

Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas

Natalia Villegas Rodríguez¹
Lilian Marcela Ferrer Lagunas²
Rosina Cianelli Acosta³
Sarah Miner⁴
Loreto Lara Campos⁵
Nilda Peragallo⁶

- 1 Enfermera matrona, Magíster en Enfermería y Candidata a Doctora. Universidad de Miami, Estados Unidos.
email: nvillegasr@miami.edu
- 2 Enfermera. Profesora Doctora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile, Chile.
email: lferrerl@uc.cl
- 3 Enfermera. Profesora Doctora de Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de School of Nursing and Health Studies, University of Miami, Estados Unidos.
email: rcianelli@miami.edu
- 4 Enfermera, Magíster en Enfermería. Asistente de Investigación Mano a Mano de la Universidad Católica de Chile, Chile.
email: minersarah@yahoo.com
- 5 Enfermera, Candidata a Magíster en Enfermería. Coordinadora de proyectos de Investigación Mano a Mano de la Universidad Católica de Chile, Chile.
email: lnlara@uc.cl
- 6 Enfermera. Profesora de Nursing and Health Studies of University of Miami, United States.
Email: nperagallo@miami.edu

Subvenciones y ayudas: este artículo es producto del proyecto "Testeando una intervención en prevención de VIH/SIDA en mujeres chilenas" (NIH R01 TW006977, PI Cianelli).

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 27 de enero de 2011.
Fecha de aprobado: 16 de mayo de 2011.

Cómo citar este artículo: Villegas N, Ferrer L, Cianelli N, Miner S, Lara L, Peragallo N. Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. Invest Educ Enferm. 2011;29(2): 222 – 229.

Resumen

Objetivo. Evaluar la relación existente entre conocimientos y autoeficacia asociados al VIH/SIDA en mujeres chilenas en desventaja social. **Metodología.** Estudio correlacional, que utiliza la medición basal del estudio "Testeando una intervención en VIH y SIDA en mujeres chilenas", realizada entre 2006 y 2008, que tiene una muestra de 496 mujeres entre 18 y 49 años residentes en dos comunas de Santiago de Chile. Las participantes respondieron un cuestionario estructurado aplicado por entrevistadoras entrenadas. Este cuestionario incluyó preguntas sobre datos sociodemográficos, escala de conocimientos de conductas de riesgo y autoeficacia, entre otros. **Resultados.** Edad promedio de 32.3 ± 9.1 años, 72.2% vive con su pareja y 42.7% poseen educación media completa. La puntuación media de los conocimientos de la infección por el VIH fue de 8.9 ± 2.5 , mientras que para las tres escalas empleadas para medir autoeficacia fueron: "Normas de los pares" = 9.8 ± 3.6 , "Intención de reducir conductas de riesgo" = 12.2 ± 3.6 y "Self Efficacy Form" = 20.2 ± 4.7 . Los conocimientos tuvieron una correlación positiva débil con la "intención de reducir conductas de riesgo" ($r=0.19$; $p<0.0001$) y con la escala "Self Efficacy Form" ($r=0.34$; $p<0.0001$), pero no se relacionaron con las "normas de los pares en cuanto a relaciones sexuales seguras" ($r=0.13$; $p=0.78$). **Conclusión.** Existe una débil correlación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia en mujeres chilenas en desventaja social.

Palabras clave: conocimiento; autoeficacia; VIH; prevención primaria; mujeres; factores socioeconómicos.

