



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898476*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: XII

Número: 3

Artículo no.: 68

Período: 1 de mayo al 31 de agosto del 2025

TÍTULO: Conocimientos sobre VIH y su influencia en la prevención de comportamientos sexuales de riesgo.

AUTORES:

1. Dr. Gustavo René García-Vargas.
2. Lic. John Alexander Blandón Castaño.
3. Mtro. Jesús Yael Meléndez Salazar.
4. Dr. Mario Serrano.

RESUMEN: Diversos estudios destacan la importancia de tener un conocimiento básico sobre el VIH-SIDA para prevenir su transmisión por vía sexual. El presente trabajo tuvo como objetivo identificar la relación existente entre la cantidad y calidad de la información que poseen las personas sobre el VIH y la ejecución de comportamientos sexuales de riesgo. Participaron 2067 personas entre 18 y 30 años. Los resultados no mostraron una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y el comportamiento sexual. Concluimos que tener conocimiento sobre el VIH es importante mas no suficiente para prevenir comportamientos sexuales de riesgo. Además de proporcionar información, se recomienda favorecer el desarrollo de habilidades interpersonales con estrategias que focalicen las acciones a poblaciones específicas.

PALABRAS CLAVES: VIH, comportamiento sexual, conocimiento VIH, prevención, salud sexual.

TITLE: Knowledge about HIV and its influence on the prevention of risky sexual behaviors.

AUTHORS:

1. PhD. Gustavo René García-Vargas.
2. Bach. John Alexander Blandón Castaño.
3. Master. Jesús Yael Meléndez Salazar.
4. PhD. Dr. Mario Serrano.

ABSTRACT: Several studies highlight the importance of having basic knowledge about HIV/AIDS to prevent its sexual transmission. This study aimed to identify the relationship between the quantity and quality of information people have about HIV and the engagement in risky sexual behaviors. A total of 2,067 people between the ages of 18 and 30 participated. The results showed no statistically significant relationship between knowledge and sexual behavior. We conclude that having knowledge about HIV is important but not sufficient to prevent risky sexual behaviors. In addition to providing information, it is recommended to promote the development of interpersonal skills with strategies that target specific populations.

KEY WORDS: HIV, sexual behavior, HIV knowledge, prevention, sexual health.

INTRODUCCIÓN.

El VIH es un virus que ataca y debilita el sistema inmunológico, haciendo que el organismo sea más propenso a contraer enfermedades e incapacitándolo para defenderse de ellas. Si no se trata, el VIH puede evolucionar a SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), la etapa más avanzada de la infección en la que el sistema inmunológico está gravemente dañado. El VIH puede transmitirse durante el parto, a través de la lactancia o mediante el intercambio de fluidos corporales como la sangre, el semen o flujo vaginal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025). Gracias a la investigación biomédica, en la actualidad se ha reducido la transmisión perinatal y por hemotransfusión, quedando la transmisión sexual como una de las principales vías de infección (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2025).

En el año 2023, aproximadamente 39.9 millones de personas en el mundo vivían con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), de las cuales, 2.2 millones se encontraban en América Latina (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2024a). Con excepción del África subsahariana, en donde el 62 % de las nuevas infecciones por el VIH se dio en mujeres y niñas, en el resto de las zonas geográficas, más del 73% de las nuevas infecciones se produjeron entre hombres y niños; además, de las 3600 infecciones que se estiman diariamente, alrededor del 30% se dan en jóvenes de entre 15 y 24 años. “Por primera vez, en la historia de la pandemia del VIH, se están produciendo más nuevas infecciones fuera del África subsahariana que dentro de ella” (ONUSIDA, 2024b, p.5).

Los esfuerzos para favorecer la prevención de la transmisión sexual del VIH han sido parte importante para evitar su propagación. Desde la definición del VIH como entidad clínica, se han desarrollado estrategias de prevención focalizadas en los jóvenes, orientadas a reducir conductas de riesgo asociadas a la transmisión del virus mediante el abordaje de factores como el conocimiento de la enfermedad, sus vías de transmisión y sus métodos de prevención.

Varios estudios centrados en la prevención de la transmisión sexual del VIH sugieren, que tener conocimiento básico sobre su transmisión y prevención aumenta la percepción del riesgo, y con esto, disminuye la probabilidad de ejecutar conductas sexuales de riesgo (Castillo-Arcos et al., 2024; Flores Carvajal et al., 2017; Meléndez Salazar et al., 2023); sin embargo, y pese a la información que hoy en día se tiene sobre el VIH, el número de nuevos casos por transmisión sexual entre los jóvenes no han disminuido.

Este trabajo tuvo como objetivo identificar la relación entre el nivel de información que las personas tienen sobre el VIH y sus comportamientos sexuales de riesgo, asumiendo que poseer información deriva en una reducción de dichos comportamientos. Para lograr el objetivo, primero evaluamos la información que tienen los participantes del estudio acerca del VIH, sus formas de transmisión y prevención, para posteriormente identificar su nivel de riesgo de infección basados en su conducta sexual.

DESARROLLO.

Materiales y método.

Participaron 2067 jóvenes con vida sexual activa. La edad promedio de los participantes fue de 22 años, con edades comprendidas entre los 18 y 30 años. La mayoría de los participantes fueron mujeres, solteras y estudiantes de licenciatura (Tabla 1). El muestreo fue no probabilístico, consecutivo y por bola de nieve. La participación fue voluntaria. Este fue un estudio *ex post facto* con diseño retrospectivo, observacional, transversal de alcance correlacional.

Tabla 1. Datos demográficos de los participantes.

| Variable | Respuestas | <i>n</i> | % |
|-------------------|--------------------|----------|------|
| Sexo | Hombre | 590 | 28.5 |
| | Mujer | 1468 | 71 |
| | No contestó | 9 | 0.4 |
| Estado civil | Soltero | 1894 | 91.6 |
| | Casado/unión libre | 135 | 6.5 |
| | Divorciado | 6 | 0.3 |
| | No contestó | 32 | 1.5 |
| Nivel de estudios | Bachillerato | 139 | 6.7 |
| | Licenciatura | 1203 | 58.2 |
| | Postgrado | 34 | 1.6 |
| | No contestó | 691 | 33.4 |
| Ocupación | Estudia | 1097 | 53.1 |
| | Trabaja | 242 | 11.7 |
| | Trabaja y estudia | 28 | 1.4 |
| | Desempleado | 10 | .5 |
| | No contestó | 690 | 33.4 |

La edad promedio en que los participantes iniciaron su vida sexual fue a los 17 años. El número promedio de parejas sexuales fue de seis (DE = 11.76). La preferencia sexual fue predominantemente heterosexual (87.9%), seguida de homosexual (6.5%) y bisexual (5.6%). Con respecto a su salud sexual, la mayoría de

los participantes (71.7%) afirmaron nunca haberse realizado una prueba de detección de ETS. 61 de los 580 participantes que se realizaron alguna prueba de ETS obtuvieron un diagnóstico positivo: 57.7% para el virus del papiloma humano (VPH), 10.8% para el VIH, 10.8% para gonorrea, 3.6% clamidia, 3.6% sífilis, 2.4% herpes y 6.3% otras ETS.

