

Factores que Influencian la Adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en Mujeres Jóvenes Chilenas que Participaron en la Intervención Online I-STIPI

(Factors That Influence the Acquisition of Sexually Transmitted Infections and HIV in Chilean Young Women Who Participated in the Online Intervention I-STIPI)

Natalia Villegas, PhD, MSN, RN¹, Rosina Cianelli, PhD, MPH, RN^{1,2},
Daniel Santisteban, PhD¹, Loreto Lara, MSN³,
and Jessica Vargas, PhD student, MSN, NP-C, RN¹

Hispanic Health Care International
2016, Vol. 14(1) 47-56
© 2016. All rights reserved.
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1540415316629682
hhci.sagepub.com



Abstract

The aim of this descriptive cross-sectional study was to investigate the following factors associated with sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus prevention: (a) knowledge, (b) attitudes, (c) self-efficacy, (d) vulnerability, (e) risky behaviors, (f) preventive behaviors, and (g) internet use among 40 Chilean women between 18 and 24 years who participated in the pilot of an Internet based STI/HIV prevention intervention (I-STIPI). A structured questionnaire available in a secure website was used for data collection and it included questions related to STI and HIV prevention. The results of the study indicated that young women are at risk of acquiring STIs and HIV and have special needs for prevention. Familiarity and frequency of use of internet in this population can be used for STIs and HIV prevention.

Keywords

STI/HIV prevention, HIV education, Hispanic women, use of technology

Resumen

El objetivo de este estudio descriptivo de corte transversal fue investigar los siguientes factores asociados a la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): (a) conocimientos, (b) actitudes, (c) autoeficacia, (d) vulnerabilidad, (e) conductas de riesgo, (f) conductas de prevención, y (g) uso de internet en mujeres chilenas entre 18 y 24 años. Se utilizó un cuestionario estructurado disponible en un sitio web seguro para la recolección de datos que incluyó preguntas relacionadas con la prevención de ITS/VIH. Los resultados del estudio indicaron que las mujeres jóvenes están en riesgo de adquirir ITS/VIH y tienen necesidades especiales para la prevención. La familiaridad y frecuencia del uso de internet en esta población puede ser utilizado para la prevención de ITS/VIH.

Palabras clave

prevención de ITS/VIH, educación en VIH, mujeres hispanas, uso de tecnología

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), son un problema de salud mundial especialmente en los países en vías de desarrollo (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2014; World Health Organization [WHO], 2008). En Latinoamérica y el Caribe, las mujeres jóvenes son uno de

¹ School of Nursing and Health Studies, University of Miami, Coral Gables, FL, USA

² Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

³ Carrera de Enfermería, Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile

Corresponding Author:

Natalia Villegas, PhD, MS, RN, University of Miami School of Nursing and Health Studies, 5030 Brunson Ave, Miami, FL 33146, USA.

E-mail: nvillegasr@miami.edu

los grupos más afectados por estas infecciones (Pan American Health Organization [PAHO], 2008; The United Nations Children's Fund [UNICEF], 2015).

En Chile, el número de casos reportados de ITS/VIH continúa aumentando, siguiendo la tendencia epidemiológica mundial. En relación al VIH, se ha incrementado el número de casos en mujeres lo que se refleja en el cambio de proporción mujeres y hombres el cual entre los años 1986 y 1990, fue de 7,0:1,0 y actualmente es 4,7:1,0 (Ministerio de Salud Chile [MINSAL], 2014). Dides, Moran, Benavente y Pérez (2008) reportaron que en el país el 60% de los casos notificados de ITS se presentan en mujeres. De igual modo, la información disponible en Chile, refleja que la mayor prevalencia de sífilis, gonorrea, clamidia y virus papiloma se encuentra en mujeres menores de 25 años (Peredo, 2007; Santander et al., 2009), además un alto porcentaje (45%) de visitas médicas por ITS se concentra en mujeres chilenas menores de 25 años (Santander et al., 2009).

Debido a diversos factores de riesgo interrelacionados, las mujeres jóvenes chilenas entre 18 y 24 años poseen alto riesgo de adquirir ITS/VIH. Entre estos factores se encuentran: (a) conductas y actitudes de riesgo para la adquisición de ITS/VIH (relaciones sexuales no planificadas y múltiples parejas), (b) uso frecuente de drogas y alcohol (uso durante la relación sexual y drogas inyectables), (c) factores culturales (marianismo, machismo y normas culturales que dificultan el hablar de temas sexuales y prevención de ITS/VIH con la familia) y (d) factores psicológicos (sentimientos de invulnerabilidad frente la adquisición de ITS/VIH) que reducen la conciencia sobre los riesgos de adquirir ITS/VIH (Cianelli, Ferrer, & McElmurry, 2008; Comisión Nacional del SIDA [CONASIDA], 2000; Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes, 2008; Ferrer et al., 2007; Gonzalez, Montero, Martinez, Mena, & Varas, 2010; Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2009; Villegas et al., 2011). Sin embargo y a pesar de que se han descrito los factores de riesgo para ITS/VIH en la actualidad no existen intervenciones que se hayan centrado en este grupo específico de la población chilena. Las intervenciones disponibles para la prevención de ITS/VIH se han centrado específicamente en adolescentes o en mujeres adultas (Cianelli et al., 2012; Vigil et al., 2005).

Dentro de las iniciativas de prevención de ITS/VIH, diversos elementos teóricos han sido incorporados siendo la teoría social-cognitiva de Bandura (1990) y la teoría de la acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1975) las más utilizadas. Ambas teorías identifican los conocimientos, creencias, habilidades, autoeficacia y normas sociales como determinantes de conductas de riesgo para ITS/VIH. Por otra parte, se ha descrito que la percepción de vulnerabilidad y entender el contexto donde ocurren las conductas de riesgo son el primer paso en la prevención de ITS/VIH (Akwaru, Madise, & Hinde, 2003; Rosenstock, 1974).

Además de incorporar en las iniciativas de prevención de ITS/VIH los elementos teóricos y factores de riesgo, se ha descrito que la incorporación de tecnología, en particular el uso de internet, podría beneficiar a estas mujeres incrementando el interés en programas de prevención y reduciendo las barreras

para su acceso (Bull, Phibbs, Watson, & McFarlane, 2007; Bull, Pratte, Whitesell, Rietmeijer, & McFarlane, 2009; Noar, Black, & Pierce, 2009; Swendeman & Rotheram-Borus, 2010). Con frecuencia, las mujeres chilenas jóvenes enfrentan barreras para acceder a la atención en salud tales como la falta de dinero para transportarse o la negativa de empleadores para permitirles asistir a los centros de salud. Además, es importante mencionar la falta de educación sexual formal en escuelas, colegios, centros técnicos y universidades en Chile, lo que incrementa aún más el riesgo para ITS/VIH (Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos, 2010; Dides, Benavente, & Morán, 2009; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Secretaría General [FLACSO], Asociación Chilena de Protección de la Familia [APROFA], & Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA], 2009).

