposiciones legales aplicables, en salud sexual y reproductiva, este principio comprende decisiones

relacionadas con anticoncepción, planificación familiar, pruebas diagnósticas, tratamientos, atención durante el embarazo, procedimientos ginecológicos y obstétricos y otras intervenciones que afectan directamente la esfera corporal y reproductiva, el ejercicio de la autonomía requiere que la persona disponga de información adecuada y pueda expresar sus preferencias sin coerción (Montero & González, 2021).

El profesional de enfermería debe favorecer condiciones que permitan la participación activa de la persona en las decisiones de cuidado, esto implica utilizar un lenguaje comprensible, verificar que la información haya sido entendida y permitir que se formulen preguntas antes de realizar procedimientos que requieran consentimiento, la autonomía no significa que el profesional deba aceptar cualquier solicitud clínica, sino que las decisiones deben establecerse dentro de las posibilidades científicas, éticas, legales y sanitarias correspondientes (Montero & González, 2021).

Cuando existen dificultades para la toma de decisiones, la actuación debe orientarse a determinar las necesidades de apoyo y las disposiciones aplicables antes de sustituir la voluntad de la persona, el apoyo para la toma de decisiones puede incluir explicaciones adicionales, utilización de recursos comunicacionales adaptados o participación de personas de confianza cuando sea apropiado y autorizado, la finalidad es favorecer, en la mayor medida posible, que la persona comprenda y participe directamente en las decisiones relacionadas con su atención (Montero & González, 2021).

9.1.3. Información suficiente, comprensible y voluntaria

La información proporcionada antes de una intervención sanitaria debe ser suficiente para que la persona pueda tomar una decisión razonada, los contenidos deben incluir la finalidad del procedimiento, las características principales de la intervención, los beneficios esperados, los riesgos relevantes, las posibles molestias, las alternativas disponibles y las consecuencias previsibles de aceptar o rechazar la intervención, la cantidad y profundidad de la información deben adecuarse a la naturaleza del procedimiento y a las circunstancias individuales, evitando tanto la omisión de datos relevantes como la entrega de información excesiva que dificulte su comprensión (Benavides Zúñiga, 2023).

La comprensión requiere adaptar la comunicación al nivel de conocimientos, idioma, condiciones sensoriales, capacidad de comunicación y necesidades particulares de la persona,

el uso de términos técnicos debe reducirse cuando no sean necesarios y, cuando deban utilizarse, deben acompañarse de explicaciones sencillas, la verificación de la comprensión puede realizarse solicitando a la persona que explique con sus propias palabras los aspectos principales de la intervención, permitiendo identificar dudas o información que requiera aclaración (Benavides Zúñiga, 2023).

La voluntariedad implica que la decisión sea adoptada sin presión, amenazas, manipulación o influencia indebida, esta condición es de gran importancia cuando existe dependencia económica, relaciones de poder, violencia, discriminación o diferencias significativas en la capacidad para acceder a los servicios, en salud sexual y reproductiva, ninguna persona debe ser presionada para aceptar o rechazar métodos anticonceptivos, procedimientos reproductivos, pruebas, tratamientos u otras intervenciones sanitarias (Benavides Zúñiga, 2023).

La comunicación debe permitir suficiente oportunidad para formular preguntas y valorar las alternativas disponibles, de acuerdo con la urgencia y las condiciones clínicas, en situaciones que requieren intervención inmediata, la actuación debe ajustarse a las disposiciones legales y sanitarias correspondientes, el profesional debe evitar presentar una única alternativa como obligatoria cuando existen opciones clínicamente disponibles y debe proporcionar información objetiva que permita comprender las diferencias entre ellas (Benavides Zúñiga, 2023).

9.1.4. Consentimiento en procedimientos y atención de salud sexual y reproductiva

En la atención cotidiana de enfermería en salud sexual y reproductiva, la obtención del consentimiento informado adopta particularidades según el tipo de intervención (Benavides Zúñiga, 2023):

- **Atención gineco-obstétrica rutinaria:** Procedimientos como el examen físico mamario, la toma de citología cervicouterina o la colocación de un DIU requieren un consentimiento informado verbal o escrito (según la invasividad), precedido de la explicación del examen y el respeto estricto del pudor del paciente.
- **Provisión de anticoncepción:** La elección de métodos anticonceptivos temporales o definitivos (p. ej., ligadura tubárica o vasectomía) exige asesoramiento neutral, se debe

explicitar la tasa de falla, los efectos secundarios esperados y la irreversibilidad de los métodos quirúrgicos.

- **Procedimientos en adolescentes:** Se debe ponderar la doctrina de la autonomía progresiva, garantizando su derecho al acceso a la información confidencial, la Anticoncepción de Emergencia (AE) y la prevención de ITS sin requerir obligatoriamente la autorización de los tutores cuando esto ponga en riesgo su salud o seguridad (Benavides Zúñiga, 2023).

Ámbito de Aplicación	Requisitos Específicos del Consentimiento	Rol y Responsabilidad de Enfermería
Anticoncepción Quirúrgica Definitiva	Formulario escrito específico, período de reflexión y confirmación de la voluntad no presionada.	Verificar que la decisión sea propia, aclarar dudas finales y asegurar el registro en la historia clínica.
Colocación de Anticonceptivos Reversibles (LARC)	Asesoramiento sobre efectos secundarios esperados (sangrado, amenorrea) y tasa de continuidad.	Proporcionar consejería en anticoncepción, verificar ausencia de contraindicaciones e instruir sobre controles.
Atención al Parto y Nacimiento	Diálogo continuo respecto a maniobras, analgesia y posiciones para el trabajo de parto.	Promover el parto humanizado, evitar intervenciones no consentidas y respetar el plan de parto del usuario.
Atención en Violencia Sexual	Consentimiento para profilaxis de VIH/ITS, anticoncepción de emergencia y kits de evidencia forense.	Garantizar la voluntariedad sin condicionar la atención médica a la denuncia legal.
Investigación en Salud Reproductiva	Documento avalado por Comité de Ética, explicación de voluntariedad y revocabilidad sin penalización.	Validar la idoneidad del consentimiento y proteger los derechos del participante.

9.1.5. Situaciones especiales y toma de decisiones por representación

Existen contextos clínicos complejos donde la persona no se encuentra en capacidad temporal o permanente de ejercer su autonomía directamente, requiriendo la activación de mecanismos de toma de decisiones por representación o sustitución (Pintado Astudillo & Guerrero Caicedo, 2024):

1. **Urgencias médicas e inminencia de muerte:** En emergencias obstétricas o ginecológicas graves (p. ej., choque hemorrágico por embarazo ectópico roto o atonía uterina con alteración de la conciencia), prima el principio bioético de beneficencia y la obligación del deber de socorro, permitiendo la intervención médica inmediata para salvar la vida sin demoras administrativas para la firma de un consentimiento.
2. **Representación por tutores legales:** En personas con discapacidad cognitiva severa declarada judicialmente o en menores de edad sin madurez suficiente, la decisión debe ser tomada por los representantes legales. No obstante, la persona representada debe ser informada e involucrada en la medida de sus facultades cognitivas, respetando su asentimiento verbal.
3. **Criterio del mayor beneficio e interés superior:** Quien ejerza la representación sustituta no posee una facultad absoluta; sus decisiones deben orientarse siempre a buscar el máximo beneficio de la persona representada y respetar los valores o voluntades previas expresadas por el paciente cuando gozaba de plena capacidad (Pintado Astudillo & Guerrero Caicedo, 2024).

9.2. Confidencialidad y manejo de información sensible

La confidencialidad constituye un principio esencial de la atención sanitaria en especial cuando la información se relaciona con la sexualidad, la reproducción, las relaciones interpersonales y las condiciones personales de salud, la información obtenida durante la atención pertenece al ámbito reservado de la relación profesional y debe ser protegida frente a accesos, usos o divulgaciones que no se encuentren autorizados, la confianza necesaria para la atención depende, en parte, de que la persona pueda comunicar información personal con la seguridad de que será manejada con responsabilidad profesional y de acuerdo con las disposiciones éticas, legales e institucionales correspondientes (Gown, 2021).

El manejo de información sensible comprende las conversaciones mantenidas durante la atención, los registros clínicos, resultados de pruebas, antecedentes sexuales y reproductivos, diagnósticos, tratamientos, imágenes, documentos y cualquier otro dato generado o recibido durante el proceso asistencial, la protección de esta información requiere medidas relacionadas con su recopilación, almacenamiento, consulta, transmisión y eliminación, el personal de enfermería participa directamente en estas acciones y debe mantener criterios de reserva y responsabilidad durante todas las etapas del cuidado (Gown, 2021).

9.2.1. Confidencialidad y secreto profesional

La confidencialidad constituye una obligación deontológica, jurídica e interdisciplinaria central en la práctica asistencial de enfermería, en la esfera de la salud sexual y reproductiva, adquiere una connotación singularmente crítica debido a que los datos manejados pertenecen al fuero más íntimo y protegido de la condición humana: las vivencias corporales, el comportamiento sexual, la orientación del deseo, las identidades de género, los proyectos reproductivos, la fertilidad y la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). La fractura o revelación injustificada del sigilo profesional no solo representa una violación directa a la autonomía e integridad moral de la persona, sino que produce un colapso en la alianza terapéutica, induciendo a la inasistencia, al ocultamiento de síntomas o al abandono definitivo de los servicios de salud por temor al estigma y la discriminación social (Briozzo, 2025).

Desde la perspectiva bioética, el secreto profesional de enfermería trasciende la mera retención pasiva de confidencias o la reserva sobre lo relatado verbalmente en la consulta, se define como un deber formal de tutela activa sobre cualquier tipo de información, imagen, diagnóstico, pronóstico, tratamiento o narrativa biográfica a la que el profesional tenga acceso (sea por exploración física, observación directa, confesión del usuario, resultados de laboratorio o registros en soportes físicos y electrónicos) en el ejercicio de sus funciones clínicas. Este deber hunde sus raíces en el principio bioético de no maleficencia (orientado a prevenir los daños morales, sociales, laborales o psicológicos derivados de la divulgación) y en el principio de justicia, el cual exige garantizar que todas las personas, independientemente de su condición o decisiones reproductivas, puedan acceder al sistema sanitario en condiciones de estricta igualdad y resguardo de su dignidad (Briozzo, 2025).

El profesional de enfermería actúa como custodio ético de la intimidad del paciente en la práctica cotidiana. Esto exige una vigilancia activa no solo frente a la divulgación intencionada de datos, sino sobre los sesgos, comentarios informales y valoraciones morales que puedan surgir en las dinámicas de trabajo. El resguardo del secreto profesional debe mantenerse aun después de que la relación asistencial haya concluido o tras el fallecimiento de la persona atendida, reafirmando que el respeto a la memoria y a la privacidad individual trasciende el tiempo y las circunstancias clínicas (Briozzo, 2025).

9.2.2. Protección de datos e información relacionada con la salud sexual y reproductiva

En la gestión de los sistemas sanitarios contemporáneos, la información generada en los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva está catalogada por los marcos normativos e internacionales como datos especialmente protegidos o sensibles. Esta clasificación exige imponer (al equipo de salud y en particular al personal de enfermería quienes gestionan el volumen continuo de registros operativos) estándares rigurosos de protección en la recolección, almacenamiento, custodia, transferencia y eliminación de la documentación clínica (Montoya Montoya, 2022).

Las exigencias operativas para salvaguardar esta información se distribuyen en tres niveles de gestión (Montoya Montoya, 2022):

1. **Gestión de la Historia Clínica Física:** Los expedientes en papel deben custodiarse en archivos físicos bajo llave, con acceso restringido exclusivamente al personal de salud directamente autorizado y responsable de la atención, está prohibido dejar fichas médicas, carpetas de enfermería o cuadernos de registro al alcance visual de usuarios en salas de espera, pasillos o mesones de recepción. Durante el traslado interno de expedientes entre servicios (p. ej., de Urgencias a Consulta Externa o Quirófano), estos deben transportarse en carpetas opacas de seguridad.

2. **Seguridad en Entornos Digitales e Historia Clínica Electrónica:** La transición hacia sistemas informáticos exige el cumplimiento de normas de ciberseguridad asistencial, cada enfermera o enfermero debe utilizar sus credenciales personales (usuario y contraseña) de forma intransferible, evitando compartir accesos o mantener sesiones abiertas en terminales informáticas ubicadas en áreas de libre tránsito. Los sistemas

deben registrar la trazabilidad de los accesos (logs de auditoría) para verificar que las consultas a la historia clínica obedezcan a necesidades asistenciales reales y no a curiosear o revisar expedientes por razones ajenas a la atención.

3. **Pseudonimización y Manejo Epidemiológico:** Cuando los datos clínicos deben ser compartidos para la vigilancia epidemiológica oficial (notificación de ITS, VIH, morbilidad materna extrema o violencia basada en género) o con fines de investigación científica, se debe aplicar el principio de pseudonimización, esto implica sustituir los nombres, números de identificación y direcciones por códigos alfanuméricos únicos. De este modo, la información estadística o de investigación cumple su función de salud pública sin comprometer la identidad ni la exposición pública del usuario (Montoya Montoya, 2022).

9.2.3. Comunicación segura de información clínica

El flujo continuo de información entre los miembros del equipo interdisciplinario y entre los diferentes niveles de atención del sistema de salud es indispensable para garantizar la continuidad del cuidado, prevenir errores farmacológicos o procedimentales y dar un seguimiento adecuado a los casos, sin embargo, esta comunicación debe canalizarse a través de protocolos estrictos que aseguren que la transmisión de datos sensibles se realice en condiciones de total seguridad (Espinoza & Menoret, 2024).

En el ámbito asistencial verbal, las entregas de turno, los informes de cambio de guardia, las discusiones clínicas y las interconsultas deben llevarse a cabo en salas privadas de enfermería o espacios cerrados destinados a tal fin, queda terminantemente prohibido realizar reportes clínicos con nombres de pacientes en centrales de enfermería abiertas, pasillos, ascensores o comedores institucionales, donde la información pueda ser escuchada por terceros, de igual forma, durante el triaje o la recepción inicial de la persona, las entrevistas sobre antecedentes reproductivos, prácticas sexuales o situaciones de violencia deben realizarse en consultorios o boxes que garanticen aislamiento acústico y visual (Espinoza & Menoret, 2024).

Respecto a la comunicación escrita y digital, la emisión de resúmenes de alta, Epicrisis, órdenes de laboratorio y formularios de referencia interinstitucional debe ajustarse estrictamente a la información clínica pertinente para el motivo de la derivación, omitiendo

detalles irrelevantes sobre la vida privada del paciente que no aporten valor al tratamiento, por su parte, la transmisión de información a través de medios electrónicos exige el uso exclusivo de canales oficiales e institucionales encriptados (como correos corporativos seguros o plataformas sanitarias integradas). Está expresamente prohibido fotografiar, almacenar o enviar mediante teléfonos personales o redes de mensajería instantánea imágenes de lesiones genitales, estudios ecográficos o expedientes médicos que contengan datos identificables de los usuarios, salvo cuando se trate de protocolos de telemedicina institucional dotados de consentimiento informado y plataformas con encriptación de extremo a extremo (Espinoza & Menoret, 2024).

9.2.4. Límites y excepciones de la confidencialidad

Aunque el deber de reserva sobre el secreto profesional es un pilar fundamental en la atención sanitaria, no tiene un carácter absoluto, existen circunstancias éticas, clínicas y jurídicas de carácter excepcional en las que la obligación de confidencialidad debe ceder ante la necesidad imperativa de tutelar bienes de mayor jerarquía, como la vida humana, la salud pública, o la protección de personas en situación de extrema vulnerabilidad (Briozzo, 2025).

La toma de decisiones ante una posible ruptura legítima del secreto profesional exige un análisis ponderado por parte del equipo de enfermería, asegurando que la revelación de datos no responda a apreciaciones arbitrarias o prejuicios personales, sino al cumplimiento estricto de marcos legales y éticos vigentes (Briozzo, 2025).

Condición de Excepción	Criterio Ético-Legal de Activación	Obligación y Límite de Enfermería
Peligro Grave para Terceros (Deber de Advertir)	Riesgo inminente e irreversible de transmisión o agresión (p. ej., revelación explícita de intención de contagio consciente o agresión violenta planificada a la pareja).	Informar al equipo médico y activar los canales legales previstos, limitando la revelación al dato estrictamente necesario para neutralizar la amenaza.

Casos de Abuso o Violencia en Vulnerables	Sospecha o confirmación de violencia basada en género, abuso sexual o maltrato en niños, niñas, adolescentes, adultos mayores o personas con discapacidad.	Notificación obligatoria e inmediata a las autoridades judiciales y de protección social, prescindiendo del consentimiento cuando la ley así lo mande.
Imperativo de Salud Pública (Enfermedades Notificables)	Presencia de afecciones de notificación obligatoria (p. ej., sífilis congénita, infección por VIH, brotes epidémicos de ITS).	Registro en fichas de epidemiología según la normativa oficial vigente, garantizando el manejo codificado del caso sin difusión pública.
Requerimiento Judicial Formal	Orden escrita, motivada y fundamentada emitida por un juez competente dentro de un proceso legal en curso.	Presentación de los documentos clínicos solicitados a través de las direcciones de docencia/asesoría jurídica institucional, sin emitir apreciaciones subjetivas.
Riesgo Vital Inminente para el Propio Paciente	Situaciones de alteración grave del juicio con riesgo cierto de autolesión o conducta suicida expresada durante la consulta.	Coordinación prioritaria con el área de salud mental y redes de apoyo cercanas para preservar la vida e integridad de la persona.

Análisis detallado de las excepciones

1. **Peligro Grave e Inminente para Terceras Personas (Deber de Advertir):** Se activa cuando el paciente manifiesta expresamente la intención de provocar un daño grave e irreversible a la vida o integridad física de un tercero (por ejemplo, conductas deliberadas de contagio de infecciones de alta gravedad o agresiones físicas planificadas hacia su pareja). En estas situaciones, la enfermera o enfermero debe comunicar la situación a la jefatura del servicio y al equipo médico para evaluar la

notificación a las autoridades competentes, guiándose por la doctrina del deber de advertir y proteger a la potencial víctima (Benavides Zúñiga, 2023).

2. **Detección de Violencia, Abuso Sexual o Maltrato en Poblaciones Vulnerables:** Ante la sospecha o confirmación clínica de agresiones sexuales, maltrato infantil, violencia basada en género o vulneración de derechos en personas con discapacidad o adultos mayores, el imperativo legal y moral supera el deber de secreto. El profesional de enfermería tiene la obligación legal de tramitar la notificación obligatoria e inmediata ante las autoridades judiciales, policiales y de protección social, aplicando los protocolos vigentes sin requerir la autorización del agresor o tutores implicados (Benavides Zúñiga, 2023).
3. **Imperativo de Salud Pública y Epidemiología:** La notificación de enfermedades de declaración obligatoria (como sífilis congénita, infección por VIH, mpox o brotes epidémicos de ITS) responde a la necesidad de controlar la propagación de afecciones a nivel comunitario. La intervención de enfermería se limita al diligenciamiento técnico de las fichas epidemiológicas oficiales, asegurando que el flujo de datos hacia las autoridades sanitarias mantenga la confidencialidad sin exponer la identidad de la persona ante la comunidad o medios no autorizados (Benavides Zúñiga, 2023).
4. **Requerimientos Judiciales Formales:** Cuando un expediente o testimonio es solicitado mediante providencia formal emitida por un juez o tribunal competente dentro de un proceso legal en curso, el profesional sanitario está obligado a entregar la información requerida. No obstante, la documentación entregada debe pasar previamente por la dirección o la asesoría jurídica del establecimiento de salud, circunscribiéndose de forma estricta a los elementos clínicos solicitados por la orden judicial (Benavides Zúñiga, 2023).
5. **Riesgo Vital e Inminente de Autolesión o Suicidio:** Cuando una persona atendida en el área de salud sexual y reproductiva (por ejemplo, tras afrontar un diagnóstico complejo, una gestación no planeada en contexto de vulnerabilidad o una agresión sexual) manifiesta ideación suicida estructurada o intento autolítico inminente, la enfermera debe intervenir para preservar la vida del paciente. En este caso, el quebrantamiento de la reserva se limita a articular la atención prioritaria con los servicios de salud mental y avisar a los familiares directos o redes de apoyo que puedan salvaguardar la vida de la persona (Benavides Zúñiga, 2023).

Principio de Mínima Divulgación Necesaria

En cualquiera de las excepciones éticas o legales anteriormente descritas, la actuación del profesional de enfermería debe regirse de forma permanente por el principio de mínima divulgación necesaria, esto significa que la revelación de la información sensible no debe traducirse en una exposición pública irrestricta de la historia del paciente, sino que debe cumplir dos reglas metodológicas (Benavides Zúñiga, 2023):

- **Sujetos receptores calificados:** La información debe ser compartida únicamente con las instituciones, autoridades o profesionales de la salud que posean la potestad legal y técnica indispensable para intervenir y resolver la situación de riesgo (Benavides Zúñiga, 2023).
- **Delimitación del contenido:** La revelación debe acotarse estrictamente a los datos requeridos para atender la emergencia o cumplir la norma (por ejemplo, el tipo de lesión, el riesgo inminente o el resultado de laboratorio específico), manteniendo en absoluto secreto el resto de las confidencias, historias personales, elecciones de vida o antecedentes que no se relacionen directamente con la excepción justificada (Benavides Zúñiga, 2023).

9.3. Objeción de conciencia

La objeción de conciencia constituye una situación particular dentro de la práctica sanitaria en la que una persona profesional manifiesta un conflicto entre una determinada actuación asistencial y sus convicciones morales, éticas o de conciencia, su consideración requiere equilibrar el respeto a las convicciones individuales del profesional con los derechos de las personas que solicitan atención sanitaria. La objeción de conciencia no constituye una facultad para impedir que una persona acceda a una prestación sanitaria que le corresponda, ni permite sustituir la decisión de la persona usuaria por las convicciones particulares del profesional, su ejercicio requiere distinguir entre la expresión legítima de una convicción y aquellas conductas que generan obstáculos injustificados, trato desigual, estigmatización o abandono de la atención, la responsabilidad profesional exige que cualquier actuación derivada de una objeción se realice de manera que preserve la dignidad, seguridad y continuidad de la atención (Montero Vega, 2024).