Para la recolección de datos, se utilizaron dos de las seis subescalas del cuestionario de competencias de salud relacionadas con la prevención de la transmisión sexual del VIH (García-Vargas et al., 2012), el cual ha demostrado tener propiedades psicométricas aceptables en diversas poblaciones y versiones lingüísticas (García-Vargas, 2014). La primera subescala indagaba sobre el nivel del conocimiento relacionado con la transmisión y prevención del VIH mediante 9 preguntas con opciones de respuesta múltiple (dicotómica + abierta). La segunda subescala se enfocó en el reconocimiento de los comportamientos sexuales de riesgo que tenían los participantes con 16 preguntas agrupadas en 4 categorías (morfología, efectos, situaciones y personas). Las opciones de respuesta de estas preguntas fueron en escala tipo de Likert (1932) (Tabla 2).

Tabla 2. Ejemplo de los ítems de las subescalas utilizadas.

Subescala para la evaluación de la información sobre transmisión y prevención del VIH.

1. ¿Conoces las vías de infección del VIH?

o No o Sí

Si tu respuesta es afirmativa ¿podrías decir cuáles son las vías de infección que conoces?

Subescala para el reconocimiento de comportamientos sexuales de riesgo.

Yo propongo conductas sexuales alternativas cuando **he bebido o ingerido algún tipo de droga** y se me presenta la oportunidad de relacionarme sexualmente (penetración de cualquier tipo):

| | | | | |
|----------------|--------------------------------|-----------------------|--------------|----------------------------------|
| Siempre (1) | La mayoría de las veces (2) | Ocasionalmente (3) | Nunca (4) | No he vivido la situación (0) |
|----------------|--------------------------------|-----------------------|--------------|----------------------------------|

Fuente: Ejemplos recuperados de Garcia-Vargas et al. (2012). Parte I (ítems 1-9) y Parte IV (ítems 1-16).

Los datos se recopilaron a través de dos modalidades: de forma presencial, mediante la aplicación del cuestionario en su versión impresa, y en línea, utilizando un formulario digital del mismo instrumento.

Para la versión impresa, se estableció contacto con los directivos de diversas instituciones de educación superior en Bogotá, Colombia, solicitando su colaboración para participar en el estudio, toda vez que se tuvo la aprobación de las autoridades, se invitó a los estudiantes a participar explicándoles el objetivo del estudio, el uso previsto de los datos, el anonimato de su participación y la confidencialidad de la información proporcionada. El cuestionario se distribuyó en las instalaciones de los centros educativos. Durante la administración del cuestionario, uno de los investigadores estuvo presente para resolver las dudas.

Para la versión en línea se enviaron invitaciones a través de correo electrónico y por listas de distribución de diversas universidades que autorizaron la difusión del estudio entre sus estudiantes. Adicionalmente, se contactaron a varias organizaciones no gubernamentales dedicadas a la prevención del VIH y foros en línea especializados en temas de salud sexual y sexualidad humana para solicitar su apoyo en la difusión del estudio. También se emplearon estrategias de marketing digital a través de redes sociales, como Facebook ("SIDA-AIDS tu portal de información") y X (@sida_aids). El cuestionario en línea poseía un aviso de privacidad, un aviso de verificación de edad +18 y un consentimiento informado.

Para el análisis de resultados se obtuvieron dos índices que oscilaban entre 0 y 1. El primero, para la subescala de información, se calculó dividiendo el número de respuestas correctas entre el número total de respuestas posibles, en donde "0" representaba la ausencia total de información correcta y "1" el máximo nivel de información correcta. El segundo índice relacionado con el comportamiento sexual de los participantes se calculó dividiendo la suma de los puntajes de cada respuesta entre el puntaje total de respuestas de riesgo. En este caso "0" indicaba mínimo riesgo y "1" máximo riesgo. Para identificar la relación entre ambos índices, se utilizó el coeficiente de correlación r de Pearson; además, se usó el análisis de varianza (ANOVA) de un factor con pruebas *post hoc* de Tukey, para identificar diferencias en su comportamiento atribuibles a las variables sociodemográficas.

Resultados.

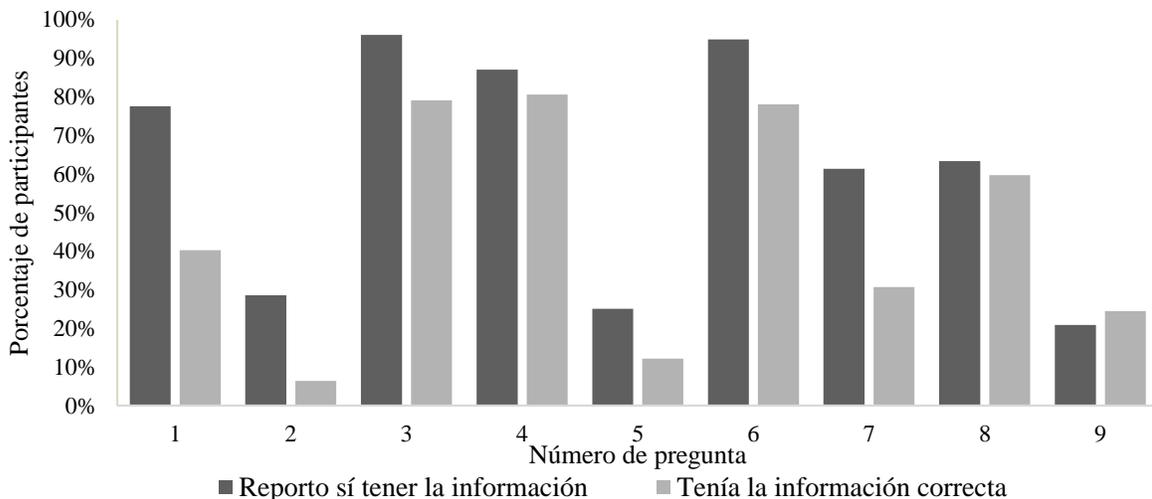
Nivel de información sobre el VIH y sus formas de transmisión y prevención.

Esta subescala mostró un nivel de información correcta que se valoró en 0.45 pts.; por otro lado, el nivel promedio de información basados en la *percepción* que tenían los participantes respecto a tener la información correcta fue de 0.61 pts. (Figura 1). Los niveles de información correcta más altos se encontraron en las preguntas relacionadas con las vías de transmisión del virus (ítems 3 y 4) y las estrategias para su prevención (Ítem 6). En cambio, las preguntas con mayor número de respuestas incorrectas estuvieron relacionadas con las manifestaciones clínicas de una persona recién infectada con el VIH (ítem 2), su desarrollo en el organismo (ítem 5), y las pruebas de detección (ítems 7 y 9).