Conhecimentos e autoeficácia sócios à prevenção do HIV e AIDS em mulheres chilenas

Resumo

Objetivo. Avaliar a relação existente entre conhecimentos e autoeficácia sócios ao HIV/AIDS em mulheres chilenas, em mulheres chilenas em desvantagem social. **Metodologia.** Estudo correlacional, que utiliza a medição basal do estudo "Testando uma intervenção em HIV e AIDS em mulheres chilenas", realizada entre

2006 a 2008, que tem uma mostra de 496 mulheres entre 18 e 49 anos residentes em dois comunas de Santiago de Chile. As participantes responderam um questionário estruturado aplicado por entrevistadoras treinadas. Este questionário incluiu perguntas sobre dados sociodemográficos, escala de conhecimentos de condutas de risco e autoeficacia, entre outros. **Resultados.** Idade média de 32.3±9.1 anos, 72.2% vive com seu companheiro e 42.7% possuem educação média completa. A pontuação média dos conhecimentos da infecção pelo HIV foi de 8.9±2.5, enquanto para as três escalas empregadas para medir autoeficacia foram: “Normas dos pares” =9.8±3.6, “Intenção de reduzir condutas de risco” =12.2±3.6 e “Self Efficacy Form”=20.2±4.7. Os conhecimentos tiveram uma correlação positiva débil com a “intenção de reduzir condutas de risco” ($r=0.19$; $p<0.0001$) e com a escala “Self Efficacy Form” ($r=0.34$; $p<0.0001$), mas não se relacionaram com as “normas dos pares quanto a relações sexuais seguras” ($r=0.13$; $p=0.78$). **Conclusão.** Existe uma débil correlação positiva entre o nível de conhecimentos sobre o HIV/AIDS e a autoeficacia em mulheres chilenas em desvantagem social.

Palavras chave: conocimiento; auto-eficácia; HIV; prevención primaria; mujeres; factores socioeconómicos.

Knowledge and self efficacy associated to HIV and AIDS prevention in Chilean women.

■ Abstract ■

Objective. To assess the relationship between knowledge and self efficacy associated to HIV/AIDS in women from Chile with social disadvantages. **Methodology.** Correlation study that uses the baseline assessment of the “Testing an HIV and AIDS intervention in Chilean women” study, carried out between 2006 and 2008, with a sample of 496 women between 18 and 49 years old, in 2 neighborhoods of Santiago de Chile. Participants answered a structured survey conducted by trained interviewers. The survey included questions about sociodemographic information, risk behaviors and a self-efficacy knowledge scale among others. **Results.** The average age was 32.3±9.1 years, 72.2% live with their partner and 42.7% have completed high school education. The mean score of HIV infection knowledge was 8.9±2.5, while the mean score for the three scales used to measure self-efficacy were: “Peer rules” =9.8±3.6, “Risk reduction intentions =12.2±3.6 and “Self Efficacy Form”=20.2±4.7. HIV knowledge had a weak positive correlation with the “Risk reduction intentions” scale ($r=0.19$; $p<0.0001$) and the “Self Efficacy Form” scale ($r=0.34$; $p<0.0001$), however there was no correlation with the “Safe sex peer rules” ($r=0.13$; $p=0.78$). **Conclusion.** There is a weak positive correlation between the HIV/AIDS related knowledge and self-efficacy among Chilean with social disadvantages.

Key words: knowledge; self efficacy; HIV; primary prevention; women; socioeconomic factors.

Introducción

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un problema de salud que en el 2009 alcanzó los 33.4 millones de personas en el mundo.^{1,2} En Chile, la prevalencia reportada para el año 2009 es de 0.4%, con 6 494 fallecidos con SIDA y 22 115 casos de VIH/SIDA reportados.^{3,4} La tendencia en Chile es hacia la feminización de la epidemia. Esto se ve reflejado en que el número de mujeres viviendo con VIH ha aumentado proporcionalmente más rápido que en hombres, produciendo una reducción en la razón hombre a mujer de 7:1 entre 1986-1990 a 3.6:1

en el período comprendido entre los años 2005-2009.⁴ Esta tendencia está afectando principalmente a mujeres de bajos ingresos y amas de casa, siendo la principal vía de transmisión a través de las relaciones sexuales heterosexuales consentidas y sin protección.⁴⁻⁶