El objetivo de este estudio fue investigar los siguientes factores asociados a la prevención de ITS/VIH: (a) conocimientos, (b) actitudes, (c) autoeficacia, (d) vulnerabilidad, (e) conductas de riesgo, (f) conductas de prevención, y (g) uso de internet en mujeres chilenas entre 18 y 24 años. El conocimiento de estos factores es relevante para implementar una intervención para la prevención de ITS/VIH que sea apropiada para la edad y la cultura de este grupo de mujeres.

Metodología

Diseño y muestra

Estudio descriptivo de corte transversal que utiliza la medición basal del estudio "Crear y pilotear una intervención en internet para la prevención de ITS/VIH (I-STIPI) en mujeres jóvenes chilenas" (Villegas et al., 2014a; 2014b). Los criterios de inclusión fueron: (a) ser mujer chilena entre 18 y 24 años, (b) residir en Santiago de Chile, (c) identificarse como usuaria de internet (definido como una persona con acceso a Internet desde cualquier lugar por lo menos una vez por semana), (d) tener acceso a internet (en cualquier lugar que fuera cómodo para ellas), (e) identificarse como sexualmente activas en los últimos 6 meses previos al ingreso del estudio, y (f) ser capaz de leer y escribir en español. El estudio se realizó en Santiago de Chile. La muestra estuvo constituida por cuarenta mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión.

La investigación original se dividió en dos fases: (a) fase I creación de la intervención I-STIPI, y (b) fase II prueba piloto. La fase I incluyó las recomendaciones entregadas por expertos para elaborar el contenido, características técnicas, y creación del sitio web, hosting y el dominio del sitio web (www.i-stipi.cl). Para la fase II se utilizó una evaluación pre y post test, en el cual las participantes respondieron a un cuestionario antes de iniciar la participación en I-STIPI (pre test) y un cuestionario inmediatamente después de participar en I-STIPI (post-test). Se evaluó en la fase II la participación y retención de las participantes en el estudio, aceptabilidad de I-STIPI e impacto en la prevención de ITS/VIH. En este artículo se presenta solo la evaluación pre-test.

La intervención (I-STIPI) consistió en cuatro módulos online en español de una duración aproximada de 40-50 minutos. Cada módulo estuvo compuesto por las siguientes actividades: (a) una presentación de vídeo en flash con el contenido de la sesión de 10-15 minutos de duración, (b) cinco preguntas relacionadas con el contenido de la presentación en flash de aproximadamente 5 minutos de duración, (c) un vídeo clip con un testimonio o situación relacionada con cada módulo de 5 minutos, y (d) un blog donde las participantes discutieron el contenido del vídeo clip y el contenido de los módulos (alrededor 20-30 minutos requeridos para participar en el blog cada semana). Las participantes pudieron completar las actividades de cada módulo en cualquier momento durante una semana y luego de esta debían continuar con el módulo siguiente. Todas las actividades, videos flash, 5 preguntas y vídeo clip se realizaron en forma individual. La única actividad grupal fue la actividad del blog, en la cual las 40 participantes fueron divididas en grupos de 10 participantes.

Recolección de datos

La recolección de datos se realizó en la ciudad de Santiago de Chile entre Mayo y Julio del 2011. Santiago es la capital de Chile y se localiza en la zona central del país. De acuerdo con el censo del año 2012, Santiago tiene 6.683.852 habitantes siendo la ciudad más grande de Chile (Instituto Nacional de Estadísticas, 2012). Este estudio fue aprobado por los Comités de Ética de la Universidad de Miami y de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Para el reclutamiento de las participantes se distribuyeron folletos con información sobre el estudio, incluyendo el teléfono y correo electrónico de contacto. Dichos folletos se entregaron en diferentes lugares públicos de Santiago frecuentados por mujeres jóvenes chilenas, como por ejemplo supermercados, gimnasios, centros educacionales y/o comunitarios.

Las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron invitadas a participar en el estudio consertándose una entrevista con el investigador principal en un lugar seleccionado por cada una de las participantes. En dicha reunión, el investigador principal obtuvo el consentimiento informado, corroboró la información de contacto e informó a la participante sobre como acceder y responder un cuestionario estructurado en Survey Monkey en el laptop con conexión a internet que portaba el investigador principal.

Completar el cuestionario, tomó a las participantes aproximadamente 30 minutos. El cuestionario contenía instrumentos utilizados previamente en estudios realizados con población hispana en Estados Unidos y en Chile (Cianelli et al., 2012; Peragallo et al., 2005; Peragallo, Gonzalez-Guarda, McCabe, & Cianelli, 2012). Cuatro de los instrumentos utilizados: young people's internet usage questionnaire, subescala general de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, escala de actitudes hacia el uso de condón, y escala de riesgo sexual fueron traducidos desde el inglés al español y desde el español al inglés por miembros del equipo de investigación.

Luego de que las participantes completaron el cuestionario inicial fueron orientadas en I-STIPI con el propósito de familiarizarlas con la tecnología, el desarrollo de la intervención y evaluar si las participantes necesitaban asistencia técnica. La participación en el primer módulo de I-STIPI comenzó aproximadamente una semana después de completar el cuestionario inicial.

Variables del Estudio

Las variables del estudio y escalas que se utilizaron se describen a continuación.

Información socio-demográfica. En este cuestionario se recolectó información en relación a: la edad, estado civil, con quien vivía, número de hijos, nivel educacional, ingreso per cápita, religión, ocupación principal y seguro de salud .

Factores de riesgo personal y de la pareja que incrementan el riesgo de adquirir ITS/VIH. Se obtuvo información sobre la historia sexual incluyendo el número de parejas sexuales y la edad de inicio sexual, historia personal y de la pareja sobre ITS y el consumo de drogas durante su vida y el tipo de drogas (Cianelli et al., 2004; Peragallo et al., 2005).

Familiaridad con el uso del internet. Se utilizaron 4 preguntas pertenecientes al instrumento Young People's Internet Usage Questionnaire (YPIUQ; Child Exploitation and Online Protection Centre [CEOP], 2009) para medir el uso de internet en las mujeres que participaron en el estudio. Estas preguntas fueron dirigidas a la frecuencia del uso de internet, actividades preferidas online, y los lugares donde las mujeres accedieron a internet.