Nivel de riesgo relacionado con la conducta sexual de los participantes.

El índice de riesgo promedio basado en el comportamiento sexual de los participantes fue de 0.47. De las 4 categorías evaluadas, la categoría efectos fue donde se encontró el nivel de riesgo más alto (Tabla 2). La Figura 2 muestra el índice de riesgo en cada uno de los ítems evaluados y es posible observar que los mayores índices de riesgo se dieron en los ítems que evaluaban el rol de la pareja estable y el tipo de práctica sexual.

Figura 1. Porcentaje de participantes que creyeron tener la información solicitada y el de aquellos que realmente tenían la información correcta.



1. ¿Sabes en qué consiste el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?
2. ¿Conoces las manifestaciones clínicas de una persona recién infectada por el VIH?
3. ¿Conoces las vías de transmisión del VIH?
4. ¿Sabes cuál es la vía de transmisión más frecuente del VIH?
5. ¿Sabes cómo evoluciona el VIH en el organismo?
6. ¿Sabes cuáles son las principales formas de prevenir la transmisión del VIH?
7. ¿Sabes de qué forma se puede detectar el VIH en una persona?
8. ¿Dirías que actualmente el SIDA es una enfermedad que tiene curación?
9. ¿Te has realizado alguna vez la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH?

Análisis de correlación entre el nivel de información sobre la transmisión y prevención del VIH y los comportamientos sexuales de riesgo.

El coeficiente de correlación de r de Pearson mostró una correlación nula negativa estadísticamente significativa ($r = -.07, p = .001$).

Tabla 2. Descripción operacional de las cuatro categorías evaluadas para identificar el comportamiento sexual de riesgo relacionado con la transmisión sexual del VIH.

| Categoría | Definición operacional | Índice de riesgo* | Ítems** |
|-------------|---|-------------------|---------|
| Efectos | Identifica la capacidad para rechazar comportamientos sexuales de riesgo o proponer acciones preventivas. | 0.58 | 12-16 |
| Morfología | Tipo de relación sexual que puede ser: vaginal, oral, anal o en grupo. | 0.47 | 1-4 |
| Situaciones | Factores físicos y emocionales que pueden facilitar conductas sexuales de riesgo, tales como estar emocionalmente alterado, sentir una fuerte atracción física por la pareja, haber pasado un largo periodo sin actividad sexual o tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o las drogas. | 0.44 | 9-11 |
| Personas | Tipo de pareja con la que se tiene la interacción sexual tales como: Amigos o amigas, una persona con la que no se quiere quedar mal, un desconocido o desconocida y la pareja sexual estable. | 0.41 | 5-8 |

* El índice de riesgo iba de 0 (mínimo riesgo) a 1 (máximo riesgo).

** Ejemplos recuperados del Cuestionario de competencias de salud relacionadas con la prevención de la transmisión sexual del VIH (García-Vargas et al., 2012). Parte I (ítems 1-9) y Parte IV (ítems 1-16).

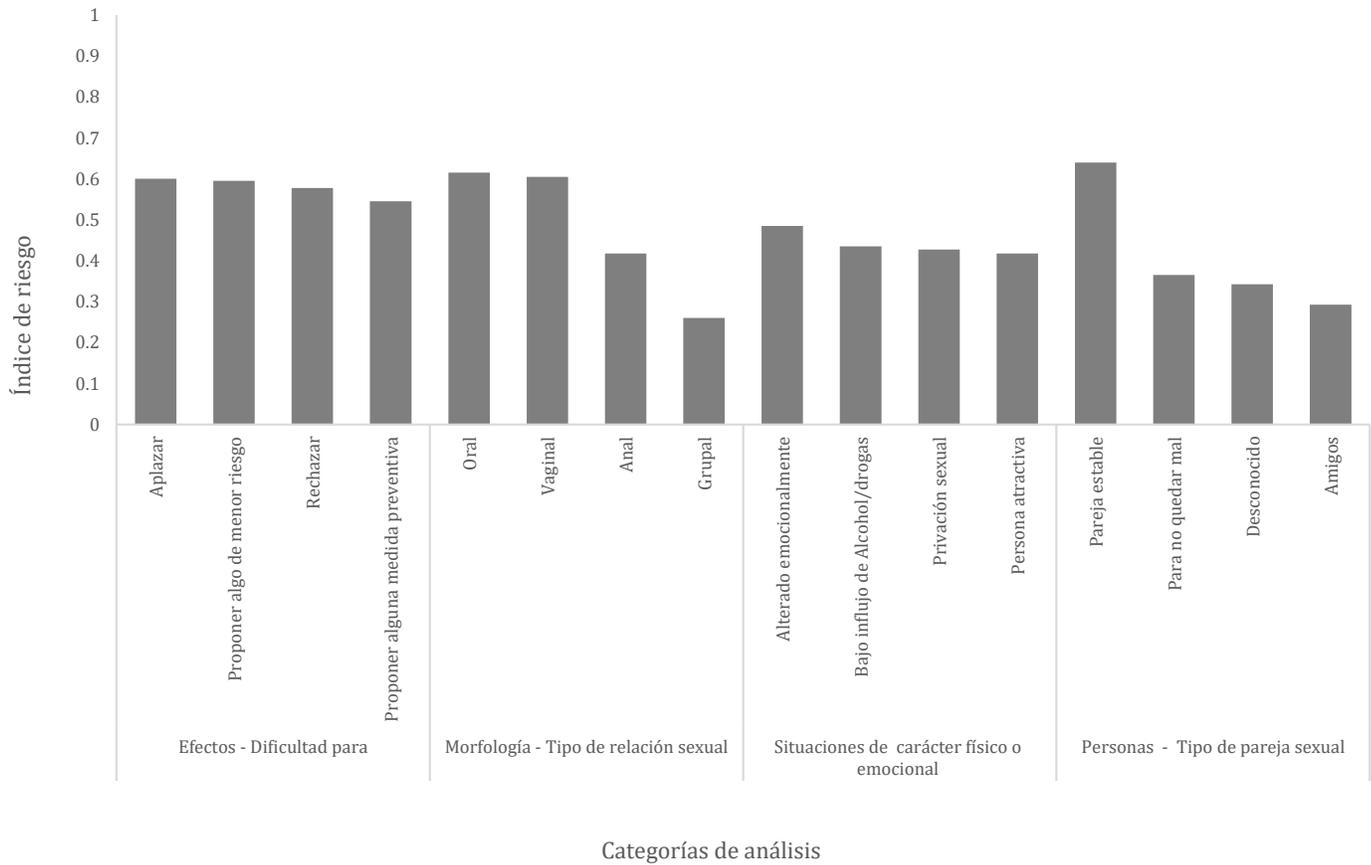


Figura 2. Niveles de riesgo por categoría de análisis.