El aumento en los casos de VIH/SIDA ha derivado en que se desarrollen nuevas estrategias de prevención enfocadas en el cambio conductual, considerando la incorporación de diversos elementos teóricos.⁷⁻⁹ Bandura⁷ en la teoría social

cognitiva señala que los programas efectivos para la prevención del VIH/SIDA deben incluir elementos teóricos, los cuales están fundamentados en la necesidad de que las personas ejerzan influencia sobre su propia motivación y comportamiento para lograr un cambio autodirigido. Según el mismo autor, los conocimientos son el primer paso para la prevención de esta enfermedad. Bandura describe que si las personas se informan adecuadamente sobre el riesgo de infección por este virus tomarán acciones para protegerse.⁷

En Chile, el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual¹⁰ reveló que en una importante proporción de las personas sus altos niveles de conocimientos están mezclados con información errónea, lo que puede inducir a actitudes irracionales y a aumentar su exposición al riesgo de adquirir VIH/SIDA. Rajevic¹¹ también ha señalado que existen ideas erróneas respecto a la transmisión del VIH, e indica que algunas de esas ideas se remontan a las campañas masivas realizadas en el país hace algunos años, donde hubo falta de claridad en los mensajes de prevención. Sin embargo, Bandura⁷ describe que los conocimientos por sí solos no son suficientes para el cambio conductual hacia la prevención de la infección, sino que se requiere además de otros componentes para lograr este objetivo, entre ellos el de la autoeficacia, definida por López de Rosales y Moral de la Rubia¹² como la capacidad de desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados, la cual ha sido relacionada con el rechazo de las relaciones sexuales de riesgo, hablar con la pareja sobre experiencias sexuales previas y utilizar correctamente el preservativo masculino. Bandura menciona que debe existir una relación positiva entre conocimientos y autoeficacia asociados a VIH/SIDA si se quiere lograr el cambio conductual.⁷ En Chile no se encontraron estudios locales que reporten sobre la relación existente entre conocimientos y autoeficacia asociados a VIH.

El objetivo de este estudio fue analizar la relación existente entre nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia en mujeres chilenas en desventaja social.

Metodología

Este estudio correlacional de corte transversal utiliza la medición basal del estudio cuasi-experimental "Testeando una intervención en VIH y SIDA en mujeres chilenas" (NIH R01 TW006977, PI Cianelli), que se realizó en dos comunas del área sur oriente en Santiago, Chile.¹³ La investigación original utilizó una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa utilizando un diseño cuasi-experimental) para adaptar, implementar y probar la eficacia de una intervención en prevención de VIH para mujeres chilenas. La investigación se realizó en dos comunas del área sur oriente de Santiago, Chile en la Región Metropolitana, región que concentra alrededor de un cuarto de la población en la capital y que tiene una de las tasas más elevadas de VIH/SIDA en el país.⁴ Ambas comunas se encuentran dentro de las más grandes de Santiago, con una población en conjunto cercana a 600 000 personas, la cual es predominantemente de bajos recursos y bajo nivel educacional, perteneciente en su mayoría al sistema público de salud (Fondo Nacional de Salud, FONASA).^{4,14,15} El estudio contó para su ejecución con la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica.

Para el análisis de los datos obtenidos de la medición basal del estudio original constituida por una muestra representativa de 496 personas, se utilizaron como criterios de inclusión: ser mujer, tener entre 18 y 49 años, ser residente de una de las dos comunas del área sur oriente en Santiago, Chile, y estar sexualmente activa en los seis meses previos al ingreso al estudio.

El reclutamiento de la muestra se llevó a cabo por el equipo de investigación en las salas de espera de diez centros de salud primaria entre los años 2006 y 2008. La difusión del estudio se llevó a cabo con la ayuda de las participantes, quienes invitaron a otras mujeres a sumarse al proyecto, además de la de líderes comunitarios que informaron sobre la investigación en su comunidad. Una vez la mujer decidió participar, se le solicitó información de contacto y se estableció una cita para la medición basal.