9.3.1. Concepto y fundamentos de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia en el ámbito de la salud se define como la negativa individual, explícita e informada que manifiesta un profesional sanitario a realizar, colaborar directamente o participar en un procedimiento médico o prestación clínica normativamente legal, debido a que dicha intervención entra en un conflicto directo, grave e insalvable con sus convicciones éticas, morales, religiosas o filosóficas más profundas. En el escenario de la salud sexual y reproductiva (campo en el que confluyen debates trascendentales sobre la vida, el cuerpo, la autonomía, la tecnología médica y la diversidad humana), este derecho constituye una salvaguarda esencial para preservar la integridad moral y la libertad de pensamiento del profesional de enfermería (Pérez-Capellades & Falcó-Pegueroles, 2024).

El fundamento bioético y jurídico de la objeción de conciencia se halla en el reconocimiento universal de la libertad de conciencia, de pensamiento y de religión como un derecho humano fundamental, consagrado en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 18), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Artículo 18) y las constituciones políticas nacionales. No debe interpretarse bajo ninguna circunstancia como una prerrogativa corporativa, un privilegio laboral o una vía de insubordinación técnica; por el contrario, representa una garantía constitucional de última ratio frente a mandatos legales o institucionales que violenten la estructura moral del individuo (Pérez-Capellades & Falcó-Pegueroles, 2024).

Al ejercer la objeción, el profesional de enfermería no busca imponer su código de valores personal sobre la persona atendida, ni emitir una condena moral sobre el marco normativo vigente que autoriza la prestación, su propósito es estrictamente defensivo: apelar a un espacio de reserva ética para abstenerse de ejecutar un acto técnico que percibe como atroz o incompatible con sus deberes morales primordiales (Pérez-Capellades & Falcó-Pegueroles, 2024).

9.3.2. Objeción de conciencia en la práctica sanitaria

En el ejercicio cotidiano del cuidado de enfermería, la aplicabilidad de la objeción de conciencia exige un rigor normativo y procedimental absoluto para evitar que su uso arbitrario comprometa la continuidad, la calidad y el funcionamiento regular de los servicios de salud públicos o privados, dado que el personal de enfermería desempeña un rol técnico y asistencial

directo en la administración de terapias farmacológicas, la preparación preoperatoria, el instrumental quirúrgico y la asistencia inmediata durante y después de intervenciones clínicas, la manifestación de la objeción no puede ser intempestiva, ambigua ni sobrevenir de forma sorpresiva en medio de un acto asistencial (Espinoza Vásquez & España Arana, 2025).

Para garantizar la validez ética, clínica y jurídica de la objeción de conciencia en los centros hospitalarios y de atención primaria, el procedimiento debe ajustarse rigurosamente a las siguientes exigencias operativas (Espinoza Vásquez & España Arana, 2025):

1. **Manifestación Previa, Escrita y Fundamentada:** El profesional de enfermería debe declarar su condición de objetor ante la dirección médica o la jefatura de enfermería de manera anticipada, esta declaración debe realizarse mediante un documento formal que explicite las razones de conciencia que sustentan la negativa, impidiendo que la objeción se exprese súbitamente frente a una urgencia o en la consulta directa con el paciente (Espinoza Vásquez & España Arana, 2025).
2. **Carácter Individual y Personalísimo:** La objeción de conciencia es un derecho exclusivo de la persona física, bajo ninguna circunstancia puede ser ejercida por instituciones sanitarias, comités asistenciales, unidades operativas o colegios profesionales ("objeción de conciencia institucional"). Las instituciones de salud tienen el deber legal y social imprescindible de garantizar la disponibilidad permanente de servicios e insumos tipificados dentro del catálogo del sistema nacional de salud (Espinoza Vásquez & España Arana, 2025).
3. **Especificidad sobre la Intervención Técnica:** La objeción debe dirigirse de manera precisa hacia una técnica o procedimiento clínico específico (p. ej., la preparación de esquemas farmacológicos abortivos, la participación directa en la aspiración manual endouterina o la intervención en procedimientos de esterilización quirúrgica). No puede configurarse como una negativa generalizada a atender a ciertos grupos de pacientes o brindar cuidados universales (Espinoza Vásquez & España Arana, 2025).
4. **Ausencia de Beneficios o Perjuicios Laborales:** El estatus de objetor no debe traducirse en ventajas comparativas, reducción de la jornada laboral, exención de guardias o modificaciones salariales, asimismo, las instituciones sanitarias tienen estrictamente prohibido aplicar sanciones administrativas, discriminaciones laborales o frenos al desarrollo profesional del personal que ejerza legítimamente este derecho (Espinoza Vásquez & España Arana, 2025).

9.3.3. Diferencia entre objeción de conciencia y discriminación

Es un imperativo deontológico y legal trazar una demarcación conceptual insalvable entre la verdadera objeción de conciencia y las conductas arbitrarias de discriminación, prejuicio, maltrato, insubordinación o abandono del paciente, la instrumentalización de la objeción para encubrir sesgos de género, prejuicios morales o estigmas socioculturales representa una violación grave de los derechos humanos y un quebrantamiento del Código de Ética de Enfermería (Zuñiga & Guerra, 2025).

Criterio de Comparación	Objeción de Conciencia Legítima	Discriminación o Denegación Injustificada
Objeto de la Negativa	Recae exclusivamente sobre la ejecución de un procedimiento o técnica clínica específica.	Recae sobre las características individuales de la persona (orientación sexual, identidad de género, etnia, estado civil, ejercicio del trabajo sexual).
Motivación Ética	Preservar la coherencia moral interna del profesional, sin juzgar, recriminar ni pretender corregir al usuario.	Prejuicio moral, estigmatización, dogmatismo, o juzgamiento punitivo sobre la vida personal o las elecciones del usuario.
Forma de Canalización	Anticipada, escrita, razonada y notificada previamente a las jefaturas para la reorganización del servicio.	Intempestiva, verbal, despectiva, sorpresiva, expresada directamente frente al usuario en el acto asistencial.
Garantía Asistencial	Acoge al usuario, garantiza los cuidados primarios/urgencias y viabiliza la derivación inmediata a personal no objetor.	Se niega la atención integral, se expulsa al usuario, se aplaza la atención o se interrumpe el flujo asistencial de forma punitiva.

Impacto en el Sistema	Preserva la libertad moral del profesional y asegura de manera simultánea los derechos en salud de la persona.	Genera barreras de acceso indebidas, revictimización, retrasos clínicos peligrosos y responsabilidad legal por denegación de servicios.

El personal de enfermería no puede ampararse en la objeción de conciencia para rehusarse a brindar atención integral, cuidados básicos, administración de analgesia, toma de signos vitales, educación para la salud o contención emocional a una persona argumentando desacuerdo con su identidad de género, orientación sexual, estado civil o decisiones reproductivas previo o posterior a un evento clínico, por tanto, la objeción legitima la abstención del acto procedimental, jamás el rechazo o la desatención hacia la persona (Zuñiga & Guerra, 2025).

9.3.4. Límites de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia, a pesar de su rango de derecho fundamental derivado de la libertad de pensamiento, no posee un carácter absoluto ni ilimitado dentro del ordenamiento jurídico y sanitario, en el ámbito de la salud pública, este derecho se encuentra supeditado y ponderado frente a principios bioéticos y mandatos constitucionales de superior jerarquía, tales como el derecho a la vida, a la salud, a la integridad física y psíquica, y al acceso universal a los servicios sanitarios sin discriminación (Serpa-Galarza & Esteban Jaimes, 2021).

Los marcos éticos y jurisprudenciales internacionales establecen cuatro límites insoslayables que invalidan el ejercicio de la objeción de conciencia en la práctica asistencial de enfermería (Serpa-Galarza & Esteban Jaimes, 2021):

1. **Emergencia Obstétrica, Urgencia Médica o Riesgo Vital Inminente:** Ante una situación clínica que amenace la vida, la salud o la integridad física de la persona (p. ej., choque hemorrágico por embarazo ectópico accidentado, sepsis de origen obstétrico, eclampsia o atonía uterina con inestabilidad hemodinámica), la invocación de la objeción de conciencia queda absolutamente anulada. En estas circunstancias, prima el principio de beneficencia, el deber de socorro y la obligación legal de evitar el daño, debiendo el profesional de enfermería ejecutar de forma inmediata todas las

maniobras e intervenciones necesarias para lograr la estabilización clínica (Serpa-Galarza & Esteban Jaimes, 2021).

2. **Inexistencia de Profesional Reemplazante (Imposibilidad de Derivación):** En establecimientos sanitarios aislados, zonas rurales o turnos de guardia donde la enfermera o el enfermero objetor sea el único profesional capacitado y disponible para intervenir en el procedimiento solicitado, el derecho a objetar cede de manera obligatoria para evitar dejar al usuario en estado de desamparo o vulnerabilidad asistencial (Serpa-Galarza & Esteban Jaimes, 2021).
3. **Cuidados Pre y Post-Procedimiento:** La objeción de conciencia ampara únicamente la ejecución directa de la técnica médica u obstétrica objetada, no se extiende a los cuidados de enfermería previos (recepción, triaje, valoración de signos vitales, preparación biológica) ni a los cuidados posteriores (recuperación anestésica, vigilancia de complicaciones hemorrágicas o infecciosas, administración de analgesia, soporte emocional y curaciones) (Serpa-Galarza & Esteban Jaimes, 2021).
4. **Prohibición de Obstrucción Administrativa o Dilación Punitiva:** El profesional objetor tiene estrictamente prohibido ocultar información clínica, demorar la entrega de expedientes, entorpecer los trámites administrativos o realizar consejerías disuasorias con el fin de dilatar la atención y hacer vencer los plazos legales normados para el procedimiento (Serpa-Galarza & Esteban Jaimes, 2021).

9.3.5. Responsabilidad profesional y continuidad de la atención

El ejercicio de la objeción de conciencia por parte del personal de enfermería no exime ni desvincula al profesional de sus responsabilidades éticas, legales y asistenciales con la persona que solicita la atención, el equipo sanitario mantiene de manera ineludible el deber deontológico de garantizar la continuidad del cuidado en condiciones de calidad, calidez, seguridad y oportunidad clínica (Távara Orozco, 2022).

Al momento de objetar en una situación asistencial concreta, la enfermera o enfermero asume el cumplimiento estricto de las siguientes obligaciones profesionales (Távara Orozco, 2022):

- **Deber de Acogida Humanizada y Neutralidad:** Recibir al usuario con empatía, respeto y profesionalismo, manteniendo una actitud imparcial y absteniéndose categóricamente de emitir juicios de valor, sermones religiosos, comentarios

condenatorios o tratos fríos orientados a culpabilizar a la persona (Távara Orozco, 2022).

- **Deber de Información Transparente:** Explicar a la persona atendida, con un lenguaje claro y libre de tecnicismos, que por razones de convicción personal no participará directamente en la ejecución de la técnica solicitada, asegurándole de manera explícita que sus derechos sanitarios están plenamente garantizados y que será atendida por otro miembro del equipo asistencial (Távara Orozco, 2022).
- **Deber de Derivación Inmediata y Efectiva:** Activar de forma prioritaria los canales institucionales previstos para derivar el caso a un profesional de enfermería o médico no objetor de manera expedita, asegurando que el traspaso de la información clínica y la historia médica se realice bajo estrictas normas de confidencialidad (Távara Orozco, 2022).
- **Deber de Vigilancia y Soporte Continuo:** Mantener la supervisión clínica, el monitoreo del estado general y los cuidados indispensables del paciente mientras se concreta la llegada del profesional reemplazante o se efectúa el traslado asistencial, garantizando que el usuario no experimente abandono, menoscabo de su salud ni demoras injustificadas en la ruta de atención (Távara Orozco, 2022).

9.4. Dilemas éticos frecuentes en enfermería

Los dilemas éticos aparecen cuando una situación asistencial plantea diferentes alternativas de actuación que involucran valores, derechos, deberes o principios que pueden entrar en tensión, en la atención de salud sexual y reproductiva, estas situaciones pueden surgir alrededor de la autonomía, la privacidad, las decisiones familiares, la diversidad, la reproducción, la violencia y las convicciones personales de quienes participan en el cuidado, la resolución de estos dilemas requiere reconocer los elementos que intervienen en la situación, diferenciar los aspectos clínicos de los valores personales y considerar las obligaciones profesionales y normativas aplicables (Beltrán-Salazar, 2021).

La deliberación ética permite examinar las alternativas disponibles y sus posibles consecuencias para la persona atendida, procurando identificar una actuación profesional que respete sus derechos y mantenga la calidad y seguridad del cuidado, enfermería participa en este proceso desde sus competencias profesionales, aportando información obtenida durante la valoración, identificando necesidades de cuidado y comunicando situaciones que requieren intervención interdisciplinaria, la toma de decisiones debe sustentarse en principios bioéticos,

conocimientos científicos, normas profesionales y disposiciones jurídicas aplicables (Beltrán-Salazar, 2021).

9.4.1. Autonomía frente a decisiones familiares o institucionales

Uno de los dilemas éticos constitutivos y más recurrentes en la práctica asistencial de enfermería acontece cuando la voluntad soberana y autónoma de la persona atendida colisiona frontalmente contra las presiones directas del núcleo familiar o las normativas administrativas y operativas del establecimiento sanitario, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (donde las elecciones trascienden el plano puramente biológico para impactar los proyectos de vida, las convicciones identitarias, el uso de anticonceptivos, la interrupción del embarazo o la aceptación de intervenciones quirúrgicas y diagnósticas), la familia y el entorno social intentan con frecuencia ejercer un rol tutelar o patriarcal, pretendiendo tomar decisiones por el usuario o condicionar el otorgamiento del consentimiento informado (López Gómez, 2026).

El profesional de enfermería debe constituirse en el garante fundamental de la autonomía individual, recordando que el derecho a la autodeterminación corporal e informativa es estrictamente personalísimo y no puede ser supeditado, subordinado ni mediatizado por la opinión o autorización del cónyuge, la pareja sentimental, los progenitores u otros familiares, salvo que exista una condición de incapacidad clínica o legal fehacientemente declarada. Escenarios en los que la pareja exige ser informada de un procedimiento contraceptivo sin la autorización de la mujer, o donde la familia pretende imponer o prohibir una intervención asistencial por motivos religiosos o culturales contra la voluntad explícita del paciente, exigen que la enfermera blinde el espacio de la consulta, proteja la confidencialidad y reafirme el principio de que la persona es la única dueña de su cuerpo y de su salud (López Gómez, 2026).

Asimismo, el dilema se intensifica cuando las barreras provienen de la propia institución de salud. La presencia de políticas burocráticas restrictivas, exigencias administrativas carentes de fundamento legal (p. ej., exigir la firma o autorización por escrito del cónyuge para la realización de una anticoncepción quirúrgica voluntaria, o restringir el acceso a kits de anticoncepción de emergencia en la consulta externa por normas internas del centro) ubica a la enfermera en un conflicto entre la obediencia jerárquica institucional y el deber moral y deontológico con el usuario. Frente a esta encrucijada, la ética profesional prescribe que la defensa de los derechos fundamentales de la persona atendida debe anteponerse siempre a las directrices o prácticas institucionales que violen el marco legal o

ético vigente, requiriendo del personal de enfermería una actitud activa de abogacía del paciente (López Gómez, 2026).

9.4.2. Atención de adolescentes y conflictos relacionados con la confidencialidad

La provisión de servicios de salud sexual y reproductiva a la población adolescente constituye uno de los terrenos bioéticos de mayor complejidad y sensibilidad, en el que colisionan de manera permanente la doctrina de la autonomía progresiva y las prerrogativas de la patria potestad o responsabilidad parental. El núcleo del dilema ético radica en delimitar el alcance del deber de confidencialidad del profesional de enfermería cuando los padres, madres o tutores legales exigen acceder a los registros médicos o ser informados sobre las consultas, el inicio de la vida sexual, la prescripción de anticoncepción, las pruebas de embarazo o el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) en menores de edad (Rojas Betancur, Méndez Villamizar, & Montero Torres, 2026).

Desde el enfoque moderno de los derechos humanos y la bioética clínica, la infancia y la adolescencia han dejado de considerarse objetos de protección pasiva para ser reconocidos como sujetos de derecho en pleno desarrollo, la doctrina de la autonomía progresiva establece que, a medida que la persona adolescente adquiere madurez cognitiva, emocional y juicio crítico (mismidad que no depende de un límite de edad cronológico rígido, sino de una evaluación de capacidad de comprensión clínica), está plenamente capacitada para consentir intervenciones en salud y exigir el secreto profesional respecto a su vida íntima (Rojas Betancur, Méndez Villamizar, & Montero Torres, 2026).

El profesional de enfermería tiene el deber ético de garantizar un entorno clínico seguro, libre de juicios morales y estrictamente confidencial para las y los adolescentes violentar la confidencialidad revelando datos sensibles a los progenitores sin el consentimiento expreso del paciente menor de edad genera un quebrantamiento de la alianza terapéutica, destruye la confianza en el sistema sanitario y provoca el alejamiento masivo de la juventud de los servicios de salud, exponiéndola de forma indirecta a graves consecuencias como embarazos no planificados, abortos en condiciones inseguras e infecciones de transmisión sexual no tratadas (Rojas Betancur, Méndez Villamizar, & Montero Torres, 2026). La ruptura legítima del secreto profesional en enfermería queda restringida exclusivamente a situaciones extraordinarias en las que se identifique una amenaza grave e inminente para la vida o la integridad del menor (p. ej., sospecha o evidencia de violencia sexual, explotación, tráfico de

personas, o ideación suicida), en cuyo caso la notificación a las autoridades competentes y redes de protección responde al principio del interés superior de la niñez y la adolescencia (Rojas Betancur, Méndez Villamizar, & Montero Torres, 2026).

9.4.3. Diversidad sexual, identidad de género y atención libre de discriminación

Las personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género (comunidad LGBTIQ+: lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales, queer y otras identidades) han experimentado históricamente barreras estructurales, estigmatización y discriminación abierta o implícita en el ámbito de los servicios de salud, estas inequidades se manifiestan con frecuencia en tratos deshumanizados, patologización arbitraria de las identidades no normativas, la negación del uso del nombre social, comentarios inquisitivos sobre la vida privada, o la denegación lisa y llana de acceso a servicios gineco-obstétricos y de salud reproductiva (López-Pavón, Fernández-Ordoñez, & Guerra-Marmolejo, 2026). El dilema bioético para el profesional de enfermería surge cuando sus propios prejuicios socioculturales, sesgos religiosos inconscientes o la falta de preparación técnica interfieren en el cumplimiento del imperativo de brindar un cuidado equitativo, humano e imparcial (López-Pavón, Fernández-Ordoñez, & Guerra-Marmolejo, 2026).

El deber ético rector de la disciplina de enfermería impone la práctica de un cuidado cimentado en la justicia distributiva, la equidad, el respeto irrestricto a la diversidad y la erradicación absoluta de cualquier forma de discriminación, el personal de enfermería debe comprender que el concepto de salud sexual abarca a todas las configuraciones corporales e identitarias, por lo que incurre en una transgresión deontológica grave cuando juzga, rechaza o invisibiliza las necesidades específicas de estos colectivos (López-Pavón, Fernández-Ordoñez, & Guerra-Marmolejo, 2026).

El actuar profesional ético ante la diversidad sexual e identidad de género implica la integración estricta de las siguientes pautas asistenciales (López-Pavón, Fernández-Ordoñez, & Guerra-Marmolejo, 2026):

- **Respeto a la Identidad Autopercibida:** Obligación moral y legal de dirigirse a la persona por su nombre social elegido e identificarla mediante sus pronombres preferidos en la interacción verbal y registral, con independencia de que el documento

nacional de identidad o el registro oficial hayan sido modificados o no (López-Pavón, Fernández-Ordoñez, & Guerra-Marmolejo, 2026).

- **Adecuación de la Práctica Clínica y Exploración Física:** Desterrar la suposición heteronormativa y cisnormativa en la anamnesis. Evitar asunciones automáticas sobre las prácticas sexuales, el riesgo de ITS o la necesidad de anticoncepción, adecuando el examen físico al cuerpo real de la persona atendida (p. ej., realizar citologías cérvico-vaginales o tamizajes mamarios a hombres trans con presencia de órganos reproductorios femeninos sin emitir comentarios estigmatizantes) (López-Pavón, Fernández-Ordoñez, & Guerra-Marmolejo, 2026).
- **Entorno Clínico Libre de Estigma:** Garantizar espacios de privacidad absoluta donde se respete la confidencialidad sobre la orientación sexual o la condición trans, previniendo miradas morbosas, risas o comentarios despectivos entre el personal sanitario o en los pasillos asistenciales (López-Pavón, Fernández-Ordoñez, & Guerra-Marmolejo, 2026).
- **Despatologización del Cuidado:** Abordar las vivencias de la diversidad sexual no como trastornos psicológicos o desviaciones biológicas que requieran corrección, sino como variantes legítimas de la diversidad humana que requieren atención preventiva, promocional y curativa oportuna (López-Pavón, Fernández-Ordoñez, & Guerra-Marmolejo, 2026).

9.4.4. Reproducción, anticoncepción y toma de decisiones

La autonomía reproductiva constituye la capacidad que tiene toda persona de decidir libremente sobre el número de hijos que desea tener, el espaciamiento entre los nacimientos, la opción de no ejercer la maternidad/paternidad, y el acceso a los medios e información necesarios para materializar dichas decisiones. La toma de decisiones en este campo es un foco permanente de dilemas éticos, en particular cuando se enfrentan los deseos e intenciones reproductivas de la persona atendida con los juicios morales, mandatos culturales o convicciones personales del profesional de enfermería que brinda la consejería (Bogino & Fernández, 2021).

Los dilemas suelen presentarse con elevada intensidad en tres escenarios clínicos específicos (Bogino & Fernández, 2021):

1. **Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria en Personas Jóvenes o Sin Hijos:** Es habitual que profesionales de la salud muestren resistencia, dilaten el procedimiento o intenten disuadir activamente a personas jóvenes (hombres o mujeres) que solicitan una vasectomía o ligadura de trompas, argumentando criterios paternalistas como "futuros arrepentimientos", "ausencia de descendencia" o "falta de madurez", la interferencia de la enfermera imponiendo sus propios estándares sobre la familia ideal viola directamente la autonomía de la persona sobre su cuerpo (Bogino & Fernández, 2021).
2. **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y Atención Post-Aborto:** En el marco de la IVE autorizada por causales legales o por la legislación nacional, así como en el manejo humanizado del aborto en curso o incompleto, el dilema bioético emerge cuando el personal sanitario expresa rechazo, aplica tratos punitivos, niega la administración oportuna de analgesia o difiere las intervenciones clínicas requeridas para "castigar" éticamente a la persona (Bogino & Fernández, 2021).
3. **Acceso a Tecnologías de Reproducción Asistida (TRA):** Se presentan tensiones éticas en cuanto al acceso equitativo a técnicas de fertilidad en parejas del mismo sexo, personas solteras o usuarios con escasos recursos económicos, donde el sesgo moral del profesional puede operar como un filtro o barrera de entrada injustificada (Bogino & Fernández, 2021).