Comparación entre grupos (ANOVA de un factor).

Los resultados del análisis de varianza mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de información y comportamientos de riesgo según las variables sociodemográficas y aquellas relacionadas con la conducta y salud sexual de los participantes.

Con respecto a las variables demográficas, los hombres reportaron más información y comportamientos de riesgo que las mujeres. Las personas casadas o en unión libre y aquellas con estudios de posgrado presentaron los niveles más altos de información, aunque ni el estado civil, ni el nivel educativo estuvieron relacionados de manera significativa con los comportamientos de riesgo. Los trabajadores superaron a los estudiantes tanto en información como en comportamientos de riesgo (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de varianza de un factor con prueba post hoc Tukey HSD para los diferentes niveles de los datos demográficos.

| Factores | | Nivel de Información | | | ANOVA <i>F</i> (<i>gl</i>) <i>Sig</i> | <i>Post- hoc</i> Tukey (I-J) | Comportamiento de riesgo | | ANOVA <i>F</i> (<i>gl</i>) <i>Sig</i> | <i>Post- hoc</i> Tukey (I-J) |
|-------------------|-------------------------|----------------------|-----------|----------|---|------------------------------------|--------------------------|----------|---|------------------------------------|
| | | <i>n</i> | \bar{x} | <i>s</i> | | | \bar{x} | <i>s</i> | | |
| Sexo | Hombre | 590 | .47 | .20 | 9.073 (1, 2056) <i>p</i> = .003 | | .51 | .18 | 33.806 (1, 2056) <i>p</i> < .001 | |
| | Mujer | 1468 | .44 | .19 | | | .46 | .17 | | |
| Estado civil | Soltero | 1894 | .45 | .20 | 10.535 (1, 2027) <i>p</i> = .001 | | .47 | .17 | 1.062 (1, 2027) <i>p</i> = .303 | |
| | Casado / Unión libre | 135 | .51 | .17 | | | .46 | .19 | | |
| Nivel de estudios | Bachillerato (J) | 139 | .48 | .16 | 11.192 (2, 1373) <i>p</i> < .001 | | .48 | .19 | 2.324 (2, 1373) <i>p</i> = .098 | -.0172 |
| | Licenciatura (J) | 1203 | .50 | .17 | | | .45 | .16 | | |
| | Postgrado (I) | 34 | .64 | .20 | | | .46 | .13 | | |
| Ocupación | Estudia | 1097 | .49 | .17 | 43.291 (1, 1337) <i>p</i> < .001 | | .45 | .16 | 9.381 (1, 1337) <i>p</i> = .002 | |
| | Trabaja | 242 | .57 | .16 | | | .48 | .17 | | |

* $p < 0.05$

En lo referente a las variables relacionadas con su comportamiento y salud sexual, los participantes con preferencias homosexuales tuvieron más información que aquellos con preferencias heterosexuales, sin diferencias en los comportamientos de riesgo. Quienes comenzaron su vida sexual después de los 18 años y aquellos que tuvieron mayor número de parejas sexuales mostraron mejor nivel de información. Asimismo, quienes tuvieron cuatro o más parejas sexuales y quienes iniciaron su vida sexual antes de los 15 años presentaron los mayores comportamientos de riesgo. Los participantes que se realizaron pruebas de ETS también reportaron mayor nivel de información, pero los niveles de riesgo fueron similares entre quienes se realizaron o no dichas pruebas. Finalmente, no hubo diferencias en los niveles de información ni en sus comportamientos de riesgo entre quienes, después de hacerse la prueba diagnóstica de VIH obtuvieron o no un diagnóstico positivo de ETS (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de varianza de un factor con prueba *post hoc* Tukey HSD para los diferentes niveles de los datos relacionados con su comportamiento y salud sexual.

| Factores | | <i>n</i> | Nivel de Información | | ANOVA <i>F</i> (<i>gl</i>) <i>Sig</i> | <i>Post-hoc</i> Tukey (I-J) | Comportamiento de riesgo | | ANOVA <i>F</i> (<i>gl</i>) <i>Sig</i> | <i>Post-hoc</i> Tukey (I-J) |
|---------------------------|------------------|----------|----------------------|----------|---|-----------------------------------|--------------------------|----------|---|-----------------------------------|
| | | | \bar{x} | <i>s</i> | | | \bar{x} | <i>s</i> | | |
| Preferencia sexual | Heterosexual (I) | 1785 | .45 | .19 | 9.086 (2, 2027) <i>p</i> < .001 | -.0750* | .47 | .17 | 1.893 (2, 2027) <i>p</i> = .151 | -.0167 |
| | Homosexual (J) | 132 | .52 | .21 | | | .49 | .19 | | |
| | Bisexual (J) | 113 | .47 | .20 | | | .50 | .16 | | |
| Número parejas sexuales** | <=3 | 1059 | .43 | .19 | 36.633 (1,1995) <i>p</i> < .001 | | .43 | .17 | 110.775 (1,1995) <i>p</i> < .001 | |
| | >=4 | 938 | .48 | .20 | | | .51 | .16 | | |
| Edad debut sexual | <=15 (J) | 508 | .44 | .20 | 13.033 (2, 2046) <i>p</i> < .001 | .0399* | .51 | .16 | 26.893 (2,2046) <i>p</i> < .001 | -.0718* |
| | 16-17 (J) | 799 | .43 | .19 | | | .48 | .17 | | |
| | >=18 (I) | 742 | .48 | .20 | | | .44 | .17 | | |
| Prueba ETS | Sí | 580 | .53 | .20 | 132.432 (1, 2064) <i>p</i> < .001 | | .48 | .17 | 3.016 (1, 2065) <i>p</i> = .083 | |
| | No | 1482 | .42 | .18 | | | .47 | .17 | | |
| Diagnóstico positivo ETS | Sí | 61 | .55 | .22 | .694 (1, 578) <i>p</i> = .405 | | .46 | .16 | .782 (1, 578) <i>p</i> = .377 | |
| | No | 519 | .53 | .20 | | | .48 | .18 | | |

* $p < 0.05$

** para considerar el número de parejas sexuales se tomó como referencia la mediana (Me= 3).

CONCLUSIONES.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la relación entre tener información sobre el VIH y el ejercicio de comportamientos sexuales que previenen la transmisión sexual del VIH en una muestra no probabilística de jóvenes y adultos jóvenes colombianos; para ello, se calcularon dos índices: el primero reflejó el nivel de información sobre la transmisión y prevención del VIH, y el segundo, el riesgo asociado con los comportamientos sexuales de los participantes. Los resultados mostraron que el conocimiento que los participantes tenían acerca del VIH, no se relacionaba con sus comportamientos sexuales.