Para la recolección de la información se utilizó una entrevista estructurada en la cual las participantes respondieron un cuestionario que incluyó preguntas sobre datos socio-demográficos, conocimientos, y autoeficacia asociados a VIH. Los entrevistadores de sexo femenino fueron entrenados y siguieron un protocolo estandarizado para las entrevistas, las que tuvieron una duración estimada de 90 minutos y fueron realizadas en oficinas privadas de los centros de salud o en otras áreas de la comunidad, como centros comunitarios, según la disponibilidad de espacio y la preferencia de la participante.

Las variables de estudio fueron: a) *socio-demográficas*: edad, vivir con la pareja, estado civil, religión, nivel educacional, ingreso mensual del hogar y per cápita; b) *conocimientos de conductas de riesgo para VIH*: medidos con la escala de Conocimientos sobre VIH,¹⁶⁻¹⁸ constituida por 15 preguntas con opciones de respuesta de verdadero y falso, en la cual se asigna un punto por cada respuesta correcta, siendo el puntaje mayor el de 15 puntos $\alpha=0.75$; y c) *Autoeficacia asociada a VIH*: instrumento del que se utilizaron tres subescalas: 1) normas de pares en cuanto a relaciones sexuales seguras:^{16,19} constituida por cuatro ítems en los cuales un mayor puntaje representa mayor autoeficacia (rango entre 4 y 16 puntos), $\alpha=0.74$; 2) "Intención de reducir conductas sexuales de riesgo" (-16, 19) con cuatro ítems, en los cuales un mayor puntaje representa mayor autoeficacia (rango entre 4 y 16 puntos) $\alpha=0.72$; y 3) Escala de Autoeficacia Self Efficacy Form (SEF)^{16,18} (16, 18) escala referida al grado de acuerdo con aseveraciones que se refieren al manejo de relaciones sexuales de riesgo para adquirir VIH; tiene siete ítems en los cuales un mayor puntaje representa mayor autoeficacia (rango entre 7 y 28 puntos), $\alpha=0.74$. Las escalas de conocimiento y de autoeficacia fueron validadas en español en un estudio con mujeres hispanas¹⁸ y posteriormente estas escalas fueron validadas y piloteadas en mujeres chilenas en una primera fase cualitativa del estudio original.¹⁶

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS 17.0. Las variables socio-demográficas se analizaron con la estadística descriptiva

(medidas de tendencia central y de dispersión). Para el análisis correlacional entre conocimientos y autoeficacia asociados a VIH se utilizó la prueba de coeficiente de correlación de Pearson. La significancia estadística se asumió si el valor de la probabilidad fue menor a 0.05.

Resultados

En este estudio participaron 496 mujeres. Las características socio-demográficas más importantes de las mujeres son: el promedio de edad es 32.3 ± 9.1 años, tienen estudios de educación media (12 años) y más altos (61.1% media, 11.1% técnico y 3% universitario), por ocupación la mitad son amas de casa (52.9%) y una de cada cuatro trabaja fuera del hogar (27.1%), un 68.6% se encuentra en unión (44.4% casadas y 24.2% convivientes); 72.2% vive con su pareja; refieren pertenecer a las religiones católica y evangélica (57.9% y 21.0%, respectivamente); y en su mayoría reportan tener previsión de salud (88.5%). En cuanto al ingreso mensual promedio del hogar fue de $\$229\,000 \pm 14\,547$ pesos chilenos equivalentes a $\$458 \pm 29.1$ dólares estadounidenses (rango entre $\$0$ y $\$1\,200\,000$, ó entre $\$0$ y $\$2\,400$ dólares estadounidenses), y el ingreso per cápita mensual promedio fue de $\$54\,000 \pm 37\,287$ pesos chilenos equivalentes a $\$108 \pm 74.6$ dólares estadounidenses (rango entre $\$0$ y $\$300\,000$ ó entre $\$0$ y $\$600$ dólares estadounidenses).