El rol ético de la enfermera o enfermero en la consejería sobre reproducción y anticoncepción debe caracterizarse por la neutralidad valorativa, la objetividad científica y la empatía. Su función consiste en proveer información completa, veraz, actualizada y basada en evidencias sobre las distintas alternativas farmacológicas y quirúrgicas (mecanismos de acción, eficacia, efectos secundarios, irreversibilidad), respetando y respaldando la decisión final adoptada por el usuario de forma consciente, libre e informada (Bogino & Fernández, 2021).

9.4.5. Atención ante situaciones de violencia sexual

La violencia sexual representa una de las formas más extremas de vulneración de los derechos humanos y un evento de salud pública de gravedad máxima, la atención sanitaria de urgencia a sobrevivientes o víctimas de agresiones sexuales plantea severas encrucijadas ético-legales en las que se entrelazan la preservación de la vida, la protección de la salud biológica y psicológica, el deber de notificación judicial y la prevención de la revictimización en el ámbito institucional (Carmen Naranjo & Santamaría Naranjo, 2023).

Un dilema ético crítico para el equipo de enfermería surge al colisionar la urgencia asistencial de administrar de manera inmediata el Kit de Emergencia para Violencia Sexual (constituido por Anticoncepción de Emergencia - AE, Profilaxis Post-Exposición - PEP para VIH, terapia antirretroviral, prevención de ITS y vacunación) con las exigencias normativas o judiciales de denuncia policial, peritaje médico-forense e interrogatorio legal. En múltiples ocasiones, la persona sobreviviente llega al servicio de urgencias sumida en una crisis de angustia o trauma agudo, solicitando ayuda médica urgente, pero expresando el rechazo rotundo a interponer denuncias o someterse a revisiones gineco-forenses por temor, vergüenza o represalias del agresor (Carmen Naranjo & Santamaría Naranjo, 2023).

El principio ético rector impone que la profilaxis de emergencia y los cuidados en salud son absolutamente prioritarios e incondicionales, el personal de enfermería no puede bajo ninguna circunstancia condicionar, retrasar o negar la administración de la anticoncepción de emergencia o la profilaxis antirretroviral a la previa presentación de una denuncia ante la policía o el órgano judicial. Aunque los profesionales de la salud deban cumplir con los deberes de notificación epidemiológica o aviso a las autoridades competentes según lo estipulado en la legislación nacional para el caso de delitos de acción pública, la relación asistencial debe salvaguardar siempre el consentimiento informado de la persona agredida. Exigir exámenes periciales invasivos o forzar la recolección de pruebas forenses contra la voluntad del paciente constituye un acto de violencia institucional y revictimización que infringe de manera directa el principio de no maleficencia (Carmen Naranjo & Santamaría Naranjo, 2023).

9.4.6. Conflictos entre valores personales y deber profesional

El conflicto de valores surge cuando las convicciones morales, espirituales, religiosas, éticas o filosóficas de la enfermera o del enfermero entran en colisión directa con los procedimientos clínicos o prestaciones sanitarias que legalmente se solicitan en su servicio (p. ej., administración de anticoncepción farmacológica de emergencia, participación en procedimientos de esterilización, provisión de cuidados en abortos legales o intervenciones en salud sexual trans). Esta fricción interna puede desencadenar en el profesional de la salud un fenómeno conocido como distrés moral o estrés de conciencia, el cual, si no se canaliza éticamente, corre el riesgo de degradar la calidad de la atención mediante conductas defensivas, frialdad afectiva, desatención voluntaria o abandono del paciente (Narro–Robles & Rodríguez–Domínguez, 2024).

Para resolver este dilema de forma profesional y transparente, es indispensable que el personal de enfermería distinga la frontera entre el ejercicio legítimo de la objeción de conciencia y la incurrencia en el incumplimiento del deber profesional (Narro–Robles & Rodríguez–Domínguez, 2024):

- **Ejercicio Legítimo de la Objeción de Conciencia:** Como se analizó detalladamente en la sección 9.3, la objeción representa el derecho fundamental a rehusarse a ejecutar o colaborar directamente en un procedimiento técnico o acto clínico específico que quebranta la conciencia del profesional, requiere una declaración formal previa, escrita, individual y razonada ante las autoridades institucionales (Narro–Robles & Rodríguez–Domínguez, 2024).
- **Límite del Deber Profesional e Inadmisibilidad de la Negativa:** El conflicto de valores personales jamás justifica:
    1. La denegación de atención a la persona por desacuerdo con su estilo de vida, identidad, historia previa o decisiones reproductivas.
    2. La omisión o abandono de los cuidados de enfermería universales y básicos antes o después del procedimiento (p. ej., monitoreo de signos vitales, administración de analgesia prescrita, higiene, curación de heridas o contención emocional).
    3. La negativa a intervenir en situaciones de urgencia médica o emergencia obstétrica donde la vida o la salud del usuario se encuentre en riesgo inminente.
    4. La imposición de sermones religiosos, juicios morales, regaños o conductas encaminadas a culpabilizar a la persona atendida (Narro–Robles & Rodríguez–Domínguez, 2024).

Cuando el profesional no ha manifestado su objeción de conciencia mediante los canales formales y a tiempo, o cuando se encuentra como el único profesional disponible en una urgencia, el imperativo bioético de beneficencia y el deber legal del cuidado priman de forma incontestable sobre sus convicciones personales (Narro–Robles & Rodríguez–Domínguez, 2024).

9.4.7. Principios bioéticos aplicados a la resolución de dilemas

Frente a la complejidad de los dilemas éticos abordados en las secciones precedentes, la práctica asistencial de enfermería requiere una metodología estructurada para el análisis y la

toma de decisiones clínicas justificadas. El modelo principialista de la bioética clínica, desarrollado por Tom Beauchamp y James Childress, constituye el marco analítico de mayor aplicabilidad en las ciencias de la salud, al articular cuatro principios éticos fundamentales que operan como deberes *prima facie* (obligatorios a menos que entren en conflicto directo con un deber de igual o superior jerarquía en el caso concreto) (Orellana Robalino, 2021):

Principio Bioético	Fundamento conceptual en Salud Sexual y Reproductiva	Manifestación Práctica y Deberes de Enfermería
Autonomía	Reconocimiento explícito de la persona como un agente moral soberano, dotado de la capacidad de autodeterminación para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo, su fertilidad, sus relaciones y sus proyectos de vida.	• Obtención del consentimiento e informado libre y aclarado. • Mantenimiento riguroso del secreto profesional y la privacidad. • Respeto a las decisiones reproductivas sin coerción ni interferencias paternalistas. • Reconocimiento de la autonomía progresiva en adolescentes.
Beneficencia	Obligación moral de actuar siempre en beneficio de la persona atendida, promoviendo de forma activa su máximo bienestar biológico, psicológico, emocional y social.	• Provisión de cuidados de enfermería humanizados y de alta calidad técnica. • Entrega de consejería veraz, clara y basada en la evidencia científica. • Contención emocional y acompañamiento empático en crisis.

		• Profilaxis oportuna en casos de ITS y violencia sexual. • Erradicación del maltrato verbal, el sesgo moral y la violencia obstétrica.
No Maleficencia	Mandato primordial (*primum non nocere*) de abstenerse de realizar acciones que causen daño intencionado, dolor innecesario, sufrimiento, estigmatización o menoscabo en la salud del usuario.	• Prevención de la revictimización en agresiones sexuales. • Prevención estricta de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). • Abstención de juicios punitivos o tratos fríos durante la atención.
Justicia Distributiva	Exigencia de tratar a todas las personas con imparcialidad, garantizando la distribución equitativa de las cargas y los recursos sanitarios, sin discriminación por motivos socioeconómicos, etnia, género u orientación sexual.	• Garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva sin barreras. • Brindar un trato equitativo e inclusivo a colectivos vulnerabilizados (LGBTIQ+). • Optimización de insumos en el triaje y en la gestión del cuidado. • Abogacía por la eliminación de brechas de atención en zonas rurales.

Metodología de Resolución de Dilemas Clínicos

Cuando surge un conflicto bioético en la práctica de enfermería (p. ej., el principio de Autonomía de una adolescente que solicita confidencialidad se opone a la exigencia de los padres respaldada bajo una lectura tradicional de Beneficencia), el equipo asistencial debe aplicar un proceso deliberativo metódico (Orellana Robalino, 2021):

1. **Delimitación de los Hechos Clínicos y Sociales:** Clarificación exhaustiva del diagnóstico, alternativas terapéuticas, situación legal, capacidad de la persona y contexto familiar o socioeconómico.
2. **Identificación de los Principios en Conflicto:** Precisar con exactitud qué principios bioéticos y deberes deontológicos se encuentran contrapuestos en la situación concreta.
3. **Análisis de Alternativas de Acción:** Generar un abanico de cursos de acción posibles, evaluando las consecuencias previsibles, los riesgos biológicos y emocionales, y el grado de protección de los derechos humanos de cada opción.
4. **Ponderación y Justificación de la Decisión:** Seleccionar el curso de acción que respete en mayor medida la dignidad de la persona, minimice el daño (No Maleficencia) y maximice el ejercicio autónomo del usuario.
5. **Recurso a la Bioética Institucional:** En casos de extraordinaria complejidad o falta de consenso, recurrir a la consulta y asesoramiento del Comité de Ética Asistencial (CEA) de la institución sanitaria para una deliberación interdisciplinaria (Orellana Robalino, 2021).

La aplicación rigurosa de estos principios asegura que el ejercicio de la enfermería en salud sexual y reproductiva se mantenga como una práctica humanizada, científica, ética y comprometida de manera incondicional con los derechos y la libertad de todas las personas (Orellana Robalino, 2021).

Capítulo X. Programas de Promoción y Prevención en Salud Sexual

Mg. Lorena Pilar Lino Solís[17]
Mg. Luz María Castillo Ayón[18]

10.1. Diseño de programas educativos

El diseño sistemático y riguroso de programas educativos en salud sexual y reproductiva constituye una competencia esencial de la enfermería comunitaria y de salud pública, la eficacia de las intervenciones promocionales y preventivas no depende del azar ni de la mera transmisión improvisada de información biológica; por el contrario, requiere la aplicación metódica de modelos de planificación en salud que articulen diagnósticos participativos, fundamentos pedagógicos emancipadores y marcos de evaluación precisos. En la práctica contemporánea, el profesional de enfermería lidera la formulación de proyectos educativos orientados a transformar determinantes sociales, modificar estilos de vida, reducir conductas de riesgo y fortalecer la agencia personal y comunitaria (Jacinto-Cárdenas & Ruiz-Paloalto, 2022).

10.1.1. Concepto y características de los programas de promoción de la salud

Un programa de promoción de la salud sexual y reproductiva se define conceptual y operacionalmente como un conjunto articulado, coherente, técnicamente sustentado y planificado de acciones socioeducativas, asistenciales y comunitarias ejecutadas de forma sistemática durante un período determinado, su propósito fundamental es capacitar a las personas, familias y comunidades para que incrementen el control sobre los determinantes sociales, estructurales y comportamentales de su salud sexual, favoreciendo su bienestar integral de manera autónoma y sostenible (Ortale, 2023).

A diferencia de las intervenciones asistenciales tradicionales de carácter curativo, fragmentado o puramente biomédico, los programas educativos integrales impulsados desde la

[17] Universidad Estatal del Sur de Manabí, E-mail: lorena.lino@unesum.edu.ec, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5012-8887
[18] Universidad Estatal del Sur de Manabí, E-mail: luzcasti19@hotmail.com, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2992-9513

disciplina de enfermería comunitaria y de salud pública poseen características distintivas fundamentales (Ortale, 2023):

- **Enfoque Holístico, Positivo y Basado en el Bienestar:** Conciben la salud sexual no solo como la mera ausencia de enfermedad, infección, disfunción o coerción, sino como un estado dinámico de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, promueven vivencias placenteras, seguras, conscientes, responsables y libres de toda forma de discriminación o violencia (Ortale, 2023).
- **Fundamentación en Derechos Humanos y Equidad de Género:** Incorporan de manera transversal los principios de igualdad de género, autonomía corporal, respeto a la diversidad humana y garantía irrestricta de los derechos sexuales y reproductivos, este marco asegura que las intervenciones reconozcan a los usuarios como sujetos plenos de derecho y no como meros receptores pasivos de prescripciones médicas (Ortale, 2023).
- **Carácter Participativo, Dialógico y Empoderador:** Utilizan metodologías pedagógicas derivadas de la educación popular y la investigación-acción participativa, posicionan a las personas y colectivos comunitarios como agentes activos en la identificación de sus propias problemáticas, en la deconstrucción de mitos y en la coinvención de soluciones adaptables a su realidad sociocultural (Ortale, 2023).
- **Intersectorialidad, Transdisciplinariedad y Trabajo en Red:** Articulan acciones de forma coordinada entre el sector sanitario, el sistema educativo, las organizaciones de la sociedad civil, los gobiernos locales, los medios de comunicación y las redes comunitarias, esta sinergia es indispensable para incidir con eficacia en los entornos donde las personas nacen, crecen, se educan, trabajan y se relacionan (Ortale, 2023).
- **Sostenibilidad, Viabilidad Operativa y Adecuación Cultural:** Se diseñan considerando la pertinencia lingüística, el respeto a los saberes locales o ancestrales, las dinámicas territoriales y la disponibilidad real de recursos económicos e institucionales, garantizando la continuidad de los procesos educativos en el tiempo (Ortale, 2023).

10.1.2. Identificación de necesidades y problemas de salud sexual

El punto de partida insoslayable para la construcción científica de cualquier programa educativo de enfermería es el diagnóstico integral de necesidades de salud, este proceso metódico permite explorar, caracterizar, clasificar y dimensionar las problemáticas de salud

sexual y reproductiva que afectan a una comunidad o grupo poblacional específico, analizando a fondo sus causas subyacentes, sus factores condicionantes y sus determinantes sociales (Mayorga Madrigal, 2026).

El equipo de enfermería debe aplicar un enfoque metodológico mixto (cuantitativo y cualitativo) que integre sistemáticamente las siguientes dimensiones analíticas (Mayorga Madrigal, 2026):

1. **Análisis epidemiológico y demográfico (Necesidades Normativas o Definidas por Expertos):** Consiste en la revisión rigurosa de registros sanitarios oficiales, bases de datos epidemiológicas e historias clínicas, permite evaluar indicadores duros como la tasa de fecundidad en adolescentes (TFA), la incidencia y prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH, las tasas de cobertura de anticoncepción moderna, la razón de mortalidad materna, y las frecuencias de tamizaje para cáncer de cuello uterino y mama (Mayorga Madrigal, 2026).
2. **Exploración de Conocimientos, Actitudes y Prácticas - CAP (Necesidades Reales y Percibidas):** Mediante la aplicación de encuestas estandarizadas, entrevistas en profundidad y grupos focales, se investigan los vacíos de información, las falsas creencias, los mitos sobre la sexualidad y la anticoncepción, los roles de género normativos, la alfabetización en salud y las actitudes del colectivo frente al autocuidado y la diversidad sexual (Mayorga Madrigal, 2026).
3. **Análisis de la oferta de servicios y del entorno comunitario (Necesidades Expresadas y Comparativas):** Mapeo territorial para determinar la accesibilidad geográfica, económica y cultural a los centros de salud, la disponibilidad y desabastecimiento de insumos anticonceptivos, el nivel de calidez y confidencialidad en la atención, así como la identificación de factores de riesgo ambientales como redes de micro tráfico, violencia de género o consumo problemático de sustancias (Mayorga Madrigal, 2026).

10.1.3. Priorización de necesidades y población objetivo

Una vez identificado el abanico de necesidades y problemas en la etapa diagnóstica, la escasez estructural de recursos y la obligación ética de maximizar el impacto social exigen un proceso técnico de priorización de problemas y la delimitación estricta de la población objetivo (Benavides Zúñiga, 2023).

Priorización Metodológica: El Método de Hanlon

Para seleccionar de manera objetiva e imparcial las problemáticas de salud que serán intervenidas de forma prioritaria, el personal de enfermería puede utilizar la fórmula del Método de Hanlon, el cual pondera cuatro componentes cuantitativos y cualitativos:

$$\text{Puntuación de Prioridad} = (A+B) \times C \times D$$

- **Componente A (Tamaño del Problema):** Escala de 0 a 10 asignada según la prevalencia o incidencia del evento en la población examinada.
- **Componente B (Severidad del Problema):** Escala de 0 a 10 basada en la mortalidad, morbilidad, nivel de incapacidad, costes económicos y alarma social que genera la problemática.
- **Componente C (Eficacia de la Intervención):** Escala de 0.5 a 1.5 que evalúa la capacidad técnica demostrada de un programa educativo para modificar o resolver el problema.
- **Componente D (Factibilidad del Programa - Criterios PEARL):** Valor absoluto de 0 o 1 resultante de la multiplicación de cinco factores irrenunciables:
    - **P**ertinencia de la intervención.
    - Factibilidad **E**conómica.
    - **A**ceptabilidad por la comunidad y las autoridades.
    - Disponibilidad de **R**ecursos.
    - **L**egalidad del marco de actuación.

      (Nota: Si alguno de los criterios PEARL es cero, la factibilidad global se anula automáticamente) (Benavides Zúñiga, 2023).

Delimitación y segmentación de la población objetivo

El programa educativo debe caracterizar y segmentar minuciosamente a la población destinataria para garantizar la idoneidad del lenguaje, los contenidos pedagógicos y las vías de convocatoria (Benavides Zúñiga, 2023):

- **Población Destinataria Directa (Primaria):** Sujetos que recibirán las acciones educativas directas y en quienes se espera lograr la modificación de conocimientos, actitudes o conductas (p. ej., adolescentes de 12 a 17 años matriculados en instituciones

educativas públicas, mujeres en edad fértil de sectores rurales, o personas trans) (Benavides Zúñiga, 2023).

- **Población Destinataria Indirecta (Secundaria y Terciaria):** Actores clave del entorno socio afectivo e institucional que ejercen influencia directa sobre la población primaria, tales como padres y madres de familia, docentes, personal administrativo de salud, líderes comunitarios y agentes pastorales (Benavides Zúñiga, 2023).

10.1.4. Formulación de objetivos e indicadores

La definición de los fines educativos y de salud constituye el eje central de la planificación. Los objetivos delimitan el alcance del programa, orientan la selección de contenidos y metodologías, y establecen la base sobre la cual se evaluará la efectividad de la intervención de enfermería (Benavides Zúñiga, 2023).

Jerarquía y estructura de los objetivos

- **Objetivo General:** Describe el impacto cualitativo de alto nivel o la transformación epidemiológica y social de largo alcance que el programa busca favorecer (p. ej., *"Reducir la incidencia de embarazos no planificados e Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes del Distrito de Salud N° 3 mediante la implementación de un programa de educación integral en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos"*) (Benavides Zúñiga, 2023).
- **Objetivos Específicos:** Detallan las metas intermedias, operativas y observables que conducen de manera lógica al logro del objetivo general. Deben formularse bajo la metodología **SMART** (Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y Delimitados en el tiempo) y orientarse a cambios graduales en conocimientos, actitudes, habilidades socioemocionales o acceso efectivo a servicios (Benavides Zúñiga, 2023).

Diseño del sistema de indicadores

Para medir de forma objetiva la evolución y los resultados de la intervención, se construye una matriz de indicadores estructurada en tres dimensiones operativas (Benavides Zúñiga, 2023);

Nivel de Indicador	Definición Operativa	Ejemplo de Indicador en Salud Sexual
Indicadores de Proceso	Miden el grado de cumplimiento de las actividades planificadas, el uso de insumos, la logística y la cobertura inmediata.	• Porcentaje de talleres educativos ejecutados con relación a los programados ([Ejecutados/Programados]×100). • Proporción de participantes que asistieron a la totalidad del ciclo formativo. • Cantidad de material didáctico e insumos preservativos distribuidos.
Indicadores de Resultado (Efecto)	Miden los cambios de corto y mediano plazo en los conocimientos, destrezas, creencias o comportamientos de los participantes.	• Porcentaje de participantes que incrementa su puntuación de conocimientos sobre anticoncepción moderna tras el programa (Post-test vs. Pre-test). • Proporción de adolescentes que reporta el uso consistente del preservativo en relaciones sexuales durante los últimos 6 meses.
Indicadores de Impacto	Evalúan las transformaciones estructurales en el estado epidemiológico o de bienestar de la comunidad a largo plazo.	• Tasa de fecundidad en adolescentes (TFA) en la zona geográfica intervenida. • Tasa de incidencia acumulada de nuevas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/VIH) en la población objetivo.

10.1.5. Planificación de actividades y recursos

La planificación operativa traduce las metas teóricas en una secuencia lógica de acciones didácticas, delimitando tiempos, responsabilidades y presupuestos para la ejecución del programa (Molina, 2024).

Matriz de planificación didáctica

Cada sesión, taller o módulo del programa debe ser diseñado meticulosamente mediante una guía pedagógica o matriz instruccional que organice los siguientes elementos (Molina, 2024):

1. **Contenidos Temáticos:** Selección de contenidos científicos actualizados, jerarquizados y dosificados según el nivel de desarrollo evolutivo y contexto cultural de la audiencia (Molina, 2024).
2. **Estrategia y Técnicas Pedagógicas:** Selección de métodos participativos, vivenciales e interactivos que faciliten el aprendizaje significativo (p. ej., socio-dramas, estudios de casos ético-clínicos, talleres de colocación correcta de preservativos en modelos anatómicos, mapas corporales y debates grupales) (Molina, 2024).
3. **Cronograma de Actividades (Diagrama de Gantt):** Representación gráfica que establece la duración, frecuencia, orden cronológico y responsables de cada una de las fases del programa (Molina, 2024).

Presupuesto y categorización de recursos

Se deben calcular y costear de manera minuciosa los insumos necesarios para garantizar la viabilidad técnica y administrativa (Molina, 2024):

- **Recursos Humanos:** Personal de enfermería especialista, educadores de pares, profesionales de psicología o trabajo social, mediadores comunitarios e intérpretes lingüísticos (Molina, 2024).
- **Recursos Materiales y Didácticos:** Kits de anticonceptivos para demostración, modelos anatómicos pélvicos, preservativos masculinos y femeninos, guías metodológicas, proyectores, impresos y papelería (Molina, 2024).

- **Recursos Logísticos e Infraestructura:** Alquiler o adecuación de espacios comunitarios o escolares, sistemas de sonido, transporte de equipos técnicos y refrigerios para participantes (Molina, 2024).
- **Presupuesto Económico Consolidado:** Matriz financiera detallada que cuantifica los costes directos e indirectos, identificando las fuentes de financiamiento institucionales o de cooperación (Molina, 2024).