Si bien los resultados no confirmaron la relación hipotetizada (a mayor conocimiento, menores conductas de riesgo), sí se identificaron factores específicos que contribuyen al riesgo de infección por VIH como la falta de correspondencia entre el conocimiento percibido y el conocimiento real, la capacidad para negociar

prácticas sexuales más seguras, la importancia del tipo de relación sexual, los aspectos emocionales, el tipo de pareja sexual y la interrelación de las variables sociodemográfica y del comportamiento y salud sexual. Los resultados revelaron que los participantes creían saber más sobre el VIH de lo que realmente sabían (Figura 1). Esta falta de correspondencia puede generar una falsa sensación de seguridad, lo que reduce la percepción de riesgo e incrementa la probabilidad de transmisión del VIH, como señala Arije y cols. (2023). Este fenómeno se puede explicar a través del efecto Dunning-Kruger (Kruger & Dunning, 1999), un sesgo cognitivo que sugiere que algunas personas con bajo conocimiento sobreestimen sus habilidades, ejecutando comportamientos de riesgo debido a una falsa sensación de conocimiento (Canady & Larzo, 2023).

Las preguntas que reflejaron un mayor nivel de desinformación se centraron en las manifestaciones clínicas del SIDA, la progresión del VIH en el organismo, sus síntomas y las pruebas de detección (Figura 2). Esto sugiere la necesidad de considerar la naturaleza clínica de estos temas y fortalecer estrategias que faciliten su comprensión. A este respecto, Permatasari et al., (2022) señalan que los adolescentes con bajo conocimiento en salud reproductiva son más propensos a involucrarse en conductas sexuales de riesgo, subrayando la importancia del conocimiento para la toma de decisiones informadas. Aunque este estudio no encontró una correlación directa entre el conocimiento sobre el VIH y la adopción de conductas preventivas, la literatura reciente reafirma que el conocimiento sigue siendo un factor fundamental en la prevención del VIH (Castillo-Arcos et al., 2024; Chanamé Zapata et al., 2021; Meléndez Salazar et al., 2023).

Entre los factores de riesgo identificados en la evaluación de los comportamientos sexuales, sobresalió la incapacidad de los participantes para rechazar comportamientos de riesgo o negociar prácticas sexuales más seguras como la categoría con el mayor nivel de riesgo (Tabla 2). Esta información nos permite concluir, al igual que Aguirre-Ojeda y colaboradores (2024), en la necesidad de desarrollar habilidades de negociación que faciliten la adopción de conductas preventivas; por ejemplo, la comunicación asertiva para negociar el uso de medidas preventivas de manera clara, directa y respetuosa, evitando tanto la pasividad

como la agresividad (Murphy-Graham & Cohen, 2022; Nasheeda et al., 2019). A este respecto, Plascencia-De la Torre et al., (2024) encontraron una correlación positiva entre la asertividad sexual y el uso consistente del condón.

Los resultados mostraron altos niveles de riesgo relacionados con el sexo oral y el sexo vaginal, siendo estas las prácticas más frecuentes entre los participantes, quienes en su mayoría no implementaban medidas preventivas durante su realización. Aventin y equipo (2021) encontraron que la ausencia en el uso del preservativo puede estar determinada por las normas de género, barreras económicas, la influencia de los pares, otro tipo de planificación familiar y actitudes o creencias negativas sobre los preservativos; creencias que podrían complementarse con la búsqueda de sensaciones (Harris et al., 2023).

Sobre el riesgo de transmisión del VIH a través del sexo oral, este es menor en comparación con el sexo vaginal o anal, pero no es inexistente. La presencia de heridas, úlceras o encías sangrantes en la boca de la persona que practica el sexo oral puede permitir la entrada del virus al torrente sanguíneo; además, si la persona que recibe el sexo oral tiene una carga viral detectable, el riesgo aumenta (McDonough et al., 2024; Sarfiani et al., 2024). Habel et al. (2018) reportaron que el 6% mujeres y el 7% de hombres de su muestra de estudio usaron preservativo en su última relación sexual comparado con el 20% y 30%, respectivamente, que lo usaron en su última relación anal.

También se encontró que mantener relaciones sexuales mientras se está alterado emocionalmente estuvo relacionado mayormente con las ejecuciones de conductas sexuales de riesgo; a este respecto se sabe que mantener relaciones sexuales en un estado de alteración emocional puede afectar la capacidad de juicio y autocontrol, lo que lleva a tomar decisiones impulsivas, tales como: no usar preservativo o participar en prácticas sexuales de mayor riesgo sin planificación adecuada (Remien et al., 2019; Remien et al., 2021). Es de considerar, que bajo un estado emocional alterado, las personas pueden sentirse menos seguras o capaces de comunicar sus deseos y límites, lo cual puede aumentar vulnerabilidad a la coerción o presión social, ya que las personas pueden ser más susceptibles a la persuasión o la presión de la pareja para

participar en prácticas sexuales sin protección (Aguirre-Ojeda et al., 2024; Anteneh, 2013; Robles & Espinel, 2017).

Aunado a lo anterior, las emociones intensas pueden llevar a buscar satisfacción inmediata sin considerar las consecuencias a largo plazo (Loewenstein et al., 2001; Singh & Singh, 2023). En otros casos, el uso de alcohol o drogas para manejar el malestar emocional puede disminuir aún más la percepción de riesgo y el autocuidado, aumentando la probabilidad de prácticas sexuales sin protección (Chawla & Sarkar, 2019; Leonangeli et al., 2021; Mthembu et al., 2019).

Otro aspecto por destacar fue la ausencia de conductas sexuales alternativas a la penetración (de cualquier tipo) cuando la persona con la que se tiene la relación sexual es la pareja estable. Este fenómeno ha sido ampliamente estudiado y está relacionado con factores psicológicos y culturales. Dentro de los factores psicológicos podemos encontrar la percepción de confianza y seguridad en la pareja (Agnew et al., 2017; Aguirre-Ojeda et al., 2024). Ewing y Bryan (2015) argumentan, que en una relación estable, las personas tienden romantizar la relación y confiar en que su pareja es fiel y no tiene comportamientos de riesgo. Diversos estudios han demostrado que las personas creen que el VIH solo es un riesgo en relaciones casuales o con personas desconocidas, lo que lleva a descuidar la prevención en relaciones estables (Mthembu et al., 2019; Robles & Espinel, 2017; Rodrigues et al., 2019).

También se han encontrado barreras emocionales, tales como el miedo a ofender o generar desconfianza, lo cual impide discutir abiertamente el uso de preservativos o la realización de pruebas, por temor a que se interprete como una falta de compromiso o fidelidad, lo cual deriva en la incomodidad para hablar sobre conductas preventivas (Fortenberry, 2019; Ibañez et al, 2017); sin embargo, las investigaciones de Anteneh (2013), Mavhandu-Mudzusi y Tesfay Asgedom (2016) y Jing y colaboradores (2023) encontraron una alta propensión a tener múltiples parejas sexuales principalmente en hombres, con una prevalencia que oscila entre los 30.14% y el 52%.