En cuanto al *nivel de conocimientos sobre VIH*, el promedio fue de 8.9 ± 2.5 puntos (rango de 1 a 15 puntos), el cual refleja un nivel medio de conocimientos sobre el VIH. Seis de las 15 preguntas de conocimiento tuvieron el porcentaje más bajo de respuestas correctas; estas preguntas y el porcentaje exacto de respuestas correctas a cada una de estas preguntas se presentan a continuación: la identificación de que la mayoría de las personas infectadas con el SIDA se ven y se sienten saludables (47.7%), la utilización del preservativo en cuanto a que se debe dejar un espacio en la punta del condón al utilizarlo (47.7%), la identificación errónea de la loción de manos como lubricante

para condones (37.9%), o vaselina y otros aceites (29.2%), la eficacia del preservativo de látex para la prevención del VIH (27.7%) y la creencia de que los condones causan dolor o menos placer a los hombres (24.4%).

En relación a la *autoeficacia asociada a VIH*, la escala “*normas de los pares en cuanto a relaciones sexuales seguras*” obtuvo un promedio de 9.8 ± 3.6 puntos (rango entre 4 y 16 puntos). La escala “*intención de reducir conductas sexuales de riesgo*” tuvo un promedio de 12.2 ± 3.6 puntos (rango entre 4 y 16 puntos) y la *escala SEF*, tuvo un promedio de 20.2 ± 4.7 puntos (rango entre 7 y 28 puntos). Los puntajes obtenidos en las escalas

de autoeficacia reflejan un alto grado de acuerdo sobre las normas de los pares en cuanto a relaciones seguras, a la intención de reducir conductas de riesgo y al manejo de relaciones sexuales de riesgo para adquirir VIH (escala SEF).

En este estudio se encontraron coeficientes de correlación positiva estadísticamente significantes para el puntaje de los *Conocimientos de conductas de riesgo* con los de las escalas de *intención de reducir conductas de riesgo* y la *SEF* (0.19 y 0.34, respectivamente), aunque no se observó asociación cuando se cotejó con el puntaje de la *escala de normas de los pares en cuanto a relaciones sexuales seguras*. (Tabla 1)

Tabla 1. Correlación de Pearson para los conocimientos y autoeficacia asociados a VIH y SIDA

Correlación estudiada	n	r*	Valor de p
Conocimientos de conductas de riesgo y escala de normas de los pares en cuanto a relaciones sexuales seguras	468	0.13	0.78
Conocimientos de conductas de riesgo y escala de intención de reducir conductas de riesgo.	477	0.19	<0.001
Conocimientos de conductas de riesgo para VIH y la escala SEF	464	0.34	<0.001

* Coeficiente de correlación de Pearson

Discusión

Las mujeres del estudio forman parte del grupo de riesgo para la adquisición de VIH, considerando sus características socio-demográficas, nivel de escolaridad, trabajo y bajo ingreso mensual,^{6,19-21} lo que las hace población objetivo de acciones preventivas dentro de dos grandes comunas de Santiago.

En relación con los conocimientos sobre conductas de riesgo para VIH, las mujeres del estudio mostraron una amplia diversidad en el porcentaje de respuestas correctas, lo cual se asocia a los datos de la OMS que indican que el porcentaje promedio de la población de mujeres de 15 a 24 años con conocimientos amplios y completos sobre el VIH/SIDA de 2000-2007 es de 26%, mientras

que en los hombres superior (34%).² Lo anterior se puede relacionar con lo descrito en la literatura en relación con que en las personas existen altos niveles de conocimientos mezclados con déficits de conocimiento y concepciones erróneas.^{11,20-22} En Chile, estudios con diferentes segmentos de la población reportan similares hallazgos a los de nuestra investigación.²⁴⁻²⁷