10.1.6. Implementación y seguimiento de programas

La implementación representa la puesta en marcha efectiva del programa educativo en el territorio o centro asistencial. Exige por parte de la enfermera o enfermero habilidades de liderazgo comunitario, capacidad de negociación, flexibilidad operativa para resolver imprevistos y empatía comunicativa (Mina-Villalta & Sumarriva-Bustinza, 2023).

Estrategias para una implementación exitosa

- **Consolidación de Alianzas Interinstitucionales:** Coordinación formal con directivos escolares, líderes comunitarios, autoridades locales de salud y colectivos sociales para garantizar la convocatoria, la legitimidad y la fluidez logística de los talleres (Mina-Villalta & Sumarriva-Bustinza, 2023).
- **Capacitación y Estándar de Facilitadores:** Talleres de formación intensiva para el personal sanitario y educadores de pares, asegurando la fidelidad al diseño metodológico, la estandarización de contenidos y el manejo adecuado de situaciones grupales complejas (Mina-Villalta & Sumarriva-Bustinza, 2023).

Seguimiento y monitoreo operativo

El seguimiento es un proceso sistemático y continuo de recolección, análisis y uso de información durante la ejecución del programa, su objetivo fundamental es verificar si las actividades se están desarrollando según el cronograma, la calidad y el presupuesto planificados, permitiendo introducciones de corrección o ajustes operativos oportunos (Bertranou, 2023).

El plan de monitoreo liderado por el profesional de enfermería debe integrar:

1. **Pautas de Supervisión Capacitante:** Evaluaciones periódicas mediante pautas de observación directa en las sesiones educativas para verificar el desempeño didáctico del facilitador, el clima participativo y el apego al diseño instruccional.
2. **Registros de Cobertura y Asistencia:** Planillas estandarizadas de control diario para monitorear la participación efectiva de la población objetivo por variables de edad, sexo, escolaridad y pertenencia étnica.
3. **Reuniones Técnicas de Evaluación de Avance:** Espacios semanales o mensuales del equipo ejecutor para analizar las desviaciones del cronograma, dificultades logísticas, barreras de asistencia o emergencias comunitarias, implementando de inmediato los planes de contingencia requeridos (Bertranou, 2023).

El cumplimiento metódico de este ciclo garantiza que las intervenciones de enfermería en promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva se consoliden como proyectos de alto valor científico, impacto medible y capacidad transformadora en beneficio de las comunidades (Bertranou, 2023).

10.2. Evaluación de intervenciones comunitarias

La evaluación de las intervenciones comunitarias constituye un proceso sistemático destinado a valorar el desarrollo de las acciones ejecutadas y los resultados obtenidos en la población destinataria, permite determinar en qué medida las actividades realizadas responden a las necesidades identificadas y contribuyen al cumplimiento de los objetivos establecidos, la evaluación proporciona información organizada sobre los avances, dificultades, resultados y cambios asociados con una intervención, facilitando la toma de decisiones respecto a su continuidad, modificación o fortalecimiento (Pascual Barrio, 2025).

La evaluación requiere relacionar los objetivos planteados con los resultados observados y utilizar procedimientos que permitan obtener información confiable, su aplicación puede considerar diferentes momentos del programa y emplear métodos cuantitativos, cualitativos o una combinación de ambos, la selección del método depende de las características de la intervención, de los resultados que se pretenden valorar y de la disponibilidad de fuentes de información, en promoción de la salud sexual, la evaluación puede incluir aspectos relacionados con cobertura, participación, adquisición de conocimientos, modificación de actitudes, prácticas de autocuidado, utilización de servicios y otros resultados definidos previamente (Pascual Barrio, 2025).

10.2.1. Importancia de la evaluación en promoción de la salud

La evaluación de intervenciones comunitarias en salud sexual y reproductiva constituye un proceso científico, sistemático, participativo y reflexivo de recolección, análisis e interpretación de evidencia, su objetivo es juzgar el valor, la eficiencia, la eficacia, la efectividad y la sostenibilidad de las acciones educativas y asistenciales desarrolladas por el equipo de enfermería comunitaria (Ramos Padilla, 2026).

En el marco de la promoción de la salud, la evaluación no debe entenderse como un acto punitivo, fiscalizador o final de un proyecto, sino como una herramienta de gestión continua e inherente a la planificación estratégica. La importancia de la evaluación radica en los siguientes pilares (Ramos Padilla, 2026):

- **Sustentación de la Práctica Basada en Evidencia (PBE):** Permite verificar de manera objetiva qué estrategias pedagógicas y asistenciales funcionan, en qué contextos específicos resultan efectivas y bajo qué condiciones sociodemográficas logran ser replicables (Ramos Padilla, 2026).
- **Garantía de Calidad y Calidez Asistencial:** Identifica vacíos, fallas en la implementación, barreras de acceso o sesgos de género en la prestación de servicios, orientando reajustes dinámicos durante la ejecución de las intervenciones (Ramos Padilla, 2026).
- **Rendición de cuentas y responsabilidad ética:** Proporciona transparencia institucional y social ante la comunidad, las autoridades sanitarias, los organismos de cooperación y las entidades financiadoras sobre la utilización de los recursos públicos y materiales (Ramos Padilla, 2026).
- **Empoderamiento y sostenibilidad comunitarios:** Al incorporar metodologías participativas, la evaluación fomenta que los propios actores sociales analicen de forma crítica sus avances, fortaleciendo la autogestión de sus necesidades de salud sexual (Ramos Padilla, 2026).
- **Generación de conocimiento en enfermería comunitaria:** Documenta sistematizaciones de experiencias que enriquecen el cuerpo teórico-práctico de la disciplina de enfermería en salud pública (Ramos Padilla, 2026).

10.2.2. Indicadores de proceso y resultado

La construcción de una matriz de evaluación sólida exige diferenciar con precisión los distintos tipos de indicadores requeridos para valorar la progresión y los efectos de la intervención comunitaria (Mateo Rodríguez, 2025).

Indicadores de proceso

Los indicadores de proceso (o de estructura y funcionamiento) evalúan la dinámica operativa, la logística, la cobertura de actividades y la calidad de la entrega de los contenidos educativos durante la fase de implementación. Garantizan que el programa se esté ejecutando según lo diseñado en la fase de planificación (Mateo Rodríguez, 2025).

- **Formula de cumplimiento de actividades:**

$$\text{Tasa de } Ejecución \text{ de Actividades (\%)} = \left(\frac{Número\ de\ talleres\ educativos\ realizados}{Numero\ de\ talleres\ educativos\ programados}\right) \times 100$$

- **Calidad didáctica del facilitador:** Medida a través de pautas de observación directa en las sesiones (porcentaje de apego a la guía metodológica y uso de lenguaje incluyente) (Mateo Rodríguez, 2025).
- **Eficiencia presupuestaria:** Proporción de recursos económicos ejecutados en relación con el presupuesto asignado para la logística y el material didáctico (Mateo Rodríguez, 2025).

Indicadores de resultados

Los indicadores de resultados (o de efecto) miden las modificaciones observadas en los conocimientos, creencias, habilidades socioemocionales, actitudes y comportamientos individuales o grupales a corto y mediano plazo de la población destinataria (Mateo Rodríguez, 2025).

- **Modificación de Conductas de Autocuidado:**

$$\text{Prevalencia de uso consistente de preservativo (\%)} = \left(\frac{N.º\ de\ participantes\ que\ usaron\ preservativo\ en\ todas\ sus\ relaciones\ del\ último\ mes}{N.°\ de\ participantes\ sexualmente\ activos\ evaluados}\right) \times 100$$

- **Adherencia a Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (ARAP/LARC):** Proporción de usuarias en edad fértil que continúan utilizando eficazmente un dispositivo intrauterino (DIU) o implante subdérmico a los 6 meses de su colocación tras el taller educativo (Mateo Rodríguez, 2025).
- **Tasa de aceptación y demanda de tamizaje:** Porcentaje de mujeres participantes con vida sexual activa que acuden voluntariamente a realizarse la citología cérvico-vaginal o la prueba de captura de híbridos/PCR para VPH tras la intervención (Mateo Rodríguez, 2025).

10.2.3. Evaluación de cobertura y participación comunitaria

La efectividad de un programa de salud sexual no depende únicamente de la rigurosidad científica de sus contenidos, sino también de su capacidad para alcanzar a la población destinataria y de la profundidad de la vinculación comunitaria lograda (Mateo Rodríguez, 2025).

Análisis de cobertura

La evaluación de la cobertura mide la proporción de la población elegible que efectivamente recibe las acciones del programa en un territorio geográfico delimitado:

$$\text{Cobertura efectiva (\%)} = \left(\frac{N° \textit{ de personas de la población objetivo atendidas/participantes}}{N° \textit{ total de personas estimado en la población objetivo del territorio}}\right) \times 100$$

- **Sesgos de Cobertura:** Permite identificar a los grupos "vulnerados" o de difícil acceso (p. ej., adolescentes no escolarizados, trabajadores/as sexuales, personas en situación de movilidad humana o comunidades rurales dispersas), reorientando las estrategias de captura (Mateo Rodríguez, 2025).

Niveles de Participación Comunitaria: La participación comunitaria comprende la incorporación activa de las personas y colectivos en las actividades previstas, puede valorarse mediante asistencia, permanencia durante las actividades, participación en dinámicas, aportes realizados, formulación de preguntas, colaboración en acciones comunitarias y otras formas de involucramiento definidas por el programa, la participación no debe reducirse exclusivamente al número de asistentes, debido a que la presencia física no necesariamente representa una participación activa (Martínez Rizo, 2021).

10.2.4. Evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas

La medición de los cambios conceptuales, valorativos y conductuales es un componente crítico en los programas educativos en salud sexual, el instrumento estándar utilizado por enfermería para este fin es la Encuesta o Estudio CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), aplicada bajo un diseño pre-test y post-test con o sin grupo de control (García González, Duarte González, & Mejías Paneque, 2022).

1. Evaluación de conocimientos (Dimensión Cognitiva)

Explora la retención, comprensión y manejo preciso de información científica sobre fisiología reproductiva, métodos anticonceptivos, mecanismos de transmisión del VIH/ITS, derechos sexuales y leyes de protección (García González, Duarte González, & Mejías Paneque, 2022).

- **Técnicas de Medición:** Cuestionarios estructurados con preguntas de opción múltiple, verdadero/falso o emparejamiento.
- **Ejemplo de Ítem:** Identificación correcta de los días fértiles del ciclo menstrual o la comprensión de la ineficacia de los antibióticos contra las infecciones virales (García González, Duarte González, & Mejías Paneque, 2022).

2. Evaluación de actitudes (Dimensión Afectivo-Valorativa)

Evalúa las posiciones personales, predisposiciones, valores, creencias y opiniones de las personas frente a la sexualidad, el género, el uso de anticonceptivos y las personas que viven con VIH (García González, Duarte González, & Mejías Paneque, 2022).

- **Técnicas de medición:** Escalas de medición de actitudes tipo **Likert** (con opciones de respuesta que van desde "Totalmente en desacuerdo" hasta "Totalmente de acuerdo").
- **Ejemplo de ítem:** "Los hombres deben compartir por igual la responsabilidad de la anticoncepción en la pareja" o "Una mujer tiene derecho a decidir sobre su cuerpo sin coerción" (García González, Duarte González, & Mejías Paneque, 2022).

3. Evaluación de prácticas (Dimensión Conductual)

Examina las acciones concretas, comportamientos de riesgo y conductas preventivas autorreportadas o registradas observacionalmente (García González, Duarte González, & Mejías Paneque, 2022).

- **Técnicas de medición:** Entrevistas individuales confidenciales, diarios de seguimiento conductual, auto-reportes anonimizados o verificación de registros de solicitud de preservativos/anticonceptivos en el centro de salud.
- **Ejemplo de ítem:** Frecuencia de negociación del uso del preservativo con parejas casuales o la regularidad en la toma de la píldora anticonceptiva oral (García González, Duarte González, & Mejías Paneque, 2022).

10.2.5. Medición de resultados e impacto

Mientras que los resultados miden los cambios inmediatos en el grupo intervenido, la evaluación de impacto examina las modificaciones poblacionales, epidemiológicas y estructurales a largo plazo atribuibles directa o indirectamente a la intervención (García Sánchez & Cardozo Brum, 2025).

Principales indicadores epidemiológicos de impacto

- **Tasa de Fecundidad en Adolescentes (TFA):** Número de nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años en la zona geográfica intervenida a lo largo de un período plurianual.
- **Incidencia acumulada de ITS:** Reducción en la tasa de nuevos casos confirmados de sífilis, gonorrea, clamidiasis o VIH en la población del territorio.
- **Razón de mortalidad materna y morbilidad materna extremadamente grave:** Reducción de eventos adversos derivados de embarazos no planificados o abortos en condiciones de riesgo.
- **Tasa de aborto en condiciones de riesgo:** Variaciones en el número de egresos hospitalarios por complicaciones de abortos no seguros (Mirón & Alonso, 2026).

Diseños evaluativos para determinar impacto

Para confirmar que los cambios en la comunidad se deben verdaderamente a la intervención comunitaria y no a variables de confusión (como campañas en medios masivos o

reformas normativas), enfermería utiliza diseños metodológicos robustos (Mirón & Alonso, 2026):

1. **Diseño Casi-Experimental (Pre-test / Post-test con grupo comunitario de control):** Se compara una comunidad intervenida con una comunidad de características socioeconómicas y demográficas similares donde no se aplicó el programa educativo (Mirón & Alonso, 2026).
2. **Estudios longitudinales de cohorte:** Seguimiento a un grupo de participantes durante varios años tras la finalización del programa para evaluar la sostenibilidad de las conductas de protección en el tiempo (Mirón & Alonso, 2026).
3. **Análisis cualitativo de impacto (Sistematización de historias de cambio significativo):** Recopilación de testimonios y narrativas profundas sobre cómo el programa transformó relaciones de pareja, dinámicas familiares o previno situaciones de violencia basada en género (Mirón & Alonso, 2026).

10.2.6. Retroalimentación y mejora de las intervenciones

El ciclo evaluativo se cierra y se reinicia mediante el proceso de retroalimentación, que transforma la evidencia empírica obtenida en planes de mejora continua de la calidad y decisiones operativas concretas (Quezada Cáceres & Salinas Tapia, 2021).

Fases del proceso de retroalimentación y mejora

1. **Triangulación y análisis integrado de datos:** El equipo de enfermería integra los datos cuantitativos (encuestas CAP, indicadores epidemiológicos) y los datos cualitativos (opiniones de la comunidad, observaciones de facilitadores) para obtener una visión completa de la efectividad del programa (Quezada Cáceres & Salinas Tapia, 2021).
2. **Devolución social de resultados (Devolución comunitario-participativa):** Los hallazgos de la evaluación no deben quedarse en informes académicos o administrativos, se deben realizar asambleas comunitarias, mesas de trabajo y boletines informativos accesibles para presentar los resultados a la población participante, reconociendo su papel protagónico (Quezada Cáceres & Salinas Tapia, 2021).
3. **Reorientación estratégica del programa (Planes de mejora continua):**

- **Ajuste de contenidos pedagógicos:** Si la encuesta CAP revela que persisten mitos sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos, se modifican los módulos didácticos del siguiente ciclo.
- **Reorganización logística y horaria:** Si la evaluación de cobertura demuestra baja asistencia de hombres jóvenes, se rediseñan las convocatorias para fines de semana o entornos deportivos/comunitarios.
- **Escalamiento e incidencia en políticas públicas:** Los resultados exitosos y documentados con evidencia sólida sirven para abogar ante la toma de decisiones por la ampliación del presupuesto institucional o la conversión del programa piloto en una política pública de salud local o nacional (Quezada Cáceres & Salinas Tapia, 2021).

10.3. Enfoque intercultural en salud sexual

El enfoque intercultural en salud sexual reconoce que las personas y comunidades construyen conocimientos, prácticas, valores y formas de comprender la sexualidad y la reproducción a partir de sus experiencias sociales y culturales, estas características pueden influir en la manera en que se interpretan el cuerpo, las relaciones afectivas, la reproducción, la maternidad y paternidad, la anticoncepción, la prevención de infecciones y la utilización de los servicios de salud, la consideración de estas diferencias permite diseñar intervenciones educativas que resulten comprensibles, pertinentes y respetuosas de las características de la población destinataria (Feltri, Justo, & Maglio, 2023).

La incorporación de la interculturalidad no significa aceptar de manera automática todas las prácticas existentes ni sustituir los conocimientos científicos por conocimientos tradicionales, requiere establecer una relación respetuosa entre diferentes formas de conocimiento, identificar aquellos elementos que pueden favorecer la salud y reconocer situaciones que pueden representar riesgos o vulnerar derechos, las intervenciones deben mantener criterios científicos, éticos y sanitarios, al mismo tiempo que consideran las características culturales de las personas y comunidades (Feltri, Justo, & Maglio, 2023).

La pertinencia cultural requiere que los programas de promoción de la salud sexual consideren las formas de comunicación, organización, participación y acceso propias de cada población, también implica reconocer las barreras que pueden dificultar el acceso a información y servicios, especialmente cuando existen diferencias lingüísticas, geográficas,

sociales o culturales, la participación comunitaria permite incorporar estos elementos desde la planificación y favorecer intervenciones que respondan a necesidades identificadas por la propia población (Feltri, Justo, & Maglio, 2023).

10.3.1. Diversidad cultural y prácticas relacionadas con la salud sexual

El enfoque intercultural en salud sexual y reproductiva se fundamenta en el reconocimiento, respeto y valoración de la coexistencia de diversas cosmovisiones, saberes, tradiciones e identidades culturales dentro de un mismo espacio territorial, en la práctica de enfermería comunitaria y de salud pública, la diversidad cultural comprende cómo cada grupo humano (definido por su adscripción étnica, procedencia geográfica, identidad de género, orientación sexual o pertenencia comunitaria) concibe, vivencia, expresa y regula la sexualidad y la reproducción (Dides Castillo & Pérez Moscoso, 2022).

Las prácticas comunitarias asociadas a la salud sexual varían sustancialmente entre colectivos urbanos, rurales, pueblos indígenas, afrodescendientes y poblaciones en situación de movilidad humana, estas prácticas abarcan desde la utilización de medicina tradicional e herbolaria para el manejo de molestias ginecológicas y la preparación del parto, hasta rituales de transición a la edad adulta, normas comunitarias sobre el inicio de la vida sexual activa, dinámicas de crianza y formas de organización de las estructuras familiares (Dides Castillo & Pérez Moscoso, 2022).

El profesional de enfermería debe evitar la mirada etnocéntrica (aquella que posiciona los modelos biomédicos occidentales como los únicos válidos o superiores) y adoptar una postura de apertura analítica. Este enfoque permite identificar:

- **Prácticas Favorables o Protectoras:** Costumbres locales que fortalecen la salud sexual, como las redes comunitarias de soporte a las mujeres gestantes, el uso de plantas medicinales no perjudiciales o la prolongación de la lactancia materna exclusiva.
- **Prácticas Neutras o Inofensivas:** Tradiciones que carecen de impacto directo sobre la salud biológica, pero que poseen una elevada significación simbólica e idéntica importancia identitaria para la comunidad.
- **Prácticas con Riesgo Sanitario:** Costumbres o ritos que pueden comprometer la integridad física o la autonomía individual (p. ej., uniones tempranas forzadas o la restricción de insumos anticonceptivos por imposiciones patriarcales), las cuales deben

ser abordadas mediante el diálogo intersaberes, la sensibilización ética y el estricto respeto a los derechos humanos (Dides Castillo & Pérez Moscoso, 2022).

10.3.2. Creencias, valores y percepciones sobre sexualidad y reproducción

Las percepciones sobre la sexualidad y el cuerpo no son construcciones exclusivamente biológicas; son elaboraciones socioculturales moldeadas por la cosmovisión, la religión, la memoria histórica y los sistemas de valores de cada comunidad (Kleinman, 2020).

Dimensiones culturales clave en salud sexual y reproductiva

1. **Concepción del cuerpo y del proceso salud-enfermedad:** En muchas culturas originarias y rurales, la salud sexual no se limita al funcionamiento anatómico de los órganos reproductivos, sino que se interpreta como un estado de equilibrio dinámico entre la persona, su comunidad, la naturaleza y el plano espiritual. Alteraciones como el "susto", el "mal de aire" o los desequilibrios entre los estados "frío y caliente" son categorías diagnósticas locales legítimas para las comunidades que orientan sus conductas de búsqueda de atención (Kleinman, 2020).
2. **Significado del embarazo y la maternidad:** La gestación y la maternidad pueden representar un hito de consolidación del estatus social, una responsabilidad colectiva de la familia extendida o la continuidad biológica y cultural del pueblo, influyendo directamente en la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos modernos (Kleinman, 2020).
3. **Roles de género y autonomía en la toma de decisiones:** Las dinámicas de poder al interior del hogar determinan la capacidad de las mujeres o de las personas jóvenes para decidir sobre su cuerpo, el uso de anticoncepción o la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en entornos con fuerte impronta patriarcal o comunitaria, la aprobación de la pareja, del jefe de familia o del consejo de ancianos puede influir significativamente en la asistencia a la consulta asistencial (Kleinman, 2020).
4. **Tabúes, mitos y pudor cultural:** La vivencia del pudor físico respecto al examen genital por parte de profesionales del sexo opuesto, los estigmas en torno a la masturbación o el sangrado menstrual, y el silencio social sobre la diversidad sexo-genérica constituyen barreras culturales que exigen una respuesta de enfermería sensible y libre de juicios de valor (Kleinman, 2020).

10.3.3. Adaptación cultural de programas e intervenciones

La adaptación cultural consiste en ajustar determinados componentes de un programa para que respondan a las características lingüísticas, sociales y culturales de la población destinataria, manteniendo los objetivos sanitarios y los elementos esenciales de la intervención, puede incluir modificaciones en el lenguaje, materiales educativos, ejemplos utilizados, horarios, espacios, mecanismos de convocatoria y estrategias de participación (Flagio & Stand, 2025).

La adaptación debe realizarse a partir de información obtenida mediante la valoración de necesidades y la participación de la población, no debe basarse únicamente en suposiciones del equipo de salud sobre las características culturales de una comunidad, la consulta con representantes comunitarios, organizaciones locales y personas pertenecientes a la población destinataria puede aportar información útil para seleccionar formas adecuadas de comunicación y organización (Flagio & Stand, 2025).