Conocimientos asociados a ITS/VIH. Para medir los conocimientos asociados a la prevención de ITS/VIH se utilizó la subescala general de conocimiento del cuestionario de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual (Jaworski & Carey, 2007). La subescala consta de 12 ítems que miden las siguientes áreas de conocimiento sobre ITS/VIH: síntomas, consecuencias, transmisión, prevención, detección y exámenes diagnósticos. El puntaje final está en el rango de 0 a 12 puntos, asignando 1 punto por cada respuesta correcta. Esta escala posee una consistencia interna de $\alpha = .82$ y para este estudio fue de $\alpha = .67$.

Actitudes hacia la prevención de ITS/VIH. Para esta variable se utilizó la escala de actitudes hacia el uso de condón perteneciente a la escala de riesgo sexual (DeHart & Birkimer, 1997) que consiste en 13 ítems que evalúan el grado de acuerdo con aseveraciones sobre el uso de condones. El rango de puntaje es de 13 a 65 puntos, con 5 opciones de respuesta en cada ítem (desde 1= totalmente en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo). Esta escala posee una consistencia interna de $\alpha = .88$ y para este estudio fue de $\alpha = .93$. Las participantes también contestaron dos preguntas acerca de su percepción sobre la

abstinencia y el ser fieles mutuamente con su pareja (Cianelli et al., 2004; Ferrer et al., 2006). El rango de puntaje de estas preguntas fue de 1 a 5 puntos (desde 1= totalmente en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo). Puntajes más altos en estas variables indicaron actitudes más positivas hacia el uso del condón, fidelidad mutua y abstinencia.

Vulnerabilidad hacia las ITS/VIH. Esta variable fue operacionalizada con dos preguntas que midieron la percepción del riesgo de adquirir ITS/VIH (Cianelli et al., 2004; Peragallo et al., 2005). Una de las preguntas fue sobre el grado de preocupación de adquirir una ITS y la otra pregunta acerca del grado de preocupación de adquirir VIH. Estas preguntas tenían 3 opciones de respuesta (1= no estoy preocupada, 2= un poco preocupada, y 3=muy preocupada). Puntajes más altos indicaron una mayor percepción de vulnerabilidad hacia las ITS/VIH.

Autoeficacia para las ITS/VIH. Esta variable fue medida con la escala de Autoeficacia para ITS/VIH (Ferrer et al., 2006), que consiste en 10 ítems que midieron el grado de confianza para realizar conductas de prevención de VIH. El rango de puntaje es de 10 a 50 puntos, con 5 opciones de respuesta en cada ítem (desde 1= para nada segura a 5= completamente segura). Esta escala posee una consistencia interna de $\alpha = .81$ y para este estudio fue de $\alpha = .69$.

Conductas para la prevención de ITS/VIH. Esta variable midió si en el último mes las mujeres fueron capaces de obtener condones (comprando o recibiendo muestras gratis), de hacerse una prueba de ITS/VIH y de evitar el consumo de alcohol y drogas al ser presionadas por amigos o la pareja. En la habilidad de obtener condones y de hacerse una prueba de ITS/VIH las mujeres contestaron en forma dicotómica (sí/no) y proporcionaron el resultado de las pruebas de ITS/VIH. Para la habilidad de evitar el consumo de drogas, las participantes tuvieron 5 opciones de respuesta (desde 1= nunca a 5= siempre). Un mayor puntaje indicó una mayor habilidad de evitar el consumo de drogas y alcohol (Cianelli et al., 2004; Peragallo et al., 2005).

Conductas sexuales de Riesgo. Se utilizaron 14 ítems de la escala de riesgo sexual de Turchik & Garske (2009) para medir las conductas de riesgo para ITS/VIH. Estas preguntas incluyeron preguntas sobre el número de parejas y la frecuencia que las mujeres tuvieron relaciones sexuales con personas que no estuvieron en una relación formal, no conocían o no confiaban, y número y tipo de relaciones sexuales sin utilizar condón en el último mes. Esta escala posee una consistencia interna de $\alpha = .80$ y para este estudio fue de $\alpha = .93$.

Análisis Estadístico. El paquete estadístico SPSS versión 18.0 fue utilizado para el análisis de datos. Se utilizó estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión) para analizar la información socio-demográfica y la información relacionada con la prevención de las ITS/VIH.

Resultados

Información Socio-Demográfica. La edad promedio de las mujeres fue de $19,9 \pm 1,9$ años, rango entre 18 y 24 años. Treinta y nueve (97,5%) mujeres eran solteras. Veinte y ocho (70,0%) vivían con sus padres, 5 (12,5%) con sus parejas y 8 (20,0%) tenían hijos. El ingreso promedio per cápita fue de \$ $114,2 \pm 112,4$ pesos chilenos (aproximadamente $228,4 \pm 224,9$ dólares americanos). En cuanto a sus creencias religiosas, 17 (42,5%) mujeres se consideraban católicas, 5 (12,5%) evangélicas, 4 (10,0%) mencionaron otra religión, 13 (32,5%) dijeron que no tenían religión, y una (2,5%) de ellas no respondió la pregunta. La mayoría (77,5%) de las mujeres pertenecía al seguro de salud público chileno, FONASA. En cuanto a ocupación, 33 (82,5%) de las mujeres eran estudiantes, 13 (32,5%) trabajaban y 5 (12,5%) eran dueñas de casa. En la Tabla 1 se presenta las características de las mujeres.

Factores de riesgo personal y de la pareja que incrementan el riesgo de adquirir ITS/VIH. La edad promedio de iniciación sexual fue de $16,2 \pm 1,9$ años (rango entre 12 y 20 años de edad). Las mujeres reportaron un promedio de $3,1 \pm 3,5$ parejas sexuales en su vida (rango entre 1 y 20 parejas sexuales). En relación con el número de parejas sexuales en el último mes, las mujeres reportaron un promedio $1,3 \pm 0,8$ parejas (rango entre 1 y 5 parejas). Respecto a la historia de infecciones de transmisión sexual, 10 (25,0%) participantes reportaron una ITS en su vida y cuatro (10,0%) reportaron que sus parejas habían tenido una ITS en su vida. En cuanto a consumo drogas, 32 (80,0%) mujeres mencionaron que habían utilizado drogas en alguna vez en su vida, las más reportadas fueron: marihuana (80,0%), cocaína (15,0%) y mezcla de marihuana con otras drogas (17,5%).