En otro estudio realizado por Ferrer *et al.*²⁸ analizaron el uso de precauciones estándar en 52 trabajadores de salud de centros de atención primaria y encontraron un déficit de conocimiento y concepciones erróneas en cuanto al VIH, lo cual afectó la adecuada utilización de las precauciones estándar. Cabieses *et al.*²⁵ describieron el nivel de

conocimientos de VIH en 720 trabajadores de salud de centros de atención primaria de salud y reportaron que un 75% de ellos tenía un conocimiento adecuado de VIH; sin embargo pese a que la mayoría de la muestra tuvo un elevado porcentaje de conocimientos aun existen creencias erróneas respecto a la transmisión del VIH, como por ejemplo que la transmisión del VIH a través de jeringas puede ser reducida si éstas son desinfectadas con cloro o que el test de Elisa no confirma el seroestatus.

Ferrer *et al.*²⁷ evaluaron el nivel de conocimientos de VIH/Sida en 45 estudiantes universitarios chilenos y lo encontraron alto, sin embargo, los autores reportaron la misma tendencia descrita anteriormente. Estos autores encontraron que cinco preguntas fueron respondidas incorrectamente en forma sistemática, las cuales tenían relación con: transmisión vertical, la creencia de que todos los fluidos del cuerpo transmiten el VIH y la adquisición del VIH en lugares públicos como los baños. Similares resultados a los presentados en este artículo han sido descritos por Sikkema *et al.*¹⁹ en un estudio con 671 mujeres de bajos recursos realizado en diferentes ciudades de Estados Unidos, donde encontraron también déficit de conocimiento relacionado con el uso adecuado del preservativo masculino y el uso de lubricantes, y algunas concepciones erróneas sobre la apariencia de la mayoría de las personas viviendo con VIH.

En cuanto a la autoeficacia, los puntajes obtenidos permiten señalar que está asociada a la prevención de la infección por el VIH, y muestran que está presente en un alto grado en las participantes. Lo anterior es favorable en la prevención de la infección por el VIH y ha sido extensamente fundamentado por la teoría social cognitiva,²⁹ la cual describe que el poseer autoeficacia podría facilitar la toma de decisiones respecto de la prevención.^{7,29}

Los resultados de nuestro análisis correlacional señalan que existe relación entre conocimientos de conductas de riesgo y autoeficacia asociados al VIH/SIDA en algunos de sus componentes (la autoeficacia para la intención de reducir conductas de riesgo y la autoeficacia para el manejo de re-

laciones sexuales de riesgo para adquirir el VIH). Los hallazgos son concordantes con la asociación que señala la literatura entre ambos conocimientos y autoeficacia asociados a VIH/SIDA.²⁹ Si bien existe esta asociación significativa entre los conocimientos y la autoeficacia en algunos de los componentes, el valor de los coeficientes refleja un grado de correlación débil, lo que puede deberse a que en particular en este grupo de mujeres pueden existir factores culturales que influyan, como el machismo y el marianismo,^{27,30} el tabú al hablar de temas como el SIDA,²⁷ el manejo de las emociones en la negociación sexual y el rechazo de la pareja a la petición de protegerse, o creencias normativas de lo que socialmente es sugerido en los encuentros sexuales.^{31,32}

El único componente de autoeficacia que en este estudio no se correlacionó significativamente con los conocimientos fue el de las normas de los pares en cuanto a relaciones sexuales; definido por Bandura²⁹ como persuasión social, referida a la ejercida por los pares para desarrollar una determinada acción, fortaleciendo las creencias que las personas tienen sobre lo necesario para tener éxito. Resultados similares al de este estudio se han reportado en la literatura,³³⁻³⁶ en donde no ha sido clara la influencia de la persuasión social y las estructuras sociales involucradas en el cambio conductual hacia la prevención.