Los materiales educativos pueden requerir adaptación lingüística cuando la población utiliza una lengua diferente de la empleada habitualmente por los servicios sanitarios, la traducción debe conservar el significado de los contenidos relacionados con prevención, derechos, servicios y autocuidado, cuando sea necesario, pueden utilizarse recursos visuales, materiales audiovisuales o estrategias demostrativas que faciliten la comprensión de personas con diferentes niveles de alfabetización (Flagio & Stand, 2025).

La adaptación cultural no debe modificar información científica esencial ni incorporar prácticas que contradigan criterios de seguridad sanitaria, los cambios deben conservar la finalidad del programa y garantizar que los mensajes principales relacionados con prevención, atención y derechos sean claros, cuando una adaptación pueda generar dudas respecto a la seguridad o validez de la intervención, debe ser revisada por profesionales con competencias pertinentes (Flagio & Stand, 2025). La evaluación permite determinar si las adaptaciones realizadas mejoran la comprensión, participación y aceptación del programa, los resultados obtenidos pueden utilizarse para realizar nuevos ajustes y fortalecer progresivamente la pertinencia de las intervenciones (Flagio & Stand, 2025).

10.3.4. Participación de la comunidad en la promoción de la salud sexual

La participación comunitaria permite incorporar a las personas y organizaciones de la comunidad en diferentes etapas de la planificación y ejecución de programas de promoción de la salud sexual, su participación puede incluir la identificación de necesidades, selección de prioridades, definición de estrategias, organización de actividades, elaboración de materiales, ejecución de acciones y evaluación de resultados, esta participación permite incorporar conocimientos sobre las características de la población y las condiciones que pueden facilitar o dificultar el acceso a los servicios (Stover, 2024).

La participación debe superar la asistencia pasiva a actividades previamente definidas, las personas y colectivos pueden contribuir mediante propuestas, intercambio de experiencias, identificación de problemas, colaboración en actividades y valoración de los resultados obtenidos, el nivel de participación dependerá de las características del programa y de las posibilidades reales de involucramiento de la población (Stover, 2024).

La incorporación de actores comunitarios puede facilitar la difusión de información y el establecimiento de vínculos entre los servicios sanitarios y la población, los líderes comunitarios, organizaciones sociales, instituciones educativas y otros actores pueden colaborar en actividades de convocatoria, comunicación y orientación, respetando siempre las competencias profesionales y la privacidad de las personas (Stover, 2024).

La participación debe desarrollarse de manera voluntaria y respetuosa, evitando utilizar a la comunidad únicamente como receptora de decisiones tomadas por los servicios de salud, la identificación de necesidades y prioridades debe considerar las opiniones de la población y, al mismo tiempo, integrar criterios epidemiológicos, científicos y sanitarios, la combinación de estos elementos permite establecer intervenciones técnicamente fundamentadas y socialmente pertinentes (Stover, 2024).

10.3.5. Comunicación intercultural y pertinencia de las intervenciones

La comunicación intercultural en enfermería se define como un diálogo interactivo, simétrico, empático y respetuoso entre profesionales de la salud y usuarios pertenecientes a diferentes horizontes culturales, va más allá de la simple transmisión de información; implica la escucha activa, la capacidad de descodificar códigos culturales distintos y el intercambio horizontal de saberes (Todoy, 2022).

Principios para una comunicación intercultural efectiva

1. **Descentramiento y autorreflexión:** Reconocimiento consciente por parte del profesional de sus propios sesgos, prejuicios y valores culturales antes de juzgar las posturas de los usuarios.
2. **Escucha empática y validación del discurso del otro:** Otorgar el mismo valor a los saberes empíricos, espirituales o tradicionales transmitidos por el usuario que a los conceptos científicos expuestos por el profesional.
3. **Negociación y conciliación terapéutica:** Cuando una creencia cultural o práctica tradicional no representa un riesgo para la salud, la enfermera debe respetarla e integrarla al plan de cuidados. Si una práctica resulta riesgosa, se debe negociar pacientemente una alternativa segura mediante el diálogo sin imposiciones autoritarias (Todoy, 2022).

Dimensión de Atención	Enfoque Monocultural Biomédico	Enfoque Intercultural de Enfermería
Relación Profesional-Usuario	Jerárquica, paternalista e impositiva.	Horizontal, dialógica y colaborativa.
Concepción de la Salud Sexual	Centrada en el órgano, la patología y la reducción de riesgo biológico.	Centrada en el bienestar integral, los derechos, la comunidad y la cosmovisión local.
Uso del Lenguaje	Técnico, médico, excluyente o unidireccional.	Accesible, bidireccional, adaptado idiomática y metafóricamente.
Aceptación de Medicinas Tradicionales	Rechazo, descalificación o invisibilización.	Diálogo intersaberes, complementariedad y articulación de recursos.

10.3.6. Respeto a la diversidad y prevención de prácticas discriminatorias

El respeto a la diversidad constituye un principio necesario para garantizar que las intervenciones de promoción de la salud sexual se desarrollen sin exclusión ni trato desigual, las diferencias culturales, lingüísticas, sociales y personales no deben utilizarse como fundamento para limitar el acceso a información, servicios o actividades educativas, los programas deben establecer condiciones que permitan la participación de las personas destinatarias de acuerdo con sus necesidades y características (De Greñu Domingo & Parejo Llanos, 2023).

La prevención de prácticas discriminatorias requiere identificar conductas, expresiones o procedimientos que puedan generar exclusión o trato desigual durante las actividades, los materiales educativos deben evitar estereotipos, representaciones ofensivas o mensajes que atribuyan determinadas características a grupos completos, el lenguaje utilizado por el equipo responsable debe mantener respeto y neutralidad profesional (De Greñu Domingo & Parejo Llanos, 2023).

La diversidad cultural debe reconocerse sin idealizar ni descalificar las prácticas de una comunidad, las intervenciones sanitarias pueden encontrar prácticas o creencias que requieran modificación debido a sus posibles efectos perjudiciales para la salud o porque puedan vulnerar derechos, la actuación profesional debe proporcionar información científica y alternativas seguras, evitando la estigmatización de las personas que mantienen determinadas prácticas (Flamarich-Gol, 2025).

La prevención de la discriminación también requiere que los programas contemplen mecanismos para identificar y atender situaciones de trato desigual durante las actividades, las personas deben disponer de condiciones adecuadas para expresar dificultades, desacuerdos o experiencias de exclusión, la información obtenida puede utilizarse para modificar procedimientos y fortalecer la calidad de las intervenciones (Flamarich-Gol, 2025).

El enfoque intercultural, por tanto, requiere integrar conocimiento científico, respeto por la diversidad, participación comunitaria y comunicación pertinente, su aplicación permite diseñar programas de promoción de la salud sexual que reconozcan las características de las poblaciones destinatarias sin renunciar a los principios de seguridad, derechos, equidad y calidad de la atención (Flamarich-Gol, 2025).

10.4. Uso de TIC y herramientas digitales

Las tecnologías de la información y la comunicación constituyen recursos que pueden ampliar las posibilidades de educación, comunicación y acceso a información relacionada con la salud sexual, su utilización permite desarrollar intervenciones mediante diferentes formatos y canales, como sitios web, aplicaciones, plataformas educativas, redes sociales, mensajería, videoconferencias y servicios de orientación a distancia, estas herramientas pueden facilitar la distribución de contenidos, ampliar el alcance de determinadas intervenciones y favorecer una comunicación más flexible con las poblaciones destinatarias (Cruz Pérez, Pozo Vinueza, Aushay Yupangui, & Arias Parra, 2021).

La incorporación de herramientas digitales requiere que los contenidos sean elaborados con criterios científicos, lenguaje comprensible y finalidad sanitaria claramente definida, la disponibilidad de información en medios digitales no garantiza por sí misma que esta sea correcta, pertinente o segura, por ello, los programas deben considerar la calidad de las fuentes, la actualización de los contenidos, la protección de la información y las características de las personas a quienes se dirigen (Cruz Pérez, Pozo Vinueza, Aushay Yupangui, & Arias Parra, 2021).

Las tecnologías digitales pueden complementar las actividades presenciales y facilitar diferentes formas de participación, su utilización puede ser especialmente útil para distribuir materiales educativos, reforzar contenidos, responder preguntas, orientar sobre servicios y mantener comunicación durante el desarrollo de un programa, sin embargo, las estrategias digitales deben integrarse con otros mecanismos de atención y educación, considerando las limitaciones de acceso, conectividad y competencias digitales de la población (Cruz Pérez, Pozo Vinueza, Aushay Yupangui, & Arias Parra, 2021).

10.4.1. TIC aplicadas a la promoción de la salud sexual

La integración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en los programas de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) constituye una estrategia fundamental para ampliar la cobertura, mejorar el acceso a la información y dinamizar el cuidado de la salud en la comunidad. La aplicación de la salud digital (eSalud) y la salud móvil (mHealth) por parte del personal de enfermería permite construir entornos formativos y de consejería accesibles, superando barreras de distanciamiento geográfico, disponibilidad horaria

o el estigma que tradicionalmente ha rodeado la consulta presencial de aspectos ligados a la sexualidad (Cryan & Cimas, 2023).

Las herramientas digitales aplicadas a la SSR comprenden una variedad de aplicaciones tecnológicas diseñadas para responder a diferentes necesidades del individuo y de la comunidad (Cryan & Cimas, 2023):

- **Aplicaciones móviles de salud (mHealth):** Herramientas desarrolladas para el seguimiento del ciclo menstrual, el registro de la sintomatología sintotérmica, el control de la toma diaria de la anticoncepción oral o la Profilaxis Preexposición (PrEP), y el recordatorio de fechas para el recambio de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), como implantes o dispositivos intrauterinos (Cryan & Cimas, 2023).
- **Sistemas de geolocalización de servicios:** Plataformas virtuales e itinerarios digitales que permiten a los usuarios ubicar de manera rápida y confidencial los puntos de atención del sistema de salud, farmacias habilitadas, unidades de prueba rápida para VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), o centros amigables para adolescentes (Cryan & Cimas, 2023).
- **Agentes conversacionales (Chatbots educativos):** Sistemas automatizados de interacción de texto que brindan respuestas instantáneas las 24 horas del día sobre preguntas frecuentes relativas a la anticoncepción de emergencia, mitos reproductivos, prevención de ITS y rutas de atención ante violencia basada en género (Cryan & Cimas, 2023).
- **Plataformas de gestión de citas y teleorientación:** Portales institucionales que facilitan el agendamiento directo de consejería en SSR, optimizando los tiempos de espera y garantizando el seguimiento sistemático del usuario (Cryan & Cimas, 2023).

El uso de estas tecnologías en la enfermería comunitaria potencia la capacidad de captación precoz de usuarios, fomenta el autocuidado y fortalece la adherencia terapéutica, siempre que su implementación se conciba como un complemento a la atención profesional y no como un sustituto del vínculo terapéutico presencial.

10.4.2. Educación y comunicación digital en salud

La educación y comunicación digital en salud no consiste en la traslación literal de contenidos impresos a formatos electrónicos, sino en el desarrollo de estrategias pedagógicas

interactivas diseñadas específicamente para los entornos virtuales. El profesional de enfermería requiere adoptar metodologías formativas flexibles que garanticen la comprensión, retención y aplicación de los conceptos sobre SSR en la vida cotidiana de las personas (Barreto, Guerrero, Parra, & Laura, 2025).

Las principales metodologías aplicadas a la educación digital en salud sexual incluyen (Barreto, Guerrero, Parra, & Laura, 2025):

1. **Microaprendizaje (*Microlearning*):** Estrategia que fragmenta contenidos complejos en cápsulas formativas breves y enfocadas (de 30 a 90 segundos de duración), permite abordar un único objetivo de aprendizaje por unidad, tal como la demostración analítica de la correcta manipulación del preservativo masculino/femenino, la identificación de los signos de alarma en el embarazo o la explicación del funcionamiento del implante subdérmico (Barreto, Guerrero, Parra, & Laura, 2025).
2. **Gamificación (*Gamification*):** Incorporación de mecánicas y dinámicas propias de los juegos (sistemas de puntuación, niveles, retos y recompensas virtuales) en entornos educativos digitales, facilita la exploración segura de la toma de decisiones relativas al consentimiento, el cálculo del riesgo de contagio de ITS, el uso consecuente de la protección y la desmitificación de creencias erróneas (Barreto, Guerrero, Parra, & Laura, 2025).
3. **Narrativas digitales (*Digital Storytelling*):** Uso de relatos estructurados en formatos multimediales (audio, video o presentaciones interactivas) basados en experiencias comunitarias realistas o anonimizadas, esta metodología promueve la empatía, aborda determinantes emocionales y sociales de la sexualidad, y estimula la reflexión crítica sobre la equidad de género, la erradicación del estigma y el ejercicio autónomo de los derechos sexuales (Barreto, Guerrero, Parra, & Laura, 2025).

El éxito de la comunicación digital depende de la claridad del lenguaje empleado, la precisión científica de las intervenciones y la capacidad de la enfermera para adaptar el mensaje a las características socioculturales de la población objetivo, además, requiere seleccionar contenidos pertinentes, utilizar recursos digitales accesibles y favorecer una interacción respetuosa que facilite la comprensión y participación de las personas, siendo así que la comunicación digital puede contribuir a fortalecer la educación para la salud, promover decisiones informadas y facilitar el acceso a información confiable sobre salud sexual y reproductiva.

10.4.3. Redes sociales y plataformas digitales

Las redes sociales y los canales de mensajería instantánea representan actualmente los medios de comunicación de mayor consumo poblacional, por ello, constituyen un campo prioritario para la abogacía en salud, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de riesgos en la esfera sexual y reproductiva (Zuñiga Oñate, 2024).

El empleo de redes sociales en la gestión comunitaria de enfermería exige una planificación diferenciada según el perfil de la audiencia y la naturaleza del contenido:

Estrategia por canal digital

- **Redes sociales de alto impacto visual (TikTok, Instagram):** Dirigidas principalmente a adolescentes y población joven. Se enfocan en la publicación de contenidos dinámicos, infografías pedagógicas y respuestas directas a interrogantes habituales, el lenguaje debe ser cercano, accesible, riguroso y libre de cualquier sesgo moral o estigmatizante (Zuñiga Oñate, 2024).
- **Servicios de mensajería instantánea (WhatsApp, Telegram):** Adecuados para la comunicación directa, el envío de boletines informativos, la difusión de horarios de atención comunitaria y la creación de listas institucionales de distribución para el recordatorio de controles de salud reproductiva (Zuñiga Oñate, 2024).
- **Portales web y blogs institucionales:** Espacios destinados a la profundización temática, donde se publican artículos explicativos extensos, documentos de consulta descargables, guías de autocuidado y secciones normativas sobre derechos sexuales y reproductivos (Zuñiga Oñate, 2024).

Abordaje de la infodemia en salud sexual

Un aspecto prioritario en la intervención mediante redes sociales es la lucha contra la infodemia, definida como la sobreabundancia de información (correcta o falsa) que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables, el profesional de enfermería debe asumir un rol activo en la curación de contenidos digitales mediante (Olivera Carhuaz, Pulido Capurro, & Acevedo Flores, 2021):

- La identificación y desmentido sistemático de bulos, noticias falsas o fake news sobre efectos adversos inexistentes de los anticonceptivos o falsas curas para las ITS.

- La traducción de la evidencia científica emitida por organismos como la OMS o la OPS a un lenguaje cotidiano, comprensible y contextualizado a la realidad local.
- La promoción activa del pensamiento crítico en la comunidad, guiando a las personas hacia fuentes oficializadas y acreditadas de información en salud (Olivera Carhuaz, Pulido Capurro, & Acevedo Flores, 2021).

10.4.4. Teleorientación y otras modalidades de atención digital

La teleorientación en salud sexual comprende el conjunto de acciones a distancia ejecutadas por profesionales de enfermería a través de tecnologías de la información para informar, asesorar, guiar y acompañar a las personas en la adopción de decisiones conscientes respecto a su salud reproductiva (Baca-Gamarra & León Lescan, 2022).

Es fundamental distinguir las diferentes modalidades de prestación de servicios digitales dentro del ámbito competencial de enfermería (Baca-Gamarra & León Lescan, 2022):

Modalidad Digital	Definición Operativa	Alcance en Enfermería
Teleorientación	Provisión de consejería, información educativa y orientación metodológica a distancia.	Asesoría en la selección de métodos anticonceptivos, resolución de dudas sobre su uso correctivo, educación pre y post prueba de VIH/ITS, y guía sobre la red de protección en violencia de género.
Telemonitoreo	Seguimiento continuo y estructurado a distancia de parámetros o adherencia.	Evaluación del cumplimiento del esquema terapéutico de ITS, seguimiento de síntomas post-colocación de DIU/implante y verificación del uso de la PrEP.
Teleconsulta	Acto clínico de valoración, diagnóstico y prescripción médica a distancia.	Colaboración en el agendamiento, triaje digital previo y derivación oportuna según los hallazgos

identificados en la interacción inicial.

Aspectos bioéticos y salvaguardas administrativas en teleorientación

Para asegurar un ejercicio profesional legal y ético durante la atención remota, la enfermera comunitaria debe aplicar las siguientes salvaguardas (Rosero-Villarreal & Sánchez del Hierro, 2024):

- **Obtención del consentimiento informado digital:** Explicación transparente de la naturaleza de la teleorientación, declarando de forma explícita sus alcances y limitaciones (aclarando que no sustituye un examen físico ni la atención de una emergencia obstétrica o ginecológica) (Rosero-Villarreal & Sánchez del Hierro, 2024).
- **Garantía de confidencialidad y seguridad de datos:** Utilización exclusiva de plataformas informáticas institucionales que dispongan de cifrado de información de extremo a extremo, dando cumplimiento a la legislación nacional sobre protección de datos personales en salud (Rosero-Villarreal & Sánchez del Hierro, 2024).
- **Resguardo de la privacidad del entorno:** Recomendación activa a la persona orientada para que se sitúe en un ambiente físico resguardado de interferencias de terceros, garantizando la libre manifestación de sus dudas o necesidades sin poner en riesgo su intimidad (Rosero-Villarreal & Sánchez del Hierro, 2024).
- **Criterios claros de derivación presencial:** Identificación inmediata de signos de alarma (dolor pélvico agudo, sangrado genital anormal, sospecha de infección pélvica grave o situaciones de violencia activa) que requieran la interrupción de la atención remota y el direccionamiento inmediato hacia una unidad de salud presencial (Rosero-Villarreal & Sánchez del Hierro, 2024).

10.4.5. Alfabetización digital y acceso equitativo a la información

La digitalización de las intervenciones de promoción de la salud enfrenta el reto ético de la brecha digital, la cual puede acentuar las desigualdades sociales si no se implementan mecanismos de compensación e inclusión en la comunidad, la alfabetización digital constituye un componente fundamental para que las personas puedan acceder, comprender, valorar y

utilizar de manera adecuada la información disponible en medios digitales (Western, Smit, & Gültzow, 2025).

La inequidad en el acceso a las TIC se manifiesta en dos dimensiones principales:

- **Brecha de Infraestructura y Acceso:** Limitación en la disponibilidad de dispositivos tecnológicos, baja cobertura de redes de telecomunicación o imposibilidad económica para sostener planes de conectividad a internet, situación frecuente en áreas rurales dispersas y barrios periféricos (Western, Smit, & Gültzow, 2025).
- **Brecha de Competencia (Alfabetización Digital en Salud):** Incapacidad o dificultad para buscar, analizar, comprender y aplicar la información de salud obtenida de fuentes virtuales. Esta brecha afecta a poblaciones con escolaridad limitada, personas adultas mayores, comunidades indígenas con barreras lingüísticas y migrantes (Western, Smit, & Gültzow, 2025).

Estrategias para mitigar la inequidad digital en enfermería comunitaria

Para evitar que la tecnología actúe como un factor de exclusión, la gestión comunitaria de enfermería debe basarse en principios operativos orientados a garantizar un acceso equitativo a la información y a los recursos digitales, estas estrategias deben considerar las condiciones de conectividad, las competencias digitales y las características socioculturales de la población, promoviendo alternativas que permitan mantener la participación de quienes presentan mayores limitaciones de acceso, por tanto, debe basarse en los siguientes principios operativos (Roman-Huera, Guadalupe-Verónica, & Vinueza-Martínez, 2024):

- **Adopción de modelos híbridos (Omnicanalidad):** Mantener de forma simultánea los canales tradicionales presenciales (visitas domiciliarias, talleres comunitarios, material impreso) junto a las alternativas virtuales, garantizando que ninguna persona quede excluida por falta de conectividad (Roman-Huera, Guadalupe-Verónica, & Vinueza-Martínez, 2024).
- **Diseño de recursos de bajo consumo de datos:** Crear contenidos digitales optimizados, de bajo peso tecnológico y descargables para su consulta fuera de línea (offline), facilitando su distribución en zonas con conectividad inestable (Roman-Huera, Guadalupe-Verónica, & Vinueza-Martínez, 2024).

- **Formación de mediadores digitales comunitarios:** Capacitar a líderes de la comunidad, agentes comunitarios de salud y jóvenes para que actúen como facilitadores tecnológicos dentro de sus familias y sectores, apoyando a quienes poseen menor alfabetización digital (Roman-Huera, Guadalupe-Verónica, & Vinueza-Martínez, 2024).
- **Accesibilidad universal:** Elaborar recursos adaptados para personas con discapacidad visual o auditiva (incorporación de audio, transcripciones de texto, contraste elevado) y traducción de los contenidos clave a las lenguas originarias presentes en el territorio de atención (Roman-Huera, Guadalupe-Verónica, & Vinueza-Martínez, 2024).

10.5. Rol del profesional de enfermería en campañas de salud pública

El profesional de enfermería desempeña un rol esencial y transformador en el ámbito de la salud pública, al configurarse como el principal articulador entre las políticas sanitarias institucionales y las realidades operativas de la comunidad, en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), este rol trasciende la ejecución de procedimientos asistenciales para abarcar la planificación estratégica, la gestión de recursos comunitarios y la dinamización de procesos educativos participativos, a través del diseño y liderazgo de campañas de salud pública, la enfermería fomenta el autocuidado, promueve el ejercicio autónomo e informado de los derechos sexuales y reproductivos, y contribuye de manera directa a la reducción de la morbilidad por causas evitables en los territorios de atención.