Familiaridad con el uso del internet. Treinta y siete (92,5%) mujeres mencionaron que utilizaron el internet más de una vez por semana en el último mes. De éstas 30 (75,0%) reportaron el uso diario de internet en el último mes. Sólo 3 (7,5%) participantes reportaron usar el internet una vez a la semana. El tiempo promedio de uso de internet en el último mes fue de $38,7 \pm 59,7$ horas (rango de 1 a 280 horas). Las actividades preferidas en internet fueron las relacionadas con el uso de Facebook o Twitter ($n = 38$, 95,0% de las mujeres), uso de iTunes para escuchar música ($n = 32$, 80,0% de las mujeres), uso de chats o Messenger ($n = 27$, 67,50% de las mujeres), visitar sitios web ($n = 22$, 55,0% de las mujeres), y revisar o ver noticias ($n = 16$, 40,0% de las participantes). Los lugares desde donde accedieron a internet con más frecuencia fueron: el hogar ($n = 34$, 85,0%), en casa de amigos o familia (20,0%), teléfonos móviles (12,5%) y lugar de trabajo (7,5%).

Conocimientos asociados a ITS/VIH. El puntaje promedio de conocimientos sobre ITS/VIH fue bajo ($2,5 \pm 2,1$ rango entre 0 y 7 puntos). Los ítems en que las mujeres tuvieron mayores niveles de conocimiento fueron: “que el examen de VIH no predice cuan enferma va a estar una persona” ($n = 19$, 47,5% de las respuestas fue correcta), y “que luego de infectarse una persona no desarrolla heridas en sus genitales” ($n = 16$, 40,0% de las

Tabla 1. Características de las mujeres en el estudio ($n = 40$).

Variabes	n (%)	$M \pm DS$ (rango)
Edad	–	$19,9 \pm 1,9$ (18 - 24 años)
Estado Civil		
Soltera	39 (97,5)	–
Casada	1 (2,5)	–
Nivel Educativo		
Educación básica	1 (2,5)	–
Educación secundaria	18 (45)	–
Educación Técnica	3 (7,5)	–
Educación Universitaria	18 (45,0)	–
Con quien vive		
Padres	28 (70,0)	–
Esposo o Pareja	5 (12,5)	–
Otro (por ejemplo sola o con parientes)	7 (17,5)	–
Religión		
Católica	17 (42,5)	–
Evangélica	5 (12,5)	–
Otra	4 (10,0)	–
Ninguna	13 (32,5)	–
Prefiere no responder	1 (2,5)	–
Ocupación Principal*		
Estudiante	33 (82,5)	–
Empleado	13 (32,5)	–
Dueña de Casa	5 (12,5)	–
Seguro de Salud		
Sin seguro	2 (5,0)	–
FONASA (seguro de salud público)	31 (77,5)	–
ISAPRE (seguro de salud privado)	4 (10,0)	–
Otro	3 (7,5)	–
Factores de riesgo personal y de la pareja		
Edad de inicio sexual	–	$16,2 \pm 1,9$ (12 - 20 años)
Número de parejas sexuales (vida)	–	$3,1 \pm 3,5$ (1 - 20 parejas)
Número de parejas sexuales (último mes)	–	$1,3 \pm 0,8$ (1 - 5 parejas)
Historia de ITS	10 (25,0)	–
Historia de ITS (pareja)	4 (10,0)	–
Uso de drogas (vida)	32 (80,0)	–
Familiaridad con el uso de internet		
Uso del internet (semanal)	37 (92,5)	–
Uso del internet (diario)	30 (75,0)	–
Tiempo promedio de uso (horas en el último mes)	–	$38,7 \pm 59,7$ (1 - 280 horas)

* Algunas participantes reportaron más de una ocupación principal.

respuestas fue correcta. Los ítems con menor conocimiento fueron: “que una mujer no puede saber que tiene clamidia si tiene mal olor en los genitales” ($n = 1$, 2,5% de las respuestas fue correcta), y “que un hombre no puede saber si tiene hepatitis B por la forma como se siente su cuerpo” ($n = 2$, 5,0% de las respuestas fue correcta). En la Tabla 2 se presenta los conocimientos asociados a ITS/VIH en la mujer.

Actitudes hacia la prevención de ITS/VIH. En relación con las actitudes hacia el uso de condones, las mujeres tuvieron un

puntaje promedio de $42,4 \pm 8,7$ (rango entre 28 y 61 puntos). Los ítems en los cuales las participantes tuvieron una actitud más positiva hacia el uso del condón fueron los siguientes: “en general estoy a favor de usar condones” ($n = 29$, 72,5% estuvo de acuerdo con la aseveración), y “usando condones, uno no puede entregarse a su pareja” ($n = 28$, 70,0% estuvo en desacuerdo con la aseveración). Los ítems en que las mujeres tuvieron una actitud más negativa hacia el uso del condón fueron los siguientes: “las personas pueden tener el mismo placer al tener sexo seguro y al tener sexo sin protección” ($n = 21$, 52,50% estuvo en desacuerdo con la aseveración), y “el usar condón es una molestia” ($n = 20$, 50,0% estuvo de acuerdo con la aseveración).

En relación con las actitudes sobre la abstinencia, 22 (55,0%) de las mujeres estuvo completamente de acuerdo o de acuerdo con que la abstinencia es una forma de protección para las ITS/VIH. Un tercio de las mujeres (35,0%) mencionó estar completamente en desacuerdo con la abstinencia como forma de protección y sólo 4 se mantuvieron neutrales frente a la aseveración. En cuanto a la fidelidad mutua, 27 (67,5%) de las mujeres estuvo completamente de acuerdo o de acuerdo con que las parejas pueden protegerse de adquirir ITS/VIH si son sexualmente fieles. Sólo 7 (17,5%) participantes estuvieron completamente en desacuerdo o en desacuerdo y 6 (15,0%) mujeres se mantuvieron neutrales sobre esta aseveración.

Vulnerabilidad hacia las ITS/VIH. En relación con la percepción de adquirir una ITS, la mayoría de las mujeres mencionaron sentirse muy preocupadas o un poco preocupadas ($n = 26$, 70,2%). Cerca de un tercio de ellas refirió no sentirse preocupada de adquirir una ITS ($n = 11$, 29,7%). En relación con el VIH, 19 participantes (67,5%) refirieron sentirse muy preocupadas o un poco preocupadas, y 12 (32,4%) mencionaron que no se sentían preocupadas de adquirir VIH.