En cuanto a los aspectos culturales relacionados con la ejecución de comportamientos de riesgo al tener relaciones sexuales con la pareja estable se pueden mencionar la asociación de los preservativos con la

infidelidad y los roles de género tradicionales. En algunas culturas o comunidades, el uso de preservativos en relaciones estables puede ser visto como una falta de confianza o una señal de que la relación no es seria, ya que una relación estable es sinónimo de exclusividad caracterizada por la fidelidad y el compromiso (Bolaños, 2019; Colón-Burgos et al., 2024; Ibañez et al., 2017).

Los resultados del análisis de varianza mostraron que los hombres tenían mayores niveles de información, y al mismo tiempo, más conductas de riesgo frente a la infección sexual por VIH. Estos hallazgos coinciden con la literatura revisada y que pueden ser explicados por factores culturales, en donde el hombre tiene mayor libertad para acceder a la información, y que al mismo tiempo, es instigado a experimentar abiertamente su sexualidad como símbolo de hombría (Aventin et al., 2021); por el contrario, en muchas culturas se espera que las mujeres tengan menos parejas sexuales, inicien su vida sexual más tarde, sean más reservadas respecto a su sexualidad, evitando hablar abiertamente sobre sexo o buscar información, ya que esto puede ser socialmente sancionado (Najmabadi & Sharifi, 2019). A ese respecto, Merdassa (2024) identificó que la masculinidad tradicional contribuye significativamente a la ejecución de conductas de riesgo y que los estudiantes universitarios varones se implicaron más en conductas de riesgo que las mujeres.

En lo referente al estado civil, se encontró que las personas casadas o que viven en unión libre con su pareja suelen tener mayores niveles de información en comparación con las personas solteras, aunque sus niveles de riesgo basados en sus comportamientos sexuales no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Estas diferencias en los niveles de información pueden ser atribuibles a la diferencia de edades entre ambas muestras, Meléndez Salazar et al., (2023) encontró que a mayor edad mayor nivel de información, mientras que la similitud en sus conductas de riesgo estaría relacionada con la confianza de estar en una relación estable (Aguirre-Ojeda et al., 2024).

En términos del nivel de estudios, aquellos participantes con mayor nivel educativo tuvieron mayor conocimiento sobre el VIH, datos que coinciden con Meléndez Salazar et al., (2023); sin embargo, sus comportamientos de riesgo no mostraron diferencias significativas.

En referencia a la ocupación de los participantes, los trabajadores mostraron mayores niveles de información y comportamientos de riesgo en comparación con los estudiantes. Estas diferencias pueden atribuirse a la autonomía económica de los trabajadores, que facilita la participación en actividades de riesgo como el consumo de alcohol y encuentros sexuales casuales a diferencia de los estudiantes que dependen económicamente de sus familias y están más restringidos en su vida social (Anteneh, 2013; Moral de la Rubia & Garza Torteya, 2018; Pucheta Xolo et al., 2024); además, las dinámicas laborales pueden incluir relaciones de poder desiguales que incrementan el riesgo (Cortina & Areguin, 2021; Edelman & Cabrera, 2020; Ziraba, et al, 2018).

El análisis de las variables de salud sexual reveló niveles superiores de información sobre el VIH entre participantes con prácticas homosexuales. Este hallazgo puede atribuirse a la vulnerabilidad que caracteriza, especialmente a los Hombre que tiene Sexo con Hombres (HSH), quienes enfrentan un riesgo 28 veces mayor de infección por VIH (ONUSIDA, 2022). Esta disparidad ha fomentado una mayor conciencia y búsqueda activa de información sobre prevención, transmisión y tratamiento del VIH dentro de la comunidad homosexual; sin embargo, y pese a tener más información, sus comportamientos sexuales de riesgo no se diferenciaron de la comunidad heterosexual.

Otro factor ampliamente estudiado ha sido el número de parejas sexuales. En nuestro estudio se pudo constatar que los participantes con cuatro o más parejas sexuales poseían mayor nivel de información y al mismo tiempo mayor nivel de riesgo basado en sus conductas sexuales. Es de esperar, que cuanto mayor sea el número de parejas sexuales, mayor es la posibilidad de entrar en contacto con una persona portadora del VIH, especialmente si su estado serológico es desconocido o no ha sido diagnosticado. Aunado a lo anterior, la diversidad de parejas sexuales puede aumentar la probabilidad de participar en prácticas sexuales sin protección (Hunt et al., 1991).

En este estudio, la edad de inicio sexual demostró ser el único factor donde se confirmó la hipótesis esperada. Los participantes que iniciaron su vida sexual después de los 18 años presentaron más información y menor riesgo. Este hallazgo sugiere que una corta edad puede estar relacionada con la falta

de habilidades para decisiones informadas, ya sea para el uso de métodos preventivos o para negociar prácticas sexuales que reduzcan el riesgo de infección por VIH; además, en muchos casos, quienes inician su vida sexual temprano pueden hacerlo bajo presión social, coerción o en relaciones, lo que dificulta el control sobre el uso de medidas preventivas (Nelson et al., 2016; Stöckl et al., 2012). Aunado a lo anterior, las personas jóvenes, especialmente las menores de edad pueden enfrentar barreras para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva debido a restricciones legales, estigmatización social o desconocimiento de los recursos disponibles (Price et al, 2018; Ziraba, et al, 2018).

Finamente, el análisis de varianza también reveló que los participantes que se habían realizado pruebas de ITS presentaron mayor conocimiento sobre salud sexual, aunque sus comportamientos de riesgo no difirieron significativamente de aquellos que no se habían realizado pruebas. Este hallazgo sugiere que la realización de pruebas puede fomentar la conciencia sobre los riesgos, pero no garantiza la adopción de prácticas preventivas; incluso, el diagnóstico positivo de una ITS no se tradujo en cambios significativos en el comportamiento de riesgo. Ante esto, es importante hacer notar, que si una persona diagnosticada no tiene suficiente información sobre su enfermedad, es más probable que no adopte prácticas de prevención secundaria, lo que puede ocasionar que no sigan adecuadamente su tratamiento, interrumpiéndolo prematuramente o utilizándolo de forma incorrecta.

CONCLUSIONES.