10.5.1. Enfermería en la planificación de campañas de promoción y prevención

La planificación de campañas de salud pública por parte del profesional de enfermería constituye el primer paso crítico para asegurar que las intervenciones comunitarias no respondan a acciones aisladas o improvisadas, sino a procesos estructurados que garanticen impacto epidemiológico y sostenibilidad, este proceso metodológico comienza con la construcción de un diagnóstico situacional integral del territorio, para ello, el profesional analiza la dinámica demográfica, las tasas de morbilidad local referentes a ITS, la cobertura del tamizaje para cáncer cervicouterino y mamario, la prevalencia de embarazos en la adolescencia y los perfiles de vulnerabilidad social. Este análisis se complementa con el mapeo de los determinantes sociales de la salud y la identificación de las barreras culturales, geográficas, lingüísticas y administrativas que impiden a la población acceder oportunamente a las unidades asistenciales (Samper Amargós & González Viana, 2024).

Una vez consolidado el diagnóstico territorial, la enfermera o enfermero lidera la formulación de objetivos e indicadores de gestión sanitaria, estos indicadores deben articularse directamente con las metas de los planes nacionales de salud y los compromisos de organismos internacionales. En esta fase se definen métricas de proceso, cobertura e impacto que permitan evaluar, por ejemplo, el porcentaje de población priorizada captada, el incremento en la adherencia a métodos anticonceptivos o la efectividad en el seguimiento de casos de ITS (Samper Amargós & González Viana, 2024).

Finalmente, la planificación requiere una rigurosa estimación logística e instrumental, el profesional de enfermería gestiona la asignación y distribución de los insumos necesarios (como reactivos para pruebas rápidas, espéculos descartables, folletería educativa y variedad de métodos anticonceptivos de barrera, hormonales o de larga duración), además de programar los cronogramas de intervención y organizar el talento humano de apoyo para garantizar que las brigadas extramurales operen con los más altos estándares de calidad y bioseguridad (Samper Amargós & González Viana, 2024).

10.5.2. Educación y movilización comunitaria

La educación para la salud y la movilización social constituyen los pilares pedagógicos de la intervención comunitaria de enfermería, el profesional aplica modelos de educación popular y metodologías participativas que superan la tradicional instrucción unidireccional o paternalista, a través de talleres dialógicos, espacios de reflexión crítica y metodologías vivenciales, se fomenta un ambiente de aprendizaje en el que los miembros de la comunidad analizan sus propios saberes, deconstruyen roles rígidos de género, desmitifican falsas creencias asociadas al uso de anticonceptivos o la vivencia de la sexualidad, y adoptan herramientas operativas para la toma de decisiones conscientes y seguras (Cotonieto-Martínez & Rodríguez-Terán, 2021).

La movilización comunitaria se apoya estratégicamente en la concertación y capacitación de actores clave dentro de la misma comunidad, el profesional de enfermería identifica y forma a promotores comunitarios de salud, parteras tradicionales, docentes, líderes juveniles y referentes vecinales, transformándolos en agentes multiplicadores de la información sanitaria, este trabajo en red facilita la desmitificación del estigma que históricamente ha rodeado a las consultas sobre salud sexual (Cotonieto-Martínez & Rodríguez-Terán, 2021).

Adicionalmente, la enfermera o enfermero organiza ferias de la salud, jornadas extramurales en plazas públicas, espacios recreativos y centros comunitarios, en estos eventos se combinan actividades artísticas e informativas con la oferta clínica directa, creando un entorno amigable que fomenta la participación libre de prejuicios y promueve la búsqueda activa de servicios de salud por parte de la población (Cotonieto-Martínez & Rodríguez-Terán, 2021).

10.5.3. Detección de necesidades y captación de población

Una de las competencias más complejas y distintivas de la enfermería comunitaria radica en la proactividad para identificar necesidades de salud ocultas o desatendidas y organizar la búsqueda activa de grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad o con baja adscripción a los servicios de salud, la visita domiciliaria programada representa una de las herramientas institucionales más potentes para este propósito. Durante el abordaje en el hogar, la enfermera evalúa de forma holística la dinámica familiar, identifica usuarias con discontinuidad en sus métodos anticonceptivos, detecta mujeres en periodo postnatal que no han acudido a sus controles y brinda asesoría directa sobre planificación familiar en el contexto real de la persona (Caro Delgado, 2025).

De manera paralela, la enfermería establece puntos estratégicos de captación extramural e itinerante en lugares con alta densidad y flujo poblacional, como mercados, estaciones de transporte o espacios comunales, en estos puntos se ofrece de forma confidencial asesoría pre y post prueba, junto con la aplicación de pruebas de diagnóstico rápido para VIH, sífilis y otras Infecciones de Transmisión Sexual (Caro Delgado, 2025).

Asimismo, la intervención directa en unidades educativas y centros juveniles facilita la detección oportuna de adolescentes expuestos a situaciones de riesgo, como deserción escolar, violencia intrafamiliar o falta de acceso a información científica sobre sexualidad, al intervenir a tiempo en estos entornos, el profesional no solo previene desenlaces de salud adversos, sino que canaliza de manera ágil a los usuarios hacia los servicios amigables del sistema de salud pública (Caro Delgado, 2025).

10.5.4. Coordinación interprofesional e intersectorial

Las problemáticas asociadas a la salud sexual y reproductiva son complejas y multifactoriales, por lo que no pueden resolverse de manera aislada desde el sector salud, el

profesional de enfermería actúa como un conector entre los equipos sanitarios y los diferentes actores sociales e institucionales del territorio (Fadragas Fernández, 2023).

Mapeo de la articulación intersectorial e interprofesional

Ámbito de Articulación	Actores Involucrados	Acciones y Competencias de Enfermería
Interprofesional (Equipo de Salud)	Medicina familiar, obstetricia, psicología, trabajo social, laboratorio clínico.	Liderar la gestión de casos complejos, unificar criterios de atención, coordinar interconsultas y asegurar la continuidad en el flujo de atención del usuario.
Sector Educativo	Unidades educativas, directivos, docentes, departamentos de consejería estudiantil.	Implementación de programas integrales de educación de la sexualidad, formación de pares y derivación confidencial de casos de riesgo.
Sector Protección y Justicia	Comisarías de la mujer, fiscalías, juntas de protección de derechos, defensoría pública.	Activación inmediata de las redes de apoyo y protocolos de atención integral ante situaciones de violencia sexual o intrafamiliar.
Organizaciones Comunitarias	Gobiernos locales, ONGs, colectivos de mujeres, asociaciones de jóvenes, redes comunitarias.	Coprogramación de actividades de promoción, consecución de recursos logísticos locales y sostenibilidad de las acciones en el territorio.

10.5.5. Seguimiento de la participación y continuidad de las actividades comunitarias

El éxito a largo plazo de las campañas de salud pública emprendidas por la enfermería radica en su capacidad para garantizar el monitoreo y seguimiento longitudinal de la población captada, evitando que las intervenciones se limiten a eventos puntuales, con este objetivo, el profesional diseña y administra sistemas de registro confidenciales que permiten llevar un control estricto del cumplimiento de los esquemas terapéuticos, los controles periódicos de usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración (DIU e implantes subdérmicos), el seguimiento de casos reactivos en pruebas de ITS y el cumplimiento del esquema de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) (Canul, Morales, & Cob, 2024).

El análisis periódico de los indicadores epidemiológicos y de cobertura permite al equipo de enfermería evaluar el nivel de participación comunitaria, identificar las causas asociadas a la inasistencia, discontinuidad o abandono de las intervenciones y reconocer las barreras que limitan el acceso y la vinculación con los servicios de salud, a partir de esta información, es posible ajustar las estrategias de abordaje extramural y fortalecer las acciones dirigidas a las zonas o grupos poblacionales que presentan menor cobertura, participación o respuesta a las intervenciones implementadas. (Canul, Morales, & Cob, 2024).

Adicionalmente, la enfermera impulsa y sostiene la conformación de Comités Locales de Salud, estos comités funcionan como espacios de participación ciudadana permanente donde se presentan los avances de los programas preventivos, se evalúa la satisfacción del usuario respecto a la calidad de la atención recibida y se toman decisiones conjuntas con los líderes comunitarios para la planificación de futuras jornadas sanitarias (Canul, Morales, & Cob, 2024).

10.5.6. Liderazgo de enfermería en promoción de la salud sexual

El liderazgo de enfermería en promoción de la salud sexual comprende la capacidad profesional para organizar, coordinar y orientar acciones destinadas a mejorar los conocimientos, capacidades y condiciones relacionadas con el cuidado de la salud, el liderazgo no se limita a ocupar una posición administrativa, sino que también se expresa en la capacidad para tomar decisiones profesionales, coordinar equipos, facilitar la participación comunitaria y promover intervenciones sustentadas en evidencia (Osorio-Castaño, 2023).

El profesional de enfermería puede ejercer funciones de liderazgo en la identificación de necesidades, planificación de campañas, organización de actividades educativas, coordinación de recursos y evaluación de resultados, también puede contribuir a establecer prioridades y promover estrategias que faciliten el acceso de la población a información y servicios relacionados con salud sexual y reproductiva (Osorio-Castaño, 2023).

El liderazgo requiere capacidad para establecer comunicación efectiva con profesionales, instituciones, organizaciones comunitarias y población destinataria, la coordinación debe orientarse hacia objetivos compartidos y mantener claridad respecto de las responsabilidades de cada participante, la capacidad de escuchar las necesidades de la población y traducirlas en acciones organizadas constituye un elemento importante para la gestión de intervenciones comunitarias (Osorio-Castaño, 2023).

La responsabilidad del liderazgo incluye promover intervenciones basadas en evidencia, respetuosas de los derechos y orientadas a la equidad, las decisiones relacionadas con contenidos, estrategias y recursos deben sustentarse en las necesidades identificadas y en criterios profesionales, el liderazgo también implica favorecer la evaluación de las acciones y utilizar los resultados para mejorar las campañas posteriores (Osorio-Castaño, 2023).

La participación de enfermería en las campañas de salud pública integra educación, organización, coordinación, participación comunitaria y seguimiento, estas funciones permiten vincular las necesidades de la población con las acciones de promoción y prevención, fortaleciendo la continuidad de las intervenciones y contribuyendo al desarrollo de programas de salud sexual planificados, evaluables y orientados a las necesidades de las comunidades (Osorio-Castaño, 2023).

Referencias Bibliográficas

(2025). Recuperado el Septiembre de 2026, de Infecciones de transmisión sexual (ITS): https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

Alarcón San Migue, P., Ochoa Loayza, H., & Trujillo Loja, V. (Junio de 2026). Barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y su asociación con el embarazo adolescente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, *86*(2).

Alber, M., Shanthi, E., Grace, A., Pricilla, S., & Sushmitha, G. (Noviembre de 2024). Comprender la educación sexual integral: una revisión narrativa mundial. *Cureus, 16*(11).

Álvarez de la Cruz, C. (Junio de 2022). Comunicación y sexualidad. *Enfermería Global, 32*(19).

Álvarez-Cruz, C. (Junio de 2022). Comunicación y sexualidad. *Enfermería Global, 32*(19).

Álvarez-Martínez, B., & Díaz-Varela, J. (Febrero de 2026). La comunicación verbal y no verbal en atención sanitaria. *Revista Ocronos, 9*(2).

Álvarez-Reyes, A., & Aveiga-Macay, V. (Octubre de 2023). Abordaje de la educación sexual integral en los Departamentos de Consejería Estudiantil del Distrito de Educación Chone-Flavio Alfaro. *Revista Andina de Educación, 6*(2).

Arando-Lasagabaster, M., & Otero-Guerra, L. (Julio de 2021). Sífilis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 37*(6).

Araya-Calvo, P., Chacón-Día, S., & Palzano-Venega, G. (Septiembre de 2021). Implante subdérmico, revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos, 5*(4).

Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Recuperado el Agosto de 2026, de Constitución de la República del Ecuador: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2012). Recuperado el Agosto de 2026, de Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial, Suplemento No. 423: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_ley-org%C3%A1nica-salud.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2012). Ley Orgánica de Discapacidades. Registro Oficial, Suplemento No. 796.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2017). Ley Orgánica de Movilidad Humana. Registro Oficial, Suplemento No. 938.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2018). Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Registro Oficial, Suplemento No. 175.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2018). Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Suplemento del Registro Oficial No. 175.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2021). Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Registro Oficial, Quinto Suplemento No. 459.

Asociación Americana de Psicología. (2021). Orientación sexual y diversidad de género.

Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2021). Recuperado el Agosto de 2026, de Declaración de los derechos sexuales: https://www.worldsexualhealth.net/was-declaration-on-sexual-rights

Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2024). La salud sexual es inescindible de los Derechos Humanos fundamentados en la dignidad intrínseca de cada individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) establecen que, para asegurar el nivel más alto.

Ávila Huerta, A. (Mayo de 2023). La dimensión sexual de la identidad: entre ser, nombrar y actuar. *Cultura y representaciones sociales, 17*(33).

Baca-Gamarra, A., & León Lescan, N. F. (Noviembre de 2022). TeleNanu, un chatbot para la teleorientación a los adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, 33*(1).

Badr, M. (Junio de 2025). Hacia una nueva clasificación de los métodos anticonceptivos para un mejor desarrollo sostenible. Un enfoque bioético global. *Revista Medicina y Ética , 36*(2).

Bahamondes, L., Bahamondes, V., & Juliato, C. (Junio de 2025). Implantes Anticonceptivos Subdérmicos. *Mejores Prácticas e Investigación en Obstetricia y Ginecología Clínica, 100*(22).

Baides Noriega, R. (Julio de 2023). Violencia de Género: papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. *Enfermería Global, 17*(51).

Bajares-Lilue, M., & Pizzi-Veglia, R. (Enero de 2024). Aspectos farmacológicos de la anticoncepción hormonal. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 84*(1).

Barrera Montppellier, A. (Enero de 2025). Discriminación y violencia laboral contra mujeres estudiantes universitarias. *Revista de Estudios de Género, 7*(1).

Barreto, Y., Guerrero, C., Parra, P., & Laura, R. (Enero de 2025). Uso de herramientas digitales en educación para la salud en poblaciones vulnerables: Revisión de alcance. *Revista Salud Uninorte, 41*(1).

Beatty, M., & Blumenthal, P. (Agosto de 2022). Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel: seguridad, eficacia y aceptabilidad por parte de las pacientes. *Revista Terapéutica y Gestión del Riesgo Clínico, 5*(12).

Beltrán-Salazar, O. (Enero de 2021). Dilemas éticos en el cuidado enfermero. *Index de Enfermería, 20*(1).

Benavides Zúñiga, A. (Octubre de 2023). Bioética en sexualidad y reproducción humana. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 63*(4).

Berrojo-Pérez, S., Contreras-Guisella, K., Alasanz-Abós, A., Artigas-Lores, J., González-Juárez, C., & Mendes-Fernandes. (Julio de 2024). Anatomía del aparato genital femenino. *Revista OCRONOS, 7*(3).

Bertranou, J. (Septiembre de 2023). El seguimiento y la evaluación de políticas públicas Modelos disponibles para producir conocimiento y mejorar el desempeño de las intervenciones públicas. *Revista Digital de Ciencias Sociales, 1*(10).

Binting, L., Xiaotong, X., Keyi, X., & Jing, N. Z. (Mayo de 2025). Eficacia y seguridad comparativas de diferentes progestágenos en anticonceptivos orales combinados: una revisión sistemática y un metaanálisis en red de ensayos controlados aleatorizados. *Archivos de Ginecología y Obstetricia, 312*(2).

Black, K., Vromman, M., & French, R. (Febrero de 2025). Mitos y conceptos erróneos comunes sobre la anticoncepción hormonal. *Mejores prácticas e investigación en obstetricia y ginecología clínica., 98*(60).

Bogino, M., & Fernández, P. (Diciembre de 2021). Autonomía reproductiva frente a la biopolítica de la maternidad. *Revista de Antropología Social, 32*(1).

Brenes, T., Zapata, G., & Castro, M. (Enero de 2026). Educación sexual y toma de decisiones en adolescentes: conocimientos, uso del preservativo y prevención de infecciones de transmisión sexual. Revisión sistemática. *Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud, 11*(4).

Briozzo, L. (Enero de 2025). Secreto profesional y confidencialidad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 55*(4).

Burgos, M., & Paravic, T. (Diciembre de 2023). Percepción de violencia de los pacientes Hospitalizados en los servicios de medicinay cirugía de un hospital publico. *Ciencia y enfermería, 9*(2).

Caiza Ceracapa, H., Zapata Cunachi, C., & Añazco Lalama, A. (Enero de 2026). Influencia del acompañamiento de enfermería en la estabilidad emocional durante procesos de duelo: revisión sistemática. *Reincisol., 5*(2).

Calle-Morillo, A., Proaño-Reyes, G., & Castro-Sánchez, F. (Diciembre de 2025). Consentimiento informado y afectación al principio de confidencialidad. *Noesis, 7*(2).

Calvo González, G., & Camacho Bejarano, R. (Enero de 2024). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global, 13*(33).

Camacho López, S., Chávez Martínez, L., Martínez Campos, J., & Padrón, A. (Julio de 2022). Sexología basada en evidencia: la respuesta sexual humana y sus disfunciones. *Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan, 10*(20).

Canul, D., Morales, M., & Cob, S. (2024). *Promoción de la salud: experiencias de investigación y participación comunitaria* (1a. edición ed.). (A. Guerrero Tinoco, Ed.) Mexico: Cromberger Editores.

Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (Junio de 2026). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta bioethica, 18*(1).

Cárdenas-Barrezueta, G., & Villaprado-Álava, W. (Mayo de 2022). Actividades educativas para favorecer la educación sexual de los estudiantes del bachillerato. *Polo del Conocimiento, 7*(5).

Carmen Naranjo, J., & Santamaría Naranjo, A. (Mayo de 2023). Visión Bioética de la Violencia de Genero en el Ecuador. *Revista Científica Multidisciplinar Ciencia Latina, 5*(6).

Caro Delgado, M. (Abril de 2025). La enfermería y la salud comunitaria: Retos y perspectivas. *Revista Social Fronteriza, 5*(3).

Castellanos Martillo, E., & Menéndez Jurado, B. (Enero de 2025). Factores de riesgo en emergencias obstétricas y el impacto en reducción de mortalidad materna en Ecuador. *Aula Virtual, 19*(1).

Castillo Nuñez, J., Cevallos Neira, A., Arpi Becerra, N., & López Alvarado, S. (Septiembre de 2024). Experiencias de madres y padres adolescentes sobre educación sexual en colegios ecuatorianos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 22*(1).

Ceñal González, F. (2024). *Patrones normales de crecimiento y desarrollo físico. La Pubertad* (Segunda ed.). Madrid: Editorial Ergon.

Chenche García, F., Llaguno Bajaña, B., Contreras Cruz, J., & Rivera Silva, L. (Abril de 2023). Relaciones interpersonales en la convivencia personal. *Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, 7*(1).

Chocho-Fernández, G., & Ortiz-Coronel, E. (Febrero de 2026). Educación Sexual en la Adolescencia con Personas de Discapacidad Intelectual. *Ciencia y Educación, 7*(2).

Clavijo Morales, A., & Tobar Viera, A. (Julio de 2026). Autoconcepto y Satisfacción Sexual en Adultos Jóvenes. *Revista Científica Retos De La Ciencia, 10*(22).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Santiago.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales yCulturales).

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general núm. 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Congreso Nacional del Ecuador. (2003). Código de la Niñez y Adolescencia. Registro Oficial No. 737.

Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). Recuperado el Agosto de 2026, de El Código Internacional de Ética para Enfermeras: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf

Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. (Diciembre de 2021). Posicionamiento Sobre los Mecanismos de Acción de la Anticoncepción de Emergencia. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 70*(4).

Contreras, F., & Beltrán, A. (Junio de 2022). Impacto económico de la violencia de pareja. *Estudios Gerenciales, 38*(163).

Cook, L., Nanda, K., Grimes, D., & Lopez, L. (Enero de 2021). Diafragma versus diafragma con espermicidas para la anticoncepción. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, 2003*(1).

Cordero Campo, C., & Perea Cuestay, Y. (Febrero de 2025). La Educación Sexual Integral en la Adolescencia: Un Análisis de su Impacto y Eficacia en la Formación de Jóvenes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9*(1).

Cordova-Solís, J. (Enero de 2024). Sexualidad Integral: Introducción a la sexualidad humana. *Revista sin contraseñas, 9*(7).

Cornelius, M., & Day, N. (Enero de 2021). Los efectos del consumo de tabaco durante y después del embarazo. *Salud, 24*(4).

Cotonieto-Martínez, E., & Rodríguez-Terán, R. (Febrero de 2021). Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Revista de resultados negativos y no positivos, 6*(2).

Cruz Almague, A., Medina González, I., & Ávila Sánchez, M. (Mayo de 2026). Relaciones entre la gestión del riesgo y el proceso de atención de enfermería para su integración práctica. *Revista Cubana de Enfermería, 5*(6).

Cruz Montoya, M., & Villanueva Sáenz, S. (Mayo de 2025). Consentimiento informado: su aplicación en la práctica clínica. *Revista de la Facultad de Medicina, 68*(3).

Cruz Pérez, M., Pozo Vinueza, M., Aushay Yupangui, H., & Arias Parra, A. (Septiembre de 2021). Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) como forma investigativa interdisciplinaria con un enfoque intercultural . *E-Ciencias de la Información, 9*(9).

Cryan, G., & Cimas, M. (Diciembre de 2023). Acceso a información vinculada a sexualidad a través del ámbito educativo y las TIC. *Ciencia, docencia y tecnología, 57*(1).

Cueto Calderón, C. (Febrero de 2024). Reconocimiento de las rutas de atención en víctimas de violencia intrafamiliar declaradas por la Comisaría de Familia de la comuna 7 de Cúcuta durante el 2022-2. *Revista Academia & Derecho, 15*(24).

Cunha-Oliveira, A., Gómez-Cantarino, S., Marques-Santos, D., Pinto-Oliveira, B., Marinho, B., Dias-Ribeiro, C., & al, e. (Agosto de 2025). Uso de tecnologías digitales para promover la salud sexual en adultos jóvenes: una revisión narrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem, 78*(1).

Cunningham, G., Kenneth, L., Dashe, J., & Hoffman, B. (2022). *Williams Obstetricia* (26.ª ed ed.). México: McGraw-Hill.

Dähne, T., Lena, J., Gosert, R., Fuchs, J., Krumbholz, A., Nägele, K., & al, e. (Septiembre de 2025). Virus del herpes simple y resistencia a los fármacos: actualización exhaustiva sobre las mutaciones de resistencia y sus implicaciones para el manejo clínico: una revisión narrativa. *Microbiología Clínica e Infección, 31*(9).

De Greñu Domingo, S. D., & Parejo Llanos, J. L. (Septiembre de 2023). La promoción de la igualdad y el respeto de la diversidad afectivo-sexual: bases de un programa de orientación y tutoría para educación secundaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 24*(3).