Autoeficacia para las ITS/VIH. Las mujeres tuvieron niveles medios de autoeficacia para la prevención de ITS/VIH (promedio $39,4 \pm 5,2$, rango 29-50 puntos). Los ítems en que las mujeres estuvieron completamente seguras o muy seguras de llevar a cabo una conducta de prevención para las ITS/VIH (reflejando mayores niveles de autoeficacia) fueron: mantener la fidelidad con una sola pareja ($n = 37$, 92,5%), hablar con su pareja sobre sexo seguro ($n = 37$, 92,5%), usar preservativo/condón correctamente sin que se caiga o se rompa ($n = 32$, 80,0%) y hablar con otras mujeres acerca de la prevención de ITS/VIH ($n = 32$, 80,0%). Los ítems en que las mujeres se sintieron nada o poco seguras de llevar a cabo una conducta de prevención para las ITS/VIH (reflejando menores niveles de autoeficacia) fueron: practicar la abstinencia ($n = 17$, 42,5%), evitar usar drogas ($n = 12$, 30,0%) y evitar beber en exceso ($n = 9$, 22,5%).

Conductas para la prevención de ITS/VIH. Veinte Veinticinco (62,5%) mujeres reportaron que compraron u obtuvieron condones gratis en algún lugar en el último mes. En relación con realizarse una prueba para ITS, solo 11 (27,5%) mencionaron

Tabla 2. Conocimientos asociados a ITS/VIH.

Ítems	Niveles de Conocimiento n (%)
1. Luego de infectarse con VIH una persona desarrolla heridas en sus genitales (en el pene o la vagina)	16 (40,0)
2. Una mujer puede mirar su cuerpo y saber si tiene gonorrea.	4 (10,0)
3. Un hombre debe tener relaciones sexuales vaginales para tener verrugas genitales.	5 (12,5)
4. Las infecciones de transmisión sexual pueden conducir a problemas de salud que suelen ser más graves para los hombres que las mujeres.	16 (40,0)
5. Una mujer puede saber que tiene clamidia si ella tiene mal olor en sus genitales (vagina).	1 (2,5)
6. Si una persona tiene un examen de VIH que es positivo, este examen podrá decirle a esta persona cuan enferma va a estar.	19 (47,5)
7. Existe una vacuna disponible para prevenir que una persona tenga gonorrea.	6 (15,0)
8. Una mujer puede saber que tiene una infección de transmisión sexual por la forma cómo siente su cuerpo.	4 (10,0)
9. Existe una vacuna que protege a una persona de tener clamidia.	3 (7,5)
10. Un hombre puede saber que tiene Hepatitis B por la forma como siente su cuerpo.	2 (5,0)
11. Si una persona tuvo gonorrea en el pasado es esta inmune (protegido) de contraerla nuevamente.	12 (30,0)
12. Un hombre puede protegerse de adquirir verrugas genitales si lava sus genitales después de tener sexo.	11 (27,5)

haberse realizado algún examen para ITS en el último mes. Todas ellas reportaron que los resultados para ITS fueron negativos. Nueve (22,5%) mujeres mencionaron haberse hecho un examen para VIH en el último mes. De ellas, 8 (20,0%) dijeron que el resultado fue negativo y una (2,5%) mencionó que no sabía su resultado.

En relación con rechazar el consumo de drogas o alcohol al ser presionadas por su pareja o amigos, sólo 4 (10,0%) mujeres mencionaron que siempre rechazaron la presión social a consumir drogas o alcohol, 19 (47,5%) reportaron haber rechazado su uso a menudo u ocasionalmente, y 6 (15,0%) dijeron que nunca habían rechazado su uso. Once (21,5%) participantes dijeron que nunca se vieron enfrentadas a la presión de consumir drogas o alcohol.

Conductas sexuales de riesgo. La mayoría de las mujeres ($n = 33$, 82,5%) reportó haber tenido sólo una pareja sexual en el último mes y haber tenido relaciones sexuales sin usar un condón ($n = 30$, 76,9%). Veinte y tres mujeres (57,5%) tuvieron sexo oral

Tabla 3. Frecuencia de las conductas sexuales de riesgo (último mes).

Conducta de Riesgo	Frecuencia	n (%)
1. ¿Con cuantas parejas tuviste relaciones sexuales?	1 pareja	33 (82,5)
	2 o más parejas	7 (17,5)
2. ¿De ellas, con cuantas no tenías una relación formal (ejemplo, "amigos con ventaja, "andante)?	Ninguna	28 (70,0)
	1 pareja	9 (22,5)
	2 o más parejas	3 (7,5)
3. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales con alguien que no conocías bien o que acababas de conocer?	Ninguna	31 (77,5)
	1 o más veces	9 (22,5)
4. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales con una pareja sin hablar sobre su historia sexual, uso de drogas, si ha tenido ITS y sobre otras parejas sexuales?*	Ninguna	27 (67,5)
	1 o más veces	13 (32,5)
5. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales con alguien que ha tenido muchas parejas sexuales?	Ninguna	15 (38,5)
	1 o más veces	24 (61,5)
6. ¿Cuántas veces has tenido sexo con una pareja que ha tenido parejas sexuales previas y no se ha hecho exámenes para ITS-VIH?	Ninguna	22 (55,0)
	1 o más veces	18 (45,0)
7. ¿Con cuantas parejas que no confías plenamente has tenido relaciones sexuales?	Ninguna	31 (77,5)
	1 o más parejas	9 (22,5)
8. ¿Cuántas veces (que tú sepas) has tenido sexo con alguien que tiene otra pareja además de ti durante el mismo periodo de tiempo?	Ninguna	29 (72,5)
	1 o más veces	11 (27,5)
9. ¿Cuántas veces has tenido sexo sin usar condón?*	Ninguna	9 (23,1)
	1 o más veces	30 (76,9)
10. ¿Cuántas veces has dado sexo oral sin usar condón?	Ninguna	17 (42,5)
	1 o más veces	23 (57,5)
11. ¿Cuántas veces tu o tu pareja han usado drogas o alcohol antes de tener sexo?	Ninguna	20 (50,0)
	1 o más veces	20 (50,0)
12. ¿Cuántas veces has tenido sexo anal sin usar condón?	Ninguna	37 (92,5)
	1 o más veces	3 (7,5)

* Una mujer no respondió la pregunta.

sin usar condón y sólo 3 (7,5%) tuvieron sexo anal sin utilizar condón en el último mes. La mitad de las mujeres (50,0%) menciono que había usado drogas o alcohol antes de tener relaciones sexuales. Veinticuatro (61,5%) participantes mencionaron que habían tenido relaciones con parejas que habían tenido muchas parejas sexuales en el pasado. Alrededor de un 45,0% de las mujeres mencionó que habían tenido relaciones sexuales con una persona que no se había hecho exámenes para ITS/VIH. Cerca de un tercio (32,5%) mencionó que había tenido relaciones sexuales con una pareja sin hablar sobre su historia sexual, uso de drogas, si ha tenido ITS y sobre otras parejas sexuales. Tabla 3 señala la frecuencia de las conductas sexuales de riesgo en la muestra.