La limitación principal de ese estudio es el autorreporte, el cual podría diferir de lo que en realidad sucede,³⁷ pues las respuestas en algunas ocasiones podrían estar influenciadas por lo que socialmente es aceptado, particularmente en tópicos sensitivos. Otra limitación es la dificultad de establecer una relación causal entre el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia, debido al diseño transversal del estudio, por lo cual investigaciones futuras deberían estar enfocadas en estudios de corte prospectivos. Futuros estudios deben considerar el estudio de estos dos factores dentro de la prevención de la infección por el VIH, ya que éstos pueden influir en otros factores asociados con la transmisión del VIH, tales como la comunicación en pareja,³⁸ consumo de drogas¹² o la percepción del riesgo frente a la enfermedad; este último se ha relacionado

con la falta de conocimientos, con una baja percepción de riesgo frente a la enfermedad y con las creencias acerca de las conductas sexuales de riesgo, lo que aumentaría la probabilidad de tener comportamientos sexuales de alto riesgo de transmisión.³² También se ha señalado que inadecuados conocimientos respecto a la transmisión del VIH puede llevar a la estigmatización de las personas que viven con VIH/SIDA y a tener miedo a la adquisición de la infección.²² Finalmente, se puede mencionar que los hallazgos presentados en este estudio permiten un aporte al desarrollo de estrategias de prevención de la infección por el VIH en mujeres chilena, incorporando elementos que mejoren los conocimientos y autoeficacia frente a la enfermedad.

Agradecimientos: A todas las mujeres que participaron en este estudio.

Referencias

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Situación de la epidemia del SIDA 2009. [Internet] New York: UNAIDS; 2009 [acceso 2011 Mar 16]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2010. Ginebra: OMS; 2011, 177p.
3. UNICEF. Estadísticas de Chile. [Internet]. UNICEF; 2011 [acceso 2011 Abr 16]. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/chile_statistics.html
4. MINSAL [Internet]. Situación Epidemiológica de VIH/SIDA Chile, 1984-2009. [Internet]. Santiago de Chile: Departamento de epidemiología. [Acceso 2011 Abr 16]. Disponible en http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/Pais_84-09-VihSida.pdf
5. Dides C, Moran JM, Benavente MC, Perez MS. Salud sexual y reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos. Santiago de Chile: FLACSO-UNFPA; 2008. 84 p.
6. Vidal F, Carrasco M. Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos?. Un estudio de correlaciones en ocho regiones del país. Santiago: FLACSO; 2008. 267 p.
7. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Eval Program Plann.* 1990;13:9-17.
8. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research, MA: Addison-Wesley; 1975.
9. Catania J, Kegeles S, Coates T. Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction. *Health Educ Q.* 1990;17(1):53-72.
10. Comisión Nacional del SIDA. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual [Internet]. CONASIDA; 2007 [acceso 2008 Sep 15]. Disponible en <http://www.conasida.cl/docs/documentos/comport/comport2.htm>
11. Rajevic P. El libro abierto del amor y el sexo en Chile. Santiago de Chile: Editorial Planeta; 2000.
12. López F, Moral-de la Rubia J. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Publica Mex.* 2001;43(5):421-32.
13. Cianelli R, Ferrer L, Miner S, Norr K, Peragallo N, McElmurry. Mano a mano mujer: an effective HIV prevention for Chilean women Health Care for Women International. Santiago de Chile; Santiago de Chile; 2010.
14. Ministerio de Salud de Chile. Estado de situación de casos confirmados VIH/SIDA. [Internet]. 2009 [acceso 2010 Abr 10]. Disponible en: http://www.criaps.cl/download/informeVIH_2008_segundo.pdf
15. Cianelli R, Ferrer L, Miner S, De la Cruz R, Norr K, Peragallo N et al. Mano a mano mujer/ hand to hand woman: Una intervención para la prevención de VIH en mujeres chilenas. Santiago de Chile; U.S. National Institutes of Health; 2010.
16. Heckman T, Nelly J, Sikkema K, Cargill V, Solomon L, Roffman R et al. HIV risk characteristics of young adult, adult, and older women who love in inner-city housing developments: implications for prevention. *J Womens Health.* 1995;4(2):397-406.
17. Peragallo N, DeForge B, O'Campo P, Mi Lee S, Ju Kim Y, Cianelli R et al. A randomized clinical trial of an HIV- risk reduction intervention among low-income Latina women. *Nurs Res* 2005;54(4):108-18.
18. Sikkema K, Heckman T, Kelly JA, Anderson ES, Winett RA, Wagsraff D et al. HIV risk behaviours