De la Maza, L. (Abril de 2021). Reconocimiento e identidad de género. *Revista Veritas, 20*(48).

Díaz Monsalve, L. (Noviembre de 2025). Cuidando la sexualidad desde lo comunicacional: teoría fundamentada constructivista. *Avances en Enfermería, 41*(1).

Dides Castillo, C., & Pérez Moscoso, M. (Febrero de 2022). Investigaciones en salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas en chile y la ausencia de pertinencia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 13*(2).

Díez, M., & Díaz, A. (Junio de 2022). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 13*(2).

Drew, O., & Patel, R. (Agosto de 2023). VIH: diagnóstico precoz: clave para mejorar el pronóstico y reducir la transmisión. *Medicina Clínica, 11*(4).

Duane, M., Stanford, J., Porucznik, C., & Vigil, P. (2022 de Mayo). Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad para la salud de la mujer y la planificación familiar. *Fronteras en Medicina, 9*(12).

Elizalde Ordoñez, H., Almachi Camacho, D., & Chela Yepez, G. (Febrero de 2025). Conflictos y discriminación en el campo de la enfermería: una aproximación sistemática. *Revista InveCom, 5*(2).

Encalada Campos, G., Cabrera Prendes, A., & Guaman Fajardo, A. (2026). Cuidados de enfermería en la atención integral de la mujer durante el embarazo y el puerperio: estrategias para la prevención de complicaciones materno neonatales. *Edición Regular: Investigaciones Interdisciplinarias, 3*(1).

Espinoza Vásquez, L., & España Arana, L. (Enero de 2025). Objeción de conciencia en profesional de la salud: límites éticos y repercusión en la atención primaria del paciente: revisión sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9*(1).

Espinoza, C., & Menoret, B. (Junio de 2024). Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta, 27*(128).

Estrada-Zapata, K. (Octubre de 2021). Pensamiento crítico: concepto y su importancia en la educación en Enfermería. *Index de Enfermería, 28*(4).

Evans, A., Kogan, S., Koss, K., & House, E. (Junio de 2026). Vínculos entre el desarrollo hormonal y puberal y el riesgo de síntomas afectivos en adolescentes femeninas. *Psychoneuroendocrinology, 188*(42).

Fadragas Fernández, A. (Junio de 2023). La atención a la salud sexual y reproductiva por el especialista en medicina general integral en la comunidad. *Revista Científica de Salud UNITEPC, 10*(1).

Federación de Enfermeras de la República del Ecuador. (2019). Código de ética de enfermería.

Feltri, A., Justo, L., & Maglio, F. (Septiembre de 2023). Salud Reproductiva e Interculturalidad. *Salud colectiva, 2*(3).

Fernandes, C. (Junio de 2023). La importancia de la educación sexual en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos, 6*(6).

Flagio, M., & Stand, J. (Agosto de 2025). Adaptación cultural de las intervenciones en entornos de práctica reales. *Práctica de trabajo social residencial, 25*(4).

Flamarich-Gol, C. (Marzo de 2025). Atención a la diversidad cultural: perspectivas sobre la competencia cultural de las y los profesionales sanitarios. *Comunidad, 8*(9).

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2018). Recuperado el Agosto de 2026, de Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *Los derechos reproductivos son derechos humanos.* (I. Torres, D. Nuñez, & A. Facio, Edits.) Costa Rica: Editorama S.A. Recuperado el Agosto de 2026, de Estado de la Población Mundial 2021: “Mi cuerpo me pertenece: reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación”.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). Mi cuerpo me pertenece. El derecho a la autonomía y a la autodeterminación.

Fonseca Tumbaco, R., Palacios Távara, M., Gómez Ramos, S., & Vera Pesantes, I. (Diciembre de 2025). Influencia de las redes sociales en la actividad sexual de los adolescentes. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación, 9*(60).

Fuentes-Aguila, M., & Muñoz-Alfonso, Y. (Septiembre de 2024). Violencia digital contra la mujer e inteligencia artificial. Entornos legales cubano y ecuatoriano. *Revista metropolitana de ciencias aplicadas, 8*(1).

Galeano, I. (Enero de 2022). Agresiones sufridas y factores determinantes de la violencia física y no física hacia el personal de enfermería por pacientes y acompañantes. *Salud ciencia, 2*(1).

Galiano, J., & Hernández-Martínez, A. (2022). *Manual para la enseñanza práctica de la salud sexual y reproductiva* (Segunda ed.). (Elsevier, Ed.) Barcelona: Gea Consultoría Editorial.

Gallo, M., Grimes, D., López, L., Schulz, K., & Arcangues, C. (Octubre de 2021). Anticonceptivos inyectables combinados para la anticoncepción. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, 2008*(4).

Garcia de Lima, C. (Enero de 2023). La salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio:. *Revista Brasileña de Enfermería, 72*(3).

García González, S., Duarte González, L., & Mejías Paneque, M. (Marzo de 2022). Evaluación de un programa de educación sexual. *Enfermería Global, 11*(28).

García Sánchez, E., & Cardozo Brum, M. (Marzo de 2025). Evaluación de impacto: más allá de la experimentación. *Política y cultura, 25*(12).

García-Ruiz, A., Pablo-Gormaz, P., Marro-Hernández, D., Ezpeleta-Esteban, L., Bellostas-Muñoz, P., & Coll-Ercilla, M. (Mayo de 2022). Actuación enfermera en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación , 3*(5).

Gasch Gallén, À., Rodríguez Arenas, Á., & Tomás Aznar, C. (Diciembre de 2023). Inclusión de la orientación afectivo-sexual y de las identidades de género como determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria, 32*(4).

Genazzani, A., Fidecicchi, T., Arduini, D., Giannini, A., & Simoncini, T. (Agosto de 2023). Anticonceptivos hormonales y naturales: una revisión sobre la eficacia y los riesgos de los diferentes métodos para una elección informada. *Endocrinología Ginecológica, 39*(1).

Godoy, D., González, S., & Rivero, J. (Junio de 2023). Componentes de formación para la atención en salud de personas sexo-género diversas. *Comunidad y Salud, 11*(1).

Gómez Acosta, C. (Junio de 2024). Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. *Revista Iberoamericana de Psicología, 7*(1).

González Blanco, M. (Febrero de 2024). Consenso Anticoncepción Hormonal. Actualización 2023. Capítulo 1 Métodos: sistema de búsqueda, niveles de evidencia, grado de recomendación. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 84*(1).

González Blanco, M. (Marzo de 2024). Reflexiones sobre violencia obstétrica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 84*(1). Obtenido de Reflexiones sobre violencia obstétrica.

González, M. (Diciembre de 2023). Salud Sexual y Reproductiva. Hacia una Hermenéutica de la Sospecha. . *Comunidad y Salud, 6*(2).

Gown, M. (Septiembre de 2021). Responsabilidades éticas y sociales relativas a los derechos sexuales y reproductivos . *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 70*(3).

Gracia Hincapié, L., & Ortiz Rodriguez, C. (Julio de 2021). Violencia basada de en género:. *Revista Misión Jurídica, 14*(21).

Grant, J., Jones, J., & Candrian, C. (Julio de 2025). El papel de la comunicación en enfermería: una síntesis interpretativa crítica. *Revista Internacional de Estudios de Enfermería, 9*(10).

Grassi Bonamigo, V., Gomes Torres, F., & Gessner Lourenço, R. (Julio de 2022). Violencia física, sexual y psicológica según el análisis conceptual evolutivo de Rodgers. *Cogitare Enferm., 27*(86).

Gruber, E., & Grube, J. (Marzo de 2020). La sexualidad adolescente y los medios de comunicación. *Informes actuales sobre salud sexual, 172*(3).

Gueye, A., Speizer, I., Coroon, M., & Okigbo, C. (Diciembre de 2021). Creencia en mitos sobre planificación familiar a nivel individual y comunitario y uso de anticonceptivos modernos . *Perspectivas Internacionales sobre Salud Sexual y Reproductiva, 41*(4).

Güiz-Mateo, J., Fleta-Guerrero, P., Lopez-Milia, A., Sierra-Aparicio, A., Val-Ubieto, A., & Larrode-Berni, D. (Julio de 2024). Métodos anticonceptivos. Ventajas y desventajas. *Revista Ocronos, 7*(7).

Gutiérrez-Crespo, H., Huaman-Carhuas, L., Cehua-Alvarez, E., Matzumura-Kasano, J., & Valdeiglesias-Ochoa, D. (Agosto de 2023). Adherencia y barreras en el uso de anticonceptivos en mujeres adultas jóvenes atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención, Perú. *Medicina Clínica y Social, 7*(2).

Hall, J., & Hall, M. (2021). *Tratado de fisiología médica* (14ª ed. ed.). (G. y. Hall, Ed.) Barcelona: Elsevier.

Harper, C., Speidel, J., Drey, E., Blum, M., & Darney, P. (Febrero de 2021). Dispositivo intrauterino de cobre para anticoncepción de emergencia: práctica clínica entre proveedores de servicios anticonceptivos. *Obstetricia y Ginecología, 119*(2).

Hernández-Cervantes, R., Sánchez-Acosta, A. G., Ramírez-Nieto, R., & Morales-Montor, J. (Octubre de 2023). Regulación neuroendocrinológica de la función inmunitaria: el papel de la hipófisis y los esteroides sexuales. *Revista especializada en ciencias químico-biológicas, 13*(2).

Hernández-Sarmiento, J. M., Jaramillo Jaramillo, L. I., Villegas Alzate, J. D., Álvarez Hernández, L. F., & Roldan Tabares, M. D. (Abril de 2021). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud, 20*(2).

Herrmann, F. (Mayo de 2022). La eficacia de un método basado en el conocimiento de la fertilidad para evitar el embarazo en relación con el comportamiento sexual de una pareja durante el período fértil: un estudio longitudinal prospectivo. *Reproducción humana, 22*(1).

Híjar-Medina, M. (Junio de 2023). Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia. *Salud Pública de México, 45*(3).

Huaraca-Huaraca, K., Flores-Hernández, E., & Quilumba-Sánchez, C. (Junio de 2026). Interculturalidad en los servicios de enfermería en la atención a mujeres embarazadas en el Ecuador. *Más Vita. Revista de Ciencias de la Salud, 8*(2).

Iglesias, D. (Mayo de 2022). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista Pediatría Integral, 17*(2).

Jacinto-Cárdenas, R., & Ruiz-Paloalto, L. (Enero de 2022). Efectividad de los programas de educación sexual y reproductiva en los adolescentes. *Horizonte sanitario, 21*(1).

Janeta Patiño, P., & Bonilla González, G. (Agosto de 2024). Diálogo Familiar y Sexualidad Integral. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora, 7*(15).

Jaramillo-Bolívar, C., & Canaval-Erazo, G. (Mayo de 2021). Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. *Universidad y Salud, 22*(2).

Jerome Levin, R. (Noviembre de 2022). Revisión crítica de aspectos del ciclo de respuesta sexual humana de Masters y Johnson: corrección de errores y sugerencias de modificaciones. *Terapia sexual y de pareja, 23*(4).

John, J., Gorman, S., Scales, D., & Gorman, J. (Abril de 2025). Información engañosa en línea sobre la salud reproductiva de la mujer: una revisión narrativa. *Revista de Medicina Interna General , 40*(5).

Julián-Pérez, S., Lacoma-Gómez, E., Miranda-Hinojosa, R., Torres-Martínez, M., Yuste-Sánchez, M., & Arias-García, D. (Julio de 2025). La comunicación terapéutica en Enfermería: clave para el bienestar emocional del paciente. *Revista Ocronos, 8*(7).

Kandamuthan, S., Thambi, R., & Yeshodharan, J. (Diciembre de 2023). Tricomoniasis: ¿Siempre se transmite sexualmente? *Revista India de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, 35*(2).

Kelder, I., Petra, S., Klarenbeek, A., & Laan, E. (Abril de 2022). Prácticas de comunicación en conversaciones sobre salud sexual en entornos de atención médica: una revisión sistemática. *Educación y Asesoramiento al Paciente, 105*(4).

Kleinman, A. (2020). *Pacientes y sanadores en el contexto de la cultura* (Primera ed.). (U. o. Press, Ed.) Berkeley.

Lamotte-Castillo, J. (Enero de 2026). Infección por VIH/sida en el mundo actual . *MEDISAN, 18*(7).

Lin, W., Wang, Z., Huang, R., & Xia, H. (Mayo de 2024). Regulación hormonal en el desarrollo y la función testicular. *Revista Internacional de Ciencias Moleculares, 25*(11).

Loiola-Leite, P., Ferreira-Torres, F., Marques-Pereira, L., Moraes-Bezerra, A., Soares-Machado, L., & Ferreira-Silva, M. (Septiembre de 2022). Construcción y validación de pódcast para la educación en salud sexual y reproductiva de adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 30*(12).

López Chávez, C., & Cueva Quezada, N. (Enero de 2026). Efectos de la violencia económica y familiar en las víctimas dentro del hogar: una revisión bibliográfica. *Aula Virtual, 6*(13).

López Gómez, L. (Septiembre de 2026). Dilemas bioéticos en obstetricia y ginecología. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 66*(3).

López-González, U., Legaz-Sánchez, E., Cárcamo-Ibarra, P., & Lluch-Rodrigo, J. (Octubre de 2024). Estudio descriptivo de los recursos sobre educación sexual en el ámbito no-formal disponibles en España. *Revista Española de Salud Pública, 97*(42).

López-Pavón, A., Fernández-Ordoñez, E., & Guerra-Marmolejo, C. (Agosto de 2026). Barreras para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las personas LGBTQ+ en la atención primaria: protocolo de un estudio de métodos mixtos. *Atención sanitaria, 14*(15).

Lozano, F., & Domingo, P. (Julio de 2023). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 29*(6).

Lozano-Beltrán, J. (Diciembre de 2023). La esterilización femenina en mujeres: ¿una elección libre? *Cultura de los Cuidados, 27*(65).

Macías-Sánchez, K., & Verdezoto-Michuy, C. (Enero de 2025). Atención de Enfermería en Salud Sexual y Reproductiva. *Revista Cientifica Dominio de las Ciencias, 11*(1).

Madalina-Banica, A., Popescu, S., & Vladarenau, S. (Septiembre de 2021). Complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a las técnicas de reproducción asistida: revisión. *Mædica – Revista de Medicina Clínica, 16*(3).

Magallanes Moreira, T. (Marzo de 2026). Diversidad sexual y de género en enfermería: radicalizando conocimientos y prácticas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 60*(1).

Marangoni, F., & Poli, A. (Octubre de 2026). Dieta materna y requerimientos nutricionales durante el embarazo y la lactancia. Documento de consenso italiano. *Nutrientes, 8*(10).

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T., & Taylor, S. (Noviembre de 2022). Cerrar la brecha en una generación: equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud. *Lanceta, 372*(9650).

Martínez García, M., Jiménez Ortega, A., & Peral-Suárez, Á. (Enero de 2022). Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. *Nutrición Hospitalaria, 37*(2).

Martínez Noriega, J., Salcido Cibrián, L., & Elizalde Monjardin, M. (Noviembre de 2025). La Violencia Psicológica: sutil forma de agresión. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 6*(5).

Martínez Pacheco, A. (Diciembre de 2026). La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y cultura, 46*(1).

Martínez Rizo, F. (Julio de 2021). Los indicadores como herramientas para la evaluación de la calidad. *Sinéctica, 35*(2).

Martínez Sanz, A., Mañas Viejo, C., & Pons Salvador, G. (Enero de 2026). Entrevista semiestructurada para la exploración de la violencia sexual sobre las mujeres en la relación de la pareja (EVS). *Informaci+on Psicologica, 111*(1).

Martínez Schulte, A., & Karchmer Krivitzky, S. (Julio de 2022). Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. *Acta médica Grupo Ángeles, 19*(3).

Martínez-Gómez, M., Gallo-Restrepo, N., & Puerta-Henao, E. (Septiembre de 2021). Satisfacción en los servicios de salud sexual y reproductiva: perspectiva de jóvenes. Medellín-Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud, 26*(2).

Masters, W., & Johnson, V. (Agosto de 2020). Respuesta sexual humana. *La Revista de Investigación Sexual, 6*(3).

Mateo Rodríguez, I. (Septiembre de 2025). Elaboración de criterios e indicadores para desarrollar y evaluar programas. *Revista Española de Salud Pública, 89*(5).

Mayorga Madrigal, C. (Abril de 2026). Construcción ética de los derechos sexuales y reproductivos. *Sincronía, 69*(3).

Mazza, M., Vallejo, C., & González, M. (Diciembre de 2022). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 72*(4).

McGarry, J. (Marzo de 2023). Formación y comprensión del personal de enfermería en relación con la violencia doméstica y el abuso contra las mujeres: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería abierta, 5*(3).

Mendoza-Duran, V., & Alvarez-Ledezma, B. (Julio de 2025). Las TIC, cómo influyen en los adolescentes y su sexualidad. *Revista Espacios , 46*(4).

Mierzejewska, A., Walędziak, M., Merks, P., & Rozanska-Waledziaka, A. (Agosto de 2024). Anticoncepción de emergencia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Europea de Obstetricia y Ginecología y Biología Reproductiva, 299*(33).

Mina-Villalta, G., & Sumarriva-Bustinza, L. (Marzo de 2023). Enfermería Comunitaria y su Contribución a la Salud Pública en Ecuador. *Literatura y Ciencias en el Mundo Contemporáneo, 2*(1).

Minchala Urgilés, R., & Aucancela Saldaña, N. (Septiembre de 2026). Intervención de enfermería en el control prenatal. Una revisión sistemática. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea, 4*(3).

Ministerio de Salud Pública . (2022). Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS. Recuperado el Septiembre de 2026, de Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS: https://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-vihsida-its/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Colectivo e Intercultural (MAIS-FCI).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Guía de práctica clínica: atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). Norma Técnica Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). Recuperado el Septiembre de 2025, de Directrices para la Implementación de la Profilaxis de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) incluido el VIH, en Exposición Laboral y no Laboral a Nivel Nacional: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/04/Directrices_para_la_Implementacion_de_la_Profilaxis_de_ITS_incluido_VIH_en_Exposicion_Laboral_y_No_Laboral_a_Nivel_Nacional_2023.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2026). Inmunizaciones para la salud: manual.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2026). Manual inmunizaciones para la salud 2026.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (s.f.). Guía de alimentación y nutrición para mujeres embarazadas, madres en período de lactancia y niños menores de 2 años.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Señales de peligro en el embarazo.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Consentimiento informado en la práctica asistencial.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma. (2015). Guía de Práctica Clínica Control Prenatal.

Mirabal-López, S. (Junio de 2025). Alcance y significado de la educación sexual en adolescentes embarazadas: Una aproximación documental. *Jornada Multiverso, 5*(8).

Mirón, C., & Alonso, S. (Junio de 2026). Medidas de frecuencia, asociación e impacto en investigación aplicada. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 54*(211).

Molina, M. (Enero de 2024). La planificación didáctica y su enseñanza en la formación docente: entramado de sentidos representaciones y prácticas. *Espacios en blanco. Serie indagaciones, 1*(34).

Molitoris, J., & Barclay, K. (Julio de 2021). Cuándo y dónde influye el espaciamiento entre nacimientos en la supervivencia infantil: una comparación internacional utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud. *Demografía, 56*(4).

Mondal, M., & Shitan, M. (Junio de 2025). Factores que afectan la epidemia del VIH/SIDA: un análisis ecológico de datos globales. *Ciencias de la Salud Africanas, 13*(2).

Montero Vega, A. (Noviembre de 2024). La objeción de conciencia de los profesionales y su relación con la atención en salud sexual y reproductiva. *Acta bioethica, 20*(2).

Montero, A., & González, E. (Enero de 2021). Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 75*(4).

Montesdeoca-Abad, G. (Agosto de 2024). Papel de la enfermera en la promoción de la salud sexual y reproductiva: una revisión bibliográfica. *UNIANDES, 8*(1).

Montoya Montoya, G. (Marzo de 2022). La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta bioethica, 13*(2).

Moore, K., & Persaud, T. (2021). *Embriología Clínica* (Octava ed.). (E. -H. Division, Ed.) Barcelona.

Morales Sánchez, C., Alfaro Abellanas, B., Marzo Beltrol, S., & Ortega Poza, P. (Febrero de 2025). Rol de la enfermería en la salud sexual en adolescentes. *Revista Sanitaria de Investigación, 6*(2).

Moreno Fernández, S., Magallanes Ravinez, M., & Capcha de Azabache, Y. (Marzo de 2025). Violencia familiar en Latinoamérica en los años 2020-2021: una revisión sistemática. *Revista InveCom, 5*(1).

Moreno García, D., Sánchez Luengo, M., Pardo Rey, B., Lisa Elvira, A., Serna Vessey, A., & Sanz Sanz, A. (Marzo de 2025). Intervenciones de enfermería en la detección y abordaje de la violencia de género una revisión narrativa. *Revista Sanitaria de Investigación, 6*(9).

Muñiz Ceballos, L., Larripa Romeo, S., & Samper Camparola, C. (Diciembre de 2022). El papel de la Enfermería en la educación sexual a adolescentes: una revisión bibliográfica. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos, 5*(12).

Muñiz-Ceballos, L., Larripa-Romeo, S., & Samper-Camparola, C. (Diciembre de 2022). El papel de la Enfermería en la educación sexual a adolescentes: una revisión bibliográfica. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos, 5*(12).

Murillo-Zavala, A., Morales-Pinargote, M., & Quimiz-Lino, M. (Abril de 2022). Virus del papiloma humano: una actualización al diagnóstico y la prevención. *Ciencias de la Salud, 8*(2).

Naciones Unidades. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación.

Naciones Unidas. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

Naciones Unidas. (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.

Naciones Unidas. (2022). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Narro–Robles, J., & Rodríguez–Domínguez, J. (Junio de 2024). Ética y salud. Retos y reflexiones. *Gaceta médica de México, 140*(6).

Novo, M., Herbón, J., & Amado, B. (Mayo de 2026). Género y victimización: efectos en la evaluación de la violencia psicológica sutil y manifiesta, apego adulto y tácticas de resolución de conflictos. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud , 7*(89).

Nuñez-Ochoa, M., Moquillaza-Alcántara, V., & Díaz-Tinoco, C. (Junio de 2022). Violencia física durante el embarazo en el Perú: Proporción, distribución geográfica y factores asociados, 2016-2018. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 15*(2).

Núñez-Urquiza, R., & Hernández-Prado, B. (Enero de 2023). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México, 45*(1).

Oliveira Lima, K., Barbosa Bezerra, T., & Alvez Pinto, A. (Febrero de 2024). El papel de la enfermera en el ciclo embarazopuerperio: la percepción de las puérperas a la luz de la teoría de Peplau. *Cogitare Enfermagem., 29*(1).