Discusión

Las mujeres jóvenes chilenas que participaron en este estudio poseen diversos factores de riesgo para la adquisición de ITS/VIH, tales como el inicio temprano de actividad sexual,

diferentes parejas sexuales a lo largo de su vida, bajos niveles de conocimiento asociados a la prevención, algunas actitudes negativas hacia la abstinencia, fidelidad mutua y uso del condón, y niveles medios de autoeficacia. Los resultados de este estudio son congruentes con otros estudios que demuestran que las mujeres hispanas están a riesgo y no han recibido apropiada educación sobre la prevención de ITS/VIH (CONASIDA, 2000; Ferrer et al., 2007; INJUV, 2009; Villegas et al., 2011).

En relación con los conocimientos asociados a la prevención, las participantes presentaron déficit en diversas áreas lo cual podría estar relacionado con las barreras que estas mujeres experimentan para acceder al sistema de salud y la falta de educación formal sobre prevención de ITS/VIH en los centros educacionales (Cardona, Jaiberth, Arboleda, & Rosero, 2013; Davila, Tagliaferro, Bullones, & Daza, 2008; Ferrer et al., 2007; Gomez-Bustamante & Cogollo-Milanés, 2011). En la cultura hispana, existe un tabú para hablar sobre sexualidad y el ofrecer información a los jóvenes es visto por muchos padres con preocupación, ya que podría indicar un incremento en la actividad sexual (Cardona et al., 2013; Ferrer et al., 2007; INJUV, 2009). Es por esto relevante que las intervenciones dirigidas a mujeres jóvenes incrementen la comunicación sobre el tema desde edades tempranas y que las instituciones educativas puedan estar involucradas en otorgar información sobre la sexualidad.

Las participantes tuvieron algunas actitudes tendientes hacia el uso de preservativos, lo cual podría eventualmente llevar a un cambio de conductas sexuales de riesgo (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2010; Fisher, Fisher, Bryan, & Misovich, 2002). Una actitud tendiente hacia el uso de preservativos ha sido asociada con un menor riesgo de adquirir ITS/VIH y con una mayor probabilidad del uso del preservativo en la relación sexual (Teva, Bermudez, & Ramiro, 2014). Sin embargo, en este estudio, aun cuando algunas actitudes fueron positivas hacia el uso del condón y alrededor del 60% refirió haber comprado condones u haber obtenido estos gratis, muy pocas mujeres utilizaron un condón en el último mes. Esto podría estar relacionado con la percepción de que el uso de condones no es necesario al estar en una relación estable o que el condón reduce el placer sexual, la intimidad, son de alto costo e indican desconfianza en la pareja (CONASIDA, 2000; Del Castillo et al., 2012; Teva et al., 2014).

Alrededor de un tercio de las mujeres no se sintió vulnerable a la adquisición de ITS/VIH, lo cual es preocupante ya que estas mujeres han estado expuestas a conductas de riesgo para ITS/VIH pero no son conscientes de estos riesgos. También se pudo observar esta baja percepción de vulnerabilidad en el escaso porcentaje de mujeres que se realizó una prueba para ITS o VIH. Además, se ha descrito que es muy poco probable lograr el cambio conductual si no existe una percepción de vulnerabilidad hacia las ITS/VIH (Adefuye, Abiona, Balogun, & Lukobo-Durrell, 2009; Rosenstock, 1974). Estos resultados son similares a otros estudios con mujeres en donde se ha encontrado que estas no se sienten vulnerables lo cual podría estar relacionado con la percepción de que estas infecciones solo las adquieren ciertos grupos de personas por ejemplo personas

que consumen drogas u homosexuales (Cianelli et al., 2010, Peragallo et al., 2012).

La autoeficacia es uno de los motivadores más importantes para lograr el cambio conductual (Bandura, 1995; Fisher et al., 2002). En este estudio, los altos niveles de percepción de autoeficacia para la prevención en ITS/VIH encontrados podrían facilitar la toma de decisiones para la prevención. Otros estudios conducidos en mujeres hispanas han obtenido resultados similares en cuanto a la percepción de autoeficacia para ITS/VIH (Cianelli et al., 2012; Fernandez-Esquer, Atkinson, Diamond, Useche, & Mendiola, 2004; Villegas et al., 2011).

Entre las jóvenes chilenas, la reducción del número de parejas casuales podría reducir la exposición a conductas sexuales de riesgo, las cuales son la forma más común de transmisión y adquisición de las ITS/VIH (MINSAL, 2010), en especial considerando el bajo porcentaje de uso del preservativo reportado en esta población. El bajo porcentaje de uso del preservativo podría explicarse por la alta prevalencia de participantes que reportaron estar en una relación estable. Estas mujeres tienden a preferir la fidelidad mutua como la estrategia de prevenir ITS/VIH, lo cual es consistente con otro estudio realizado con mujeres chilenas (Cianelli et al., 2012). Se necesitan más estudios en esta población de mujeres en Chile, ya que éstas podrían estar expuestas a conductas de alto riesgo por parte de sus parejas sin ser consciente de los riesgos involucrados.

Otro aspecto importante a considerar para la prevención en estas mujeres es el consumo de sustancias ya que la mayoría reportó que han consumido drogas y/o alcohol alguna vez en su vida, con la mitad de ellas habiendo consumido drogas y/o alcohol antes de tener relaciones sexuales, y a su vez muy pocas de ellas rechazaron el uso de estas sustancias al tener presión social. Cianelli et al. (2006) reportó una prevalencia similar en el consumo de sustancias en mujeres chilenas entre 18 y 49 años, sin embargo en este estudio solo un 3,8% de las mujeres manifestó haberse encontrado ebria antes de tener relaciones sexuales y ninguna utilizó otras sustancias antes de tener relaciones sexuales. Esto podría indicar un cambio en el patrón de consumo de las mujeres chilenas, y/o un incremento en el consumo en los últimos años con una mayor tendencia al consumo en mujeres jóvenes. Futuros estudios deben explorar en este incremento en el consumo de sustancias y diseñar estrategias de prevención que incluyan aumentar la autoeficacia para evitar el consumo de sustancias frente a la presión social.

Los resultados de esta investigación son relevantes para las enfermeras, otros profesionales de la salud e investigadores que trabajan en la prevención de ITS/VIH ya que proporcionan información valiosa sobre los factores de riesgo de las jóvenes y sobre prevención de ITS/VIH. Además, este estudio proporciona datos sobre la alta frecuencia del uso de internet en estas mujeres, indicando que este medio podría ser utilizado para facilitar la entrega de contenidos relevantes para la prevención de ITS/VIH a jóvenes en los centros de salud y además podría ser útil para el desarrollo de programas comunitarios, dirigidos por enfermeras, que incorporen los factores de riesgo de estas mujeres y que provean recursos para prevenir estas infecciones. Futuras investigaciones podrían explorar en las preferencias de

las jóvenes hispanas para participar en programas preventivos y la incorporación de la tecnología.