- among women living in low-income, inner-city housing developments. *Am J Public Health*. 1996;86(8):1123-8.
19. Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Publica Mex* 2003;45(supl 1):S108-S14.
 20. Greenblatt R, Hessel, N. Epidemiology and natural history of HIV infection in women. [Internet] 2001 [acceso 2008 Oct 20]. Disponible en http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/English/tutorials/HIV_overview/references/docs/epi_nh_guide.pdf
 21. Boer H, Emons PA. Accurate and inaccurate HIV transmission beliefs, stigmatizing and HIV protection motivation in northern Thailand. *AIDS Care*. 2004;16(2):167-76.
 22. London AS, Robles A. The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of childbearing age in El Salvador. *Soc Sci Med* 2000;51:1267-78.
 23. Cianelli R, Ferrer L, Cabieses B, Araya A, Matsumoto C, Miner S. HIV issues and mapuches in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2008;19(3):235-41.
 24. Cabieses B, Ferrer L, Villarroel LA, Cianelli R, Miner S, Bernales M. Conocimientos y riesgo ocupacional de VIH en trabajadores de salud primaria chilenos. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(2). En prensa.
 26. Ferrer L, Issel LM, Cianelli R. Stories from Santiago: HIV/AIDS and needed health systems change. *Adv Health Care Manage*. 2005;5(3):63-105.
 27. Ferrer L, Cianelli R, Guzman E, Cabieses B, Irarrazabal L, Bernales M, Araya A. Chilean university students: knowledge and concern about HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007;18(5):51-6.
 28. Ferrer L, Cianelli R, Norr K, Cabieses B, Araya A, Irarrazabal L, & Bernales M. Observed Use of Standard Precautions in Chilean Community Clinics. *Public Health Nurs*. 2009;26(5):440-8.
 29. Bandura A. *Self-Efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
 30. Cianelli R, Ferrer L, McElmurry B. HIV prevention and low-income Chilean women: machismo, marianismo and HIV misconceptions. *Cult Health Sex*. 2008;10(3):297-306.
 31. Novoa P, Serrano-García I. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Rev Latinoam Psicol*. 2006;38(1):21-43.
 32. Coleman CL, Ball K. Determinants of perceived barriers to condom use among HIV-infected middle-aged and older African-American Men. *J Adv Nurs*. 2007;60:368-76.
 33. Latkin C, Donnell D, Celentano D, Aramrattna A, Liu T, Vongchak T, et al. Relationships between social norms, social network characteristics, and HIV risk behaviors in Thailand and the United States. *Health Psychol*. 2009;28:323-9.
 34. Elford J, Bolding G, Sherr, L. Popular opinion leaders in London: A response to Kelly. *AIDS Care*. 2004;16(3):151-8.
 35. Kelly JA, St. Lawrence JS, Diaz YE, Stevenson LY, Hauth AC, Brasfield TL, et al. HIV risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of population: An experimental analysis. *Am J Public Health*. 1991;81(2):168-71.
 36. Sikkema K J, Anderson ES, Kelly JA, Winett RA, Gore-Felton C, Roffman RA, et al. Outcomes of a randomized, controlled community-level HIV prevention intervention for adolescents in low income housing developments. *AIDS*. 2005;23(14):1509-16.
 37. Giuvadán M, Van de Vijver F, Poortinga Y, Leenen I, Pick S. Effects of a School-Based Life Skills and HIV-Prevention Program for Adolescents in Mexican High Schools. *J Appl Soc Psychol*. 2007;37(6):1141-62.
 38. Lara L, Cianelli R, Ferrer L, Bernales M, Villegas N. Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja. *Horiz Enferm*. 2008;19(2):35-43.