La falta de relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH y los comportamientos sexuales de riesgo entre los participantes tiene varias implicaciones relevantes para la planificación de estrategias de prevención. Los resultados indican, que aunque los participantes contaban con cierto conocimiento sobre el VIH y sus formas de transmisión, enfrentaban dificultades para aplicar esta información en situaciones reales, como al negociar el uso de medidas preventivas o rechazar propuestas sexuales de riesgo. Estos hallazgos subrayan la necesidad de crear programas de prevención dirigidos a poblaciones con características, necesidades y comportamientos específicos, lo que permitirá diseñar mensajes y campañas

de salud pública más adaptadas y efectivas. También es importante incluir estrategias para manejar emociones, tomar decisiones responsables en el ámbito sexual, fomentar la confianza en la pareja y promover una comunicación abierta sobre el historial sexual y el uso del condón, incluso en relaciones estables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Agnew, C.R., Harvey, S.M., VanderDrift, L.E. y Warren, J. (2017). Relational underpinnings of condom use: findings from the project of Partner Dynamics. *Health Psychology*, 36(7), 713-720. <https://doi.org/10.1037/hea0000488>
2. Aguirre-Ojeda, D. P., Uribe-Alvarado, J. I., del Carmen Rojas-Montoya, C., & Pérez-Pimienta, M. C. (2024). Prácticas sexuales, habilidades de negociación del uso del condón y enamoramiento en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 34(1), 155-164. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2853>
3. Anteneh, Z. A. (2013). Prevalence and correlates of multiple sexual partnerships among private college students in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia. *Science Journal of Public Health*, 1(1), 9-17. <https://doi.org/10.11648/j.sjph.20130101.12>
4. Arije, O., Udoh, E., Ijadunola, K., Afolabi, O., Aransiola, J., Omoregie, G., ... & Onayade, A. (2023). Combination prevention package of interventions for reducing vulnerability to HIV among adolescent girls and young women in Nigeria: action research. *PLoS One*, 18(1), e0279077. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279077>
5. Aventin, Á., Gordon, S., Laurenzi, C., Rabie, S., Tomlinson, M., Lohan, M., ... & Skeen, S. (2021). Adolescent condom use in Southern Africa: narrative systematic review and conceptual model of multilevel barriers and facilitators. *BMC Public Health*, 21(1), 1228. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11306-6>

6. Bolaños, M. (2019). Barreras para el acceso y el uso del condón desde la perspectiva de género. *Horizonte Sanitario*, 18(1), 67-74.
7. Canady, B. E., & Larzo, M. (2023). Overconfidence in managing health concerns: The dunning–Kruger effect and health literacy. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 30(2), 460–468. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09895-4>
8. Castillo-Arcos, L. C., Telumbre-Terrero, J. Y., Maas-Góngora, L., Noh-Moo, P. M., & Ramírez-Sánchez, S. C. (2024). Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, resiliencia sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 49(3), 44-54. <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6757>
9. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2025, 10 de marzo). Preventing HIV. <https://www.cdc.gov/hiv/prevention/index.html>
10. Chanamé Zapata, F. C., Rosales Pariona, I., Mendoza Zuñiga, M., Salas Huamani, J. R. y Leon untiveros, G. F. (2021). Conocimientos y medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual en adolescentes peruanos andinos. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.85165>
11. Chawla, N., & Sarkar, S. (2019). Defining “high-risk sexual behavior” in the context of substance use. *Journal of Psychosexual Health*, 1(1), 26–31. <https://doi.org/10.1177/2631831818822015>
12. Colón-Burgos, J. F., Rojas, P., Vazquez, V., Khalona, M. A., Canedo, M., Pinzón Iregui, M. C., ... & Behar-Zusman, V. (2024). A qualitative community health assessment of HIV prevention awareness in a semi-rural Latinx seasonal farm working community in South Florida. *Culture, health & sexuality*, 26(8), 1072-1087. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2296483>
13. Cortina, L. M., & Areguin, M. A. (2021). Putting people down and pushing them out: Sexual harassment in the workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 8(1), 285-309. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012420-055606>

14. Edelman, L. B., & Cabrera, J. (2020). Sex-based harassment and symbolic compliance. *Annual Review of Law and Social Science*, 16(1), 361-383. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-031820-122129>
15. Ewing, S.W. y Bryan, A.D. (2015). A question of love and trust? The role of relationship factors in adolescent sexual decision making. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36(8), 628-634. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000190>
16. Flores Carvajal, E., Martínez Pérez, M., Alonso Cordero, M. E., y Hernández Gómez, L. (2017). Intervención educativa en adolescentes sobre conocimientos en la prevención de ITS/VIH-SIDA. *Medimay*, 24(2), 125–142. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1096>
17. Fortenberry, J. D. (2019). Trust, sexual trust, and sexual health: An interrogative review. *Journal of Sex Research*, 56(4–5), 425–439. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1523999>
18. García-Vargas, G. R. (2014). Evaluación de competencias de salud relacionadas con la prevención de la transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). [Tesis Doctoral No publicada]. Universidad de Almería, España. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10772.81280>
19. García-Vargas, G.R., Roales-Nieto, J.G., Eisenbeck, N. (2012) A pilot questionnaire to evaluate functional competencies related to HIV transmission. *New Voices in Psychology*, 8(1), 99-109. <https://hdl.handle.net/10520/EJC125179>
20. Habel, M. A., Leichter, J. S., Dittus, P. J., Spicknall, I. H., & Aral, S. O. (2018). Heterosexual anal and oral sex in adolescents and adults in the United States, 2011–2015. *Sexually Transmitted Diseases*, 45(12), 775–782. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000889>
21. Harris, B., McCredie, M. N., Truong, T., Regan, T., Thompson, C. G., Leach, W., & Fields, S. A. (2023). Relations between adolescent sensation seeking and risky sexual behaviors across sex, race, and age: A meta-analysis. *Archives of sexual behavior*, 52(1), 191-204. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02384-7>

22. Hunt, A. J., Davies, P. M., Weatherburn, P., Coxon, A. P., & McManus, T. J. (1991). Sexual partners, penetrative sexual partners and HIV risk. *AIDS*, 5(6), 723-728. <https://doi.org/10.1097/00002030-199106000-00012>
23. Ibañez, G. E., Whitt, E., Avent, T., Martin, S. S., Varga, L. M., Cano, M. A., & O'Connell, D. J. (2017). 'Love and trust, you can be blinded': HIV risk within relationships among Latina women in Miami, Florida. *Ethnicity & Health*, 22(5), 510–527. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1244737>
24. Jing, Z., Li, J., Wang, Y., & Zhou, C. (2023). Prevalence and trends of sexual behaviors among young adolescents aged 12 years to 15 years in low and middle-income countries: population-based study. *JMIR public health and surveillance*, 9(1), e45236. <https://doi.org/10.2196/45236>
25. Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>
26. Leonangeli, S., Montejano, G. R., & Michelini, Y. (2021). Impulsividad, consumo de alcohol y conductas sexuales riesgosas en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 78(2), 153-157. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.29287>
27. Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1-55.
28. Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological bulletin*, 127(2), 267. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.267> .
29. Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Tesfay Asgedom, T. (2016). The prevalence of risky sexual behaviours amongst undergraduate students in Jigjiga University, Ethiopia. *Health SA Gesondheid*, 21, 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2015.11.002>
30. McDonough, A. J., Simsarian, C., & Bongar, B. (2024). Sexually Transmitted Infections (STIs): Oral Sex. In *Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior* (pp. 1-6). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-08956-5_2282-1