Limitaciones

Las limitaciones de este estudio incluyen el tamaño de la muestra y el auto-reporte de las mujeres, el cual podría influenciar los resultados del estudio, ya que, las participantes podrían responder lo que socialmente es aceptado, particularmente en temas sensitivos. Otro aspecto a considerar es que las mujeres hispanas tienden a responder con respuestas extremas (ya sea muy positiva o muy negativa), lo que podría dar lugar a respuestas cercanas a la dirección deseada por el investigador. También, un muestreo por conveniencia fue utilizado, lo que podría influir en que la muestra no sea representativa de todas las mujeres chilenas.

Conclusion

Finalmente, se puede mencionar que los hallazgos presentados en este estudio permiten un aporte al desarrollo de estrategias de prevención para las ITS/VIH en mujeres jóvenes chilenas, incorporando elementos que ayuden a reducir las conductas de riesgo en esta población.

Subvenciones y Ayudas

Esta investigación fue financiada por Sigma Theta Tau Beta Tau Chapter y recibió la contribución del Center of Excellence for Health Disparities Research: El Centro, National Center on Minority Health and Health Disparities grant P60MD002266.

Conflicto de Interés

Los autores reportan que no existen intereses financieros o potenciales conflictos de interés con las agencias que otorgan financiamiento para investigación o con otras entidades cuyos productos o servicios están relacionados con los temas tratados en este manuscrito.

Referencias

- Adefuye, A., Abiona, T., Balogun, J., & Lukobo-Durrell, M. (2009). HIV sexual risk behaviors and perception of risk among college students: Implications for planning interventions. *BMC Public Health*, 9(281), 1–13. doi: 10.1186/1471-2458-9-281
- Akwara, P. A., Madise, N. J., & Hinde, A. (2003). Perception of risk of HIV/AIDS and sexual behavior in Kenya. *Journal of Biosocial Science*, 35(3), 385–411.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13(1), 9–17.
- Bandura, A. (Ed.). (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Bull, S., Phibbs, S., Watson, S., & McFarlane, M. (2007). What do young adults expect when they go online? Lessons for development of an STD/HIV and pregnancy prevention website. *Journal of Medical Systems*, 31(2), 149–158. doi:10.1007/s10916-006-9050-z
- Bull, S., Pratte, K., Whitesell, N., Rietmeijer, C., & McFarlane, M. (2009). Effects of an Internet-based intervention for HIV prevention: The Youthnet trials. *AIDS & Behavior*, 13(3), 474–487. doi:10.1007/s10461-008-9487-9
- Cardona, A., Jaiberth, A., Arboleda Carmona, P., & Rosero Ascuntar, C. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio de Caldas (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 29(2), 236–248.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Male latex condoms and sexually transmitted diseases*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.htm>
- Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos. (2010). Educación sexual en Chile [Sexual education in Chile]. Recuperado de <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1357&sid=7>
- Child Exploitation and Online Protection Centre. (2009). Project empower: The young people's Internet usage questionnaire. Recuperado de <http://esafety.pbworks.com/f/Young%20People's%20Internet%20Usage%20Questionnaires.doc>
- Cianelli, R., Ferrer, L., Bedregal, P., Crittenden, K., Levy, J., Norr, K., . . . Peragallo, N. (2004). Testing an HIV/AIDS Prevention Intervention for Chilean Women. U.S. National Institutes of Health, Grant RO1 NIH R01 TW006977-05.
- Cianelli, R., Ferrer, L., Bernal, M., Miner, S., Irarrázabal, L., & Molina, Y. (2006). Uso de sustancias en mujeres con desventaja social: Riesgo para el contagio de VIH/SIDA. *Horizonte De Enfermería*, 17(2), 15–22.
- Cianelli, R., Ferrer, L., Norr, K. F., Miner, S., Irarrázabal, L., Peragallo, N., . . . McElmurry, B. (2012). Mano a Mano Mujer: An effective HIV prevention intervention for Chilean women. *Health Care for Women International*, 33(4), 321–341. doi: 10.1080/07399332.2012.655388
- Cianelli, R., Ferrer, L., & McElmurry, B. (2008). Issues on HIV prevention among low-income Chilean women: Machismo, marianismo and HIV misconceptions. *Culture, Health and Sexuality*, 10(3), 297–306. doi: 10.1080/13691050701861439
- Cianelli, R., Villegas, N., Gonzalez-Guarda, R., Kaelber, L., & Peragallo, N. (2010). HIV susceptibility among Hispanic women in south Florida. *Journal of Community Health Nursing*, 27(4), 1–9. doi: 10.1080/07370016.2010.515458
- Comisión Nacional del SIDA. (2000). *Estudio nacional de comportamiento sexual*. Recuperado de <http://www.conasida.cl/docs/documentos/comport/comport2.htm>
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2008). *Octavo estudio nacional de drogas en la población general de Chile* [Eighth national study of drug in the Chilean general population]. Recuperado de http://www.bibliodrogas.cl/biblioteca/digital/octavo_estudio_nacional_2008_final.pdf
- Davila, M. E., Tagliaferro, A. Z., Bullones, X., & Daza, D. (2008). Nivel de conocimientos de adolescentes sobre el VIH/SIDA. *Revista De Salud Pública*, 10(5), 716–722. doi: 10.1590/S0124-00642008000500004
- DeHart, D. D., & Birkimer, J. C. (1997). Trying to practice safer sex: Development of the sexual risks scale. *The Journal of Sex Research*, 34(1), 11–24. doi: 10.1080/0022449970955186
- Del Castillo Arreola, A., Mayorga Rivera, L., Guzman Saldana, R. M. E., Escorza Hernandez, F., Gutierrez Gomez, I. G., Hernandez Hernandez, M., & Juarez Mendez, E. (2012). Actitud hacia el uso