Olivera Carhuaz, E., Pulido Capurro, V., & Acevedo Flores, J. (Diciembre de 2021). Aspectos relevantes de la infodemia desde una perspectiva transgeneracional. *Revista San Gregorio, 1*(48).

Omotosho-Adegboyega, L., & Abideen Adewusi, A. (Marzo de 2024). Factores que influyen en el uso de anticonceptivos . *Revista Ciencias de la Salud, 24*(1).

Orden Gil, R., Costa Fandos, N., & Martín Naranjo, M. (Julio de 2025). Promoción de la Salud Sexual. Prevención. *Revista OCRONOS, 8*(7).

Orellana Robalino, C. (Enero de 2021). Principios bioéticos como lineamientos de la reproducción médicamente asistida en Ecuador. *Revista de estudios jurídicos, 16*(1).

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2021). Recuperado el Agosto de 2026, de Orientación técnica internacional sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378033

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2022). Recuperado el Agosto de 2026, de Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado el 2026, de Rueda con los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/03d86ab1-1135-4bb6-ab3b-63a1e957afc7/content

Organización Mundial de la Salud. (2016). ecomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recuperado el 23 de Agosto de 2026, de Planificación familiar: un manual global para proveedores: https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705

Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: Un enfoque operativo para la política y la práctica. Obtenido de La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.

Organización Mundial de la Salud. (2021). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Recuperado el Agosto de 2026, de Definición de la salud sexual: https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health

Organización Mundial de la Salud. (2024). Recuperado el Agosto de 2026, de Garantizar los derechos humanos en la prestación de información y servicios anticonceptivos.: https://www.who.int/publications/i/item/97892415067

Organización Mundial de la Salud. (2025). Recuperado el Septiembre de 2026, de VIH y Sida: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

Organización Mundial de la Salud. (2025). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Recuperado el Agosto de 2026, de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335

Organización Mundial de la Salud. (Julio de 2025). Métodos de planificación familiar/anticoncepción. *Geneva: WHO, 5*(6).

Organización Mundial de la Salud. (2025). Promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante intervenciones poblacionales, incluyendo acciones para abordar los determinantes sociales y la inequidad en salud.

Organización Mundial de la Salud. (2026). Recuperado el Agosto de 2026, de Educación sexual integral: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/comprehensive-sexuality-education

Organización Mundial de la Salud. (2026). Recuperado el Agosto de 2026, de Dispositivos intrauterinos (DIU): https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/intrauterine-devices

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, Centro Federal de Educación para la Salud. (2020). Estándares de Educación Sexual en Europa: Marco para redactores de políticas, autoridades educativas y sanitarias y especialistas.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

Organización Mundial de la Salud. (2025). Salud y derechos sexuales y reproductivos. Obtenido de Salud y derechos sexuales y reproductivos.

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Recuperado el Agosto de 2026, de Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción: https://www.paho.org/sites/default/files/promocion_salud_sexual.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Recuperado el Agosto de 2026, de Salud Sexual y Reproductiva: https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Recuperado el 31 de Agosto de 2026, de Salud y derechos sexuales en el curso de vida: https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Nutrición materna.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva*. Recuperado el Agosto de 2026, de Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589456/

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos.

Ortale, S. (Diciembre de 2023). Programas de salud sexual y reproductiva y maternidad adolescente en La Plata . *Avá, 15*(1).

Ortiz Ramo, V. (Octubre de 2024). Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 84*(2).

Ortiz, M., Santander, E., & Lugo, J. (Agosto de 2021). Neisseria gonorrhoeae: un patógeno díscolo. Conceptos microbiológicos, resistencia a antimicrobianos y su vigilancia epidemiológica en Chile. *Revista chilena de infectología, 28*(4). Recuperado el Septiembre de 2026, de Gonorrea (infección por Neisseria gonorrhoeae): https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-(neisseria-gonorrhoeae-infection)

Osorio-Castaño, J. (Noviembre de 2023). La salud sexual y reproductiva como área para desarrollar la enfermería de práctica avanzada. *Revista Ciencia y Cuidado, 14*(2).

Pardo-Vargas, F. (Junio de 2021). Fisiología y valor diagnóstico moco cervical. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 6*(5).

Pascual Barrio, B. (Marzo de 2025). La evaluación de la intervención comunitaria: un marco para la reflexión. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 14*(7).

Patton, K. T., Bell, F. B., Thompson, T., & Williamson, P. L. (2023). *Anatomía y fisiología* (undécima ed.). (Elsevier, Ed.) Madrid.

Perdomo-Cáceres, A., & Perdomo-Cáceres, M. (Marzo de 2020). La educación sexual: su camino por la formación de enfermería. *Ciencias de la Educación, 69*(1).

Pereira-Afonso, M., Fernández-Cézar, R., & Lopezosa-Villajos, V. (Agosto de 2025). Educación en salud sexual en enfermería: una revisión exploratoria basada en el enfoque dialéctico estructural del cuidado en España. *Atención sanitaria, 13*(15).

Pérez Sánchez, A., & Donoso Siña, E. (2021). *Obstetricia* (4.ª ed. ed.). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

Pérez, D., & Hernández, L. (Marzo de 2022). Estrategia Educativa para Prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual. *Revista Científico-Educacional de la provincia Granma, 18*(3).

Pérez, R. (Junio de 2024). Derechos sexuales y reproductivos. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 74*(2).

Pérez-Capellades, R., & Falcó-Pegueroles, A. (Marzo de 2024). La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: un equilibrio entre derechos y deberes. *Revista de Bioética y Derecho, 60*(1).

Peter, J., & Holm, T. (Abril de 2024). Implementación de la atención informada sobre el trauma: entornos, definiciones, intervenciones, medidas e implementación en diferentes entornos: una revisión exploratoria. *Atención sanitaria , 12*(9).

Pintado Astudillo, F., & Guerrero Caicedo, R. (Enero de 2024). La ética en la atención de salud. *Revista Dilema Contemporáneo, 6*(2).

Piñeiro, L., Galán, J., & Vall-Mayans, M. (2022 de Octubre). Infecciones por Chlamydia Trachomatis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 37*(8).

Polyzou, E., Ntalaki, E., Gavatha, M., & Akinosoglou, K. (Diciembre de 2025). Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) relacionada con infecciones transmitidas sexualmente (ITS). *Revista Microorganisms, 13*(12).

Prieto Marín, D. (Marzo de 2023). El VIH/SIDA como constructo teórico de sindemia en Ecuador. *Metro Ciencia, 34*(1).

Pukier, A., Regin, C., & Fleco, D. (Abril de 2025). Lactancia materna: El impacto multifacético en el desarrollo infantil y el bienestar materno. *Nutrientes, 17*(8).

Punina, L., & Moyano, W. (Mayo de 2024). Uso de métodos anticonceptivos en una comunidad indígena de la sierra ecuatoriana. *Revista InveCom, 4*(2).

Quezada Cáceres, S., & Salinas Tapia, C. (Marzo de 2021). Modelo de retroalimentación para el aprendizaje: Una propuesta basada en la revisión de literatura. *Revista mexicana de investigación educativa, 26*(88).

Rabelo Maldonado, J. (Febrero de 2023). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis. *Documentos de Trabajo Social, 47*(1).

Ramírez Robles, M., & Cervera Vallejos, M. (Mayo de 2025). La hospitalización del recién nacido, puerperio y necesidades maternas: implicaciones para enfermería. *Enfermería en Ciencias Médicas, 5*(6).

Ramos Padilla, M. (Julio de 2026). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 23*(3).

Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M., & Romero-Mendoza, M. (Mayo de 2021). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México, 43*(3).

Rendón Martínez, L. L., Herrera Vázquez, J. A., De la Cruz Gallardo, A., Peña López, M., & al, e. (Octubre de 2022). Comportamiento sexual relacionado con redes sociales. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6*(5).

Roberts, A. (2023). *El gran libro del cuerpo humano* (Tercera ed.). Barcelona: Elsevier.

Robles-Rosa, A., & Jódar-Martínez, R. (Julio de 2024). Violencia obstétrica y su relación con las complicaciones psicológicas durante el puerperio. *Escritos de Psicología, 17*(2).

Rocha Sánchez, T. (Agosto de 2022). Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. *Interamerican Journal of Psychology, 43*(2).

Rodriguez, M. (Diciembre de 2024). Pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual: ¿un mundo nuevo y audaz? *Sexually Transmitted Infections, 82*(6).

Rodríguez-Yribar, R., Velázquez-Hernández, M., Roca-Pedroso, I., & Amaya-Ramírez, A. (Junio de 2025). Estudio de factores maternos relacionados con la restricción del crecimiento intrauterino en neonatos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, 9*(27).

Rojas Álvarez., A., Rufián Martínez, B., & Rubio Gómez, M. (Febrero de 2021). Puerperio y cuidados de Enfermería. *Revista Cubana De Enfermería, 27*(1).

Rojas Betancur, M., Méndez Villamizar, R., & Montero Torres, L. (Enero de 2026). Fragilidad de la autonomía salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Hacia la Promoción de la Salud, 21*(1).

Rojas, A. (Noviembre de 2024). Sexualidad integral afectiva: una visión transdisciplinaria. *Revista de Ciencias de la Comunicación e Información, 9*(1).

Rojas-Manzano, K., & Toro-Delgado, N. (Junio de 2023). Percepción de los profesionales de enfermería sobre la aplicabilidad del proceso de continuidad de cuidados. *Revista Cuidarte, 14*(1).

Roman-Huera, C., Guadalupe-Verónica, P., & Vinueza-Martínez, C. (Marzo de 2024). Tecnología y Cuidados de Enfermería: Hacia una Práctica Innovadora y Sostenible. *Revista de Investigación en Ciencias de Salud, 4*(1).

Rosas-Rojas, D. (Noviembre de 2022). Influencia de las tecnologías de la información y comunicación en la educación sexual del adolescente. *Revista Científica de Enfermería, 36*(5).

Roselló-Sastre, N., Paz-Blasco, M., Bronchal-Fell, S., Álvarez-Ponce, M., & Negru-Luca, O. (Marzo de 2026). Anticoncepción y cuidados de Enfermería: abordaje desde el proceso enfermero en el ámbito de la atención sanitaria. *Revista Ocronos, 9*(3).

Rosero-Villarreal, F., & Sánchez del Hierro, G. (Octubre de 2024). Aspectos éticos en telemedicina. Revisión de la literatura. *Acta bioethica, 30*(2).

Rosner, J., Samardzic, T., & Sarao, M. (2024). *Fisiología, Reproducción femenina* (Segunda ed.). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Rubio, A. S. (Septiembre de 2025). Educación en salud sexual y reproductiva para adolescentes: rol de la enfermería comunitaria. *Revista Sanitaria de Investigación, 1*(2).

Ruiz-García, A., Jiménez-Jiménez, Ó., Ojeda-Mora, M., Rando-Hurtado, M., & Martínez-Suárez, L. (Junio de 2021). Intervención grupal en educación sexual con estudiantes. *Escritos de Psicología - Psychological Writings, 12*(1).

Rust, J., Pereira, T., & Bernie, H. (Septiembre de 2025). Vasectomía en la práctica clínica real: una lista de verificación ideal para mejorar la experiencia y los resultados del paciente. *Revista Internacional de Investigación sobre la Impotencia, 12*(8).

Sainz Pinós, C., & López Triverio, P. (Enero de 2022). Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 5*(7).

Salazar-Arriagada, C., Zapata-González, F., Pérez-Aros, S., Rosas-Ailef, Y., Sierpe-Aros, R., & Paredes-Arévalo, L. (Diciembre de 2023). Revisión sobre intervenciones de enfermería exitosas en educación sexual. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 12*(2).

Saldaña Orozco, C., & Ibarra Rentería, G. (Enero de 2025). Respuestas psicológicas ante un sismo: Variaciones en indicadores de ansiedad, depresión y estrés en población del sur de Jalisco. *Revista de estudios Latinoamericanos , 9*(1).

Saletti-Cuesta, L., & Valle Martínez, F. (Enero de 2021). El abordaje de la violencia de género desde la perspectiva de las comunidades. *Cad. Saúde Pública, 36*(1).

Samper Amargós, M., & González Viana, A. (Noviembre de 2024). El rol de la enfermería en el ámbito de la salud pública. *Gaceta Sanitaria, 37*(1).

Sánchez-Sánchez, L., Casto-Aranda, J., Mercado-Castillo, P., Sola-Anton, J., Casto-Aranda, M., & Calderón-Fregeneda, C. (Septiembre de 2023). La importancia del lenguaje no verbal en la recuperación de los pacientes. *Revista Sanitaria de Investigación, 4*(9).

Santana-Romo, F., Cando-Machuca, K., Cargua-Amagua, M., Intriago-Montiel, B., & Noroña-Tapia, D. (Diciembre de 2025). Anticonceptivos hormonales: revisión sistemática de efectos clínicos adversos y diseño de una biblioteca actualizada de compuestos para futuras aplicaciones farmacológicas. *Revista de Investigación Talentos, 12*(2).

Santoyo-Rivilla, A. (Septiembre de 2024). Enfermería y salud reproductiva: abordajes integrales. *Revista Ocronos, 9*(2071).

Sanz Beltrán, A., Raso Ruiz, Y., & Santander Jorge, S. (Noviembre de 2021). Cuidados inmediatos de enfermería al recién nacido a término sano en la sala de partos. *Revista Sanitaria de Investigación, , 2*(11).

Scull, T., Stump, K., Paulson, E., Dodson, & Schoemann, A. (Julio de 2026). Hacia un estándar más integral para la educación sexual: un análisis de clases latentes y un examen de la salud sexual de los adultos jóvenes. *Salud Sexual, 63*(3).

SEF Sociedad Española de Fertilidad. (2021). *Tratado de Reproducción Humana para Enfermería* (Quinta ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.

Sellan Reinoso, G., & Toapanta Bobadilla, K. (Julio de 2024). Proceso de Atención de Enfermería para Víctimas de Violencia de Género. *Revista Científica y académica, 5*(3).

Sellán Soto, M., & Vázquez Sellán, A. (2021). *Cuidados neonatales en enfermería.* Barcelona: Elsevier.

Sepúlveda, C., & Merico, V. (Noviembre de 2022). Mecanismos reguladores de la pubertad normal y sus variaciones. *Revista Médica Clínica Las Condes , 22*(1).

Serpa-Galarza, D., & Esteban Jaimes, A. (Diciembre de 2021). La objeción de conciencia en eventos de derechos sexuales a la no reproducción. *Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas, 6*(1).

Sethi, S. 1., Singh, G., Palash, S., & Meera, S. (Diciembre de 2023). Mycoplasma genitalium : Un patógeno emergente de transmisión sexual. *Revista India de Investigación Médica, 136*(6).

Shaw, G., & Hunter, E. (Noviembre de 2021). Transmisión del VIH. *Perspectivas de Cold Spring Harbor en Medicina, 2*(11).

Shelton, A. (Noviembre de 2022). Enfermedades parasitarias de transmisión sexual. *Clínicas de Cirugía de Colon y Recto, 17*(4).

Shultz, J., & Forbes, D. (Agosto de 2023). Primeros auxilios psicológicos. *Salud en casos de desastre, 2*(1).

Silva-Martínez, E., Vázquez-Pagán, & Jenice. (Diciembre de 2022). El abuso económico y la violencia de género en las relaciones de pareja en el contexto puertorriqueño. *Prospectiva, 8*(1).

Singh, S., & Kumar-Singh, S. (Octubre de 2021). Salud psicológica y bienestar en pacientes con infecciones de transmisión sexual: un estudio transversal prospectivo. *Revista India de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, 42*(2).

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (Enero de 2022). Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales . *65*(15).

Stein, C., & Flor, L. G. (Abril de 2025). Efectos en la salud asociados a la violencia física, sexual y psicológica de género contra hombres y mujeres: un estudio de la carga de la prueba. *Comportamiento humano natural, 9*(6).

Stover, J. (Abril de 2024). Revisión de estrategias y niveles de participación comunitaria en intervenciones de comunicación en salud basadas en fortalezas y necesidades. *Salud Pública Front., 11*(12).

Suárez-López, L., & Menkes-Bancet, C. (Junio de 2024). ¿Cuáles son los contextos que favorecen el uso del condón en adolescentes? *Estudios demográficos y urbanos, 39*(1).

Subiela-García, A., Abellón-Ruiz, J., & Celdrán-Baños, A. (Abril de 2024). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global, 13*(34).

Subiela-García, J., Abellón-Ruiz, J., Celdrán-Baños, A., Manzanares-Lázaro, J., & Satorres-Ramis, B. (Agosto de 2025). El poder de la escucha activa en el ámbito sanitario. *Revista Ocronos, 8*(8).

Tapia-Martínez, H., Jiménez-Mendoza, A., & Pérez-Cabrera, I. (Marzo de 2021). Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, estrategia educativa de enfermería para reducir riesgos en adolescentes embarazadas. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 27*(1).

Tarragato, L., Mazarrasa, A., & Sara, G. (2025). Recuperado el 31 de Agosto de 2026, de Salud sexual y reproductiva: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

Távara Orozco, L. (Septiembre de 2022). Objeción de conciencia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 63*(4).

Todoy, D. (Septiembre de 2022). Comunicación intercultural eficaz en enfermería. *Puesto de enfermeras, 34*(2).

Toro Merlo, J. (Diciembre de 2023). Violencia sexual. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 73*(4).

Toro, R., & Pinto, M. (Octubre de 2024). Participación paterna en la experiencia del parto. *Revista chilena de pediatría, 85*(5).

Torrealva Lázaro, B., Teodoro Maza, J., Silva Carranza, A., Soto Aguilar, N., & López Amaya, O. (Marzo de 2026). Fisiología del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico. *Revista Cientifica Internacional de Ciencias de la Salud, 3*(1).

Torres-Mencía, S., & Rodríguez-Martín, B. (Octubre de 2024). Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. *Revista Española de Salud Pública, 93*(40).

Townsend, M., & Morgan, K. (2021). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Conceptos de cuidado en la práctica basada en la evidencia.* (Novena ed.). Barcelona: Elsevier.

Tsevat, D., Wiesenfeld, H., Parks, C., & Pieipert, J. (Enero de 2021). Enfermedades de transmisión sexual e infertilidad. *Revista Americana de Obstetricia y Ginecología, 216*(1).

Uribe-Alvarado, Aguilar-Villalobos, J., Zacarías-Salinas, X., & Aguilar-Casis, A. (Abril de 2025). Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records, 5*(1). Recuperado el Agosto de 2026, de Preservativos: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/condoms

Uriza Gutiérrez, G. (Abril de 2024). Anticonceptivos de barrera. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 40*(2).

Valarezo Bravo, O., Guzmán González, M., & Garrido Rojas, L. (Julio de 2024). Apego en la adultez: una revisión sistemática de la investigación latinoamericana durante los últimos 10 años. *Revista Latinoamericana de Psicología, 56*(20).

Valero-Muro, M., Vela-Díez, J., Vela-Díez, M., Órpez-Villén, B., Artal-Tejedor, E., & Granado-Otal, C. (Diciembre de 2025). Rol de Enfermería en la prevención de infecciones de transmisión sexual: estrategias integrales para la promoción de la salud sexual y reducción de la incidencia. *Revista Ocronos, 8*(12).

Valle-Velasco, B., Zarzuelo, M., Valverde-Merino, M., & Martínez-Martínez, F. (Julio de 2023). Uso de anticonceptivos orales y percepción del papel del farmacéutico comunitario entre adolescentes: un estudio observacional. *Ars Pharmaceutica , 64*(2).

Vasconcelos, P., Carrito, M., & Quinta, A. (Noviembre de 2024). Relación entre la salud sexual y el bienestar: una revisión sistemática. *Bull World Health Organ, 102*(12).

Vásquez-Hernández, A., & Puerta-Suárez, J. (Enero de 2026). Diagnóstico de infecciones de trasmisión sexual: repercusión de las guías en el subdiagnóstico. *Ginecología y obstetricia de México, 93*(11).

Vera-Alanís, L., & Fernández-Fuertes, A. (Diciembre de 2021). Análisis del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Horizonte sanitario, 20*(3).

Vera-Alanis, L., Márquez-Vega, M., Benavides-Torres, A., & Barbosa-Martínez, R. (Noviembre de 2025). Factores personales, autoeficacia en comunicación sexual y uso del condón en adolescentes. *Horizonte Sanitario, 24*(2).

Vico-Tébar, M., Bernad, J., Lozano-Monterde, M., Rodríguez-Castellón, R., Luna-García, Y., & Navarrete-Ariño, V. (Septiembre de 2025). La relación terapéutica como herramienta de cuidado enfermero. *Revista Ocronos, 8*(9).

Villalobos Guevara, A. (Junio de 2024). Desarrollo psicosexual. *Adolescencia y Salud, 1*(1).

Vollmar, R., & Mahalingaiah, J. (Noviembre de 2024). El ciclo menstrual: un signo vital a lo largo de la vida. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 8*(2).

Waldow, R. (Enero de 2024). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería, 23*(1).

Wen-Juei, J., Cheuk-Fung, T., & Lok, A. (Mayo de 2026). Hepatitis B. *Revista de la Asociación Médica Estadounidense, 335*(21).

Western, M., Smit, E., & Gültzow, T. (Abril de 2025). Superar la brecha digital en salud: una revisión narrativa de las causas, implicaciones y soluciones para las desigualdades en salud digital. *Salud Psicología del Comportamiento Médico, 13*(1).

Whitlow, C. (Noviembre de 2021). Enfermedades bacterianas de transmisión sexual. *Clínicas en Cirugía de Colon y Recto, 17*(4).

Yan, G., Nierop, A., & Holmgren, A. (Diciembre de 2025). La relación individual entre el crecimiento puberal y los cambios físicos de la pubertad en adolescentes sanos. *Investigación Hormonal en Pediatría, 45*(4).

Ypanaque-Ancajima, J. (Diciembre de 2024). Conocimiento, utilización y barreras a los servicios de atención primaria para la salud sexual y reproductiva entre adolescentes de escuelas secundarias. *Medicina Clínica y Social, 8*(1).

Zimmerman, W. (2022). Hacer género. *Género y sociedad, 1*(2).

Zuñiga Oñate, J. (Abril de 2024). Impacto de la comunicación digital en el bienestar psicológico: una relación compleja. *Ciencia Latina Revista , 8*(2).

Zuñiga, Y., & Guerra, D. (Junio de 2025). Derechos reproductivos: autonomía y objeción de conciencia. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, *36*(1).



ISBN: 978-9907-834-07-9