31. Meléndez Salazar, J. Y., García Vargas, G. R., Hernández Chávez, L., y Serrano, M. (2023). Conocimiento como factor protector para la prevención de la transmisión sexual del VIH en jóvenes del sur de Quintana Roo. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(5), 591–603. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i5.1340>
32. Merdassa, A. B. (2024). Traditional masculinity, peer pressure, and sensation seeking as correlates of risky behaviours. *International Journal of Adolescence and Youth*, 29(1), 2298087. <https://doi.org/10.1080/02673843.2023.2298087>
33. Moral de la Rubia, J., & Garza Torteya, D. (2018). Relación entre los estilos parentales y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados de Monterrey, Nuevo León. *Perspectivas Sociales*, 19(1). Recuperado a partir de <https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/5>
34. Mthembu, Z., Maharaj, P., & Rademeyer, S. (2019). “I am aware of the risks, I am not changing my behaviour”: risky sexual behaviour of university students in a high-HIV context. *African journal of AIDS research*, 18(3), 244-253. <https://doi.org/10.2989/16085906.2019.1655075>
35. Murphy-Graham, E. & Cohen, A.K. (2022). Life Skills Education for Youth in Developing Countries: What Are They and Why Do They Matter? En: DeJaeghere, J., Murphy-Graham, E. (eds), *Life Skills Education for Youth. Young People and Learning Processes in School and Everyday Life*, (vol 5, pp. 13-42). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-85214-6_2
36. Najmabadi, K. M., & Sharifi, F. (2019). Sexual education and women empowerment in health: a review of the literature. *International Journal of women’s health and reproduction sciences*, 7(2), 150-155. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.25>
37. Nasheeda, A., Abdullah, H. B., Krauss, S. E., & Ahmed, N. B. (2019). A narrative systematic review of life skills education: effectiveness, research gaps and priorities. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 362–379. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1479278>

38. Nelson, K. M., Gamarel, K. E., Pantalone, D. W., Carey, M. P., & Simoni, J. M. (2016). Sexual Debut and HIV-Related Sexual Risk-Taking by Birth Cohort Among Men Who Have Sex with Men in the United States. *AIDS And Behavior*, 20(10), 2286-2295. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1330-0>
39. Organización Mundial de la Salud (2025, 10 de marzo). HIV/AIDS. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
40. Permatasari, D., Suprayitno, E., & A'yun, Q. (2022). The effect of the role of reproduction health knowledge on the sexual behavior of early adolescents. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 4(1), 10-15. <https://doi.org/10.32807/jkt.v4i1.214>
41. Plascencia-De la Torre, J. C., Martínez-Martínez, K. I., Correa-Romero, F. E., Sánchez-Medina, R., & Reynoso-González, O. U. (2024). Asertividad sexual y su relación con el uso del condón en hombres que tienen sexo con hombres. *Uaricha, Revista de Psicología*, 22, 30-41. <https://doi.org/10.35830/08aggx62>
42. Price, J. T., Rosenberg, N. E., Vansia, D., Phanga, T., Bhushan, N. L., Maseko, B., Brar, S. K., Hosseinipour, M. C., Tang, J. H., Bekker, L.-G., & Pettifor, A. (2018). Predictors of HIV, HIV risk perception, and HIV worry among adolescent girls and young women in Lilongwe, Malawi. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 77(1), 53–63. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001567>
43. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2024a). Hoja informativa 2024—Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Naciones Unidas. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
44. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2024b). La urgencia del ahora: El sida frente a una encrucijada — Informe mundial de ONUSIDA sobre el estado del sida 2024. Naciones Unidas. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_es.pdf

45. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (27 de julio de 2022). Millones de vidas en riesgo mientras el progreso contra el sida se muestra titubeante. Comunicado de prensa. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/20220727_PR_Global_Report_es.pdf
46. Pucheta Xolo, G., Villalobos Elbort, N. I., Pichardo Antonio, B., & Santiago Mijangos, A. D. (2024). El Monitoreo parental y autocuidado para prevención del VIH/SIDA en adolescentes de bachillerato. *Revista De Investigación E Innovación Educativa*, 2(1), 3–13. <https://doi.org/10.59721/rinve.v2i1.10>
47. Remien, R. H., Patel, V., Chibanda, D., & Abas, M. A. (2021). Integrating mental health into HIV prevention and care: a call to action. *Journal of the International AIDS Society*, 24(Suppl 2), e25748. <https://doi.org/10.1002/jia2.25748>
48. Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019). Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *Aids*, 33(9), 1411-1420. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002227>
49. Robles, J., & Espinel, J. (2017). Riesgo sexual y nivel de popularidad en estudiantes universitarios del Ecuador. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 152-161. Disponible en <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/54/pdf>
50. Rodrigues, D. L., Prada, M., & Lopes, D. (2019). Perceived sexual self-control and condom use with primary and casual sex partners: Age and relationship agreement differences in a Portuguese sample. *Psychology & Health*, 34(10), 1231-1249. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1603384>
51. Sarfiani, E., Yulis, D., & Yuliana, B. (2024). Sexual behavior factors that influence the incidence of HIV/AIDS in men's groups' male sex. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 13(2), 336-344. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v13i2.1221>
52. Singh, P., & Singh, A. (2023). Emotion regulation difficulties and health-risk behaviours in adolescents. *Behaviour Change*, 40(2), 86-102. <https://doi.org/10.1017/bec.2022.5>

53. Stöckl, H., Kalra, N., Jacobi, J., & Watts, C. (2012). Is Early Sexual Debut a Risk Factor for HIV Infection Among Women in Sub-Saharan Africa? A Systematic Review. *American Journal of Reproductive Immunology*, 69(s1), 27-40. <https://doi.org/10.1111/aji.12043>
54. Ziraba, A., Orindi, B., Muuo, S., Floyd, S., Birdthistle, I. J., Mumah, J., Osindo, J., Njoroge, P., & Kabiru, C. W. (2018). Understanding HIV risks among adolescent girls and young women in informal settlements of Nairobi, Kenya: Lessons for DREAMS. *PloS One*, 13(5), e0197479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197479>

DATOS DE LOS AUTORES.

1. **Gustavo René García-Vargas.** Doctor en Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la Salud. Profesor Investigador de Carrera. División de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. México. gustavo.garcia@uqroo.edu.mx
2. **John Alexander Blandón-Castaño.** Licenciado en Psicología. Profesional Proyectos de Investigación. Universidad de los Andes. Colombia. ja.blandon@uniandes.edu.co
3. **Jesús Yael Meléndez Salazar.** Profesor de Carrera del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No.253, México. qc.melendez.salazar@gmail.com
4. **Mario Serrano.** Doctor en Ciencia del Comportamiento opción Análisis de la Conducta. Investigador Titular C tiempo Completo, Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana. México. mserrano@uv.mx

RECIBIDO: 24 de febrero del 2025.

APROBADO: 5 de abril del 2025.