- del condon y autoeficacia en la prevencion del VIH/SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH. *Revista Científica Electronica De Psicología*, 13, 28–55.
- Dides, C., Benavente, C., & Morán, J. (2009). *Estado de la vinculación de la salud sexual y reproductiva, VIH y SIDA e ITS en Chile*. Recuperado de: <http://www.flacsochile.org/publicaciones/estado-de-la-vinculacion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-vih-y-sida-e-its-en-chile/>
- Dides, C., Moran, J., Benavente, M., & Pérez, M. (2008). *Salud sexual y reproductiva en Chile 2007: Actualización de datos estadístico*. Recuperado de http://issuu.com/flacso.chile/docs/ssr_chile_2007/5
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Secretaría General [FLACSO], Asociación Chilena de Protección de la Familia [APROFA], & Fondo de Poblacion de Naciones Unidas[UNFPA]. (2009). *Desafíos en salud sexual y reproductiva, VIH, SIDA e ITS en Chile*. Santiago, Chile. Recuperado de www.flacso.cl/getFile.php?file=file_4b0c405f693b9.pdf
- Fernandez-Esquer, M. E., Atkinson, J., Diamond, P., Useche, B., & Mendiola, R. (2004). Condom use self-efficacy among U.S.- and foreign-born Latinos in Texas. *Journal of Sex Research*, 41(4), 390–399. doi:10.1080/00224490409552246
- Ferrer, L., Arechavala, C., Cianelli, R., Repeto, P., Sapag, J., Bernales, M., & Ramirez-Balles, J. (2006). *Bringing men into HIV/AIDS prevention in Chile*. U.S. National Institutes of Health, grant RO1 NIH R01 TW007674.
- Ferrer, L., Cianelli, R., Guzman, E., Cabieses, B., Irrarrazabal, L., Bernales, M., & Araya, A. (2007). Chilean university students: Knowledge and concern about HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(5), 51–56. doi:10.1016/j.jana.2007.07.001
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Recuperado de <http://www.people.umass.edu/ajzen/f&a1975.html>
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D., & Misovich, S. J. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21(2), 177–186. doi:10.1037//0278-6133.21.2.177
- Gomez-Bustamante, E., & Cogollo-Milanés, Z. (2011). Conocimientos sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(5), 778–784. doi: 10.1590/S0124-00642011000500006
- Gonzalez, E., Montero, A., Martinez, V., Mena, P., & Varas, M. (2010). Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena De Obstetricia y Ginecología*, 75(2), 84–90. doi:10.4067/S0717-75262010000200002
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2012). Resultados preliminares censo de población y vivienda 2012. Recuperado de http://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20120831/asocfile/20120831161553/resultados_preliminares_censo_2012.pdf
- Instituto Nacional de la Juventud. (2009). Sexta encuesta nacional de la juventud: Principales resultados. Recuperado de http://www.injuv.gob.cl/pdf/VI_Encuesta_Nacional_de_Juventud_Principales_Resultados_2009.pdf
- Jaworski, B., & Carey, M. (2007). Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. *AIDS and Behavior*, 11(4), 557–574. doi: 10.1007/s10461-006-9168-5
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2014). World AIDS Day 2014 Report - Fact sheet. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/documents/20141118_FS_WADreport_en.pdf
- Ministerio de Salud Chile. (2014). Informe nacional de progreso sobre SIDA en Chile. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CHL_narrative_report_2014.pdf
- Ministerio de Salud Chile. (2010). Situación epidemiológica del VIH-SIDA en Chile, 1986-2004 [Epidemiologic situation of the HIV-AIDS in Chile, 1986-2004]. Department of Epidemiology]. Recuperado de http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/Pais_84-09VihSida.pdf
- Noar, S., Black, H., & Pierce, L. (2009). Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: A meta-analysis. *AIDS*, 23(1), 107–115. doi:10.1097/QAD.0b013e32831c5500
- Pan American Health Organization. (2008). *Adolescent and Youth. Sexual reproductive health. Opportunities, approaches, and choices*. Washington, DC.
- Peragallo, N., Deforge, B., O'Campo, P., Lee, S., Kim, Y., Cianelli, R., & Ferrer, L. (2005). A randomized clinical trial of an HIV-risk-reduction intervention among low-income Latina women. *Nursing Research*, 54(2), 108–118.
- Peragallo, N., Gonzalez-Guarda, R., McCabe, B., & Cianelli, R. (2012). The efficacy of an HIV risk reduction intervention for Hispanic women. *AIDS & Behavior*, 16(5), 1316–1326. doi:10.1007/s10461-011-0052-6
- Peredo, C. (2007). Infecciones de transmisión sexual en los adolescentes chilenos. V Congreso de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia [Sexually Transmitted Infections in Chilean adolescents. V Obstetrics and Gynecology Child and Adolescent Congress]. Recuperado de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Med-wave/PuestaDia/Congresos/1263>
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 1–8). Thorofare, NJ: Charles B Slack.
- Santander, E., Fich, F., Salvo, A., Pacheco, G., Mendoza, M., Garces, C., ... Maldonado, A. (2009). Normas de manejo y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), primera parte. *Revista Chilena de Infectología*, 26(2), 174–190. doi: 10.4067/S0716-10182009000200012
- Swendeman, D., & Rotheram-Borus, M. (2010). Innovation in sexually transmitted disease and HIV prevention: Internet and mobile phone delivery vehicles for global diffusion. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 139–144. doi: 10.1097/YCO.0b013e328336656a
- Teva, I., Bermudez, M., & Ramiro, M. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: Evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 46(2), 127–136.
- The United Nations Children's Fund. (2015). The AIDS epidemic continues to take a staggering toll, especially in sub-Saharan Africa. Recuperado de <http://data.unicef.org/hiv-aids/global-trends>

- Turchik, J., & Garske, J. (2009). Measurement of sexual risk taking among college students. *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 936–948. doi:10.1007/s10508-008-9388-z
- Vigil, P., Riquelme, R., Rivadeneira, R., & Aranda, W. (2005). Teen-STAR: Una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes [Effects of Teenstar, an abstinence only sexual education program, on adolescent sexual behavior]. *Revista Médica De Chile*, 133, 1173–1182.
- Villegas, N., Ferrer, L., Cianelli, R., Miner, S., Lara, L., & Peragallo, N. (2011). Conocimientos y autoeficacia asociados a VIH y SIDA en mujeres Chilenas [Knowledge and self-efficacy related to HIV and AIDS among Chilean women]. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2(29), 212–221.
- Villegas, N., Santisteban, D., Cianelli, R., Ferrer, L., Ambrosia, T., Peragallo, N., & Lara, L. (2014a). Pilot testing an Internet-based STI and HIV prevention intervention with Chilean women. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 106–116. doi:10.1111/jnu.12114
- Villegas, N., Santisteban, D., Cianelli, R., Ferrer, L., Ambrosia, T., Peragallo, N., & Lara, L. (2014b). The development, feasibility, and acceptability of an Internet-based STI-HIV prevention intervention for young Chilean women. *International Nursing Review*, 61(1), 55–63. doi:10.1111/inr.12080
- World Health Organization. (2008). Controlling Sexually Transmitted Infections. Recuperado de http://www.searo.who.int/LinkFiles/HIV-AIDS_Controller_STI.pdf