

Conocimientos y creencias sobre la infección por virus de inmunodeficiencia humana y el sida en mujeres usuarias de métodos anticonceptivos de barrera y naturales: un análisis en zonas urbanas y rurales

 Sarai Castro-Leyton,¹  Judith Castro-Chuchon,¹  Angie Chamorro-Gómez,¹
 Yenny Chipana-Chuquihamani,¹  John Barja-Ore.²

RESUMEN

Objetivo: Analizar los conocimientos y creencias sobre la infección por virus de inmunodeficiencia humana y el sida en mujeres usuarias de métodos de barrera y naturales residentes en zonas urbanas y rurales del Perú.

Métodos: Estudio analítico transversal que analizó el registro de 4926 y 2273 mujeres de zona urbana y rural, respectivamente, que participaron de una encuesta nacional de 2021. Se estimaron frecuencias y porcentajes ponderados con los intervalos de confianza al 95 %; y se calculó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia menor a 0,05.

Resultados: En áreas rurales, la mayoría de las mujeres eran usuarias de métodos naturales (73,6 %), en las áreas urbanas, existía un menor desconocimiento sobre la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el sida (11,4 %). La proporción de mujeres con creencias inadecuadas fue significativamente mayor en las zonas rurales que en las urbanas ($p < 0,001$). Un mayor porcentaje de usuarias de métodos de barrera que vivían tanto en zonas urbanas (12,6 %) como rurales (25,1 %), desconocen aspectos relacionados con la infección por virus de inmunodeficiencia humana y el sida.

Conclusión: En las zonas rurales existe un mayor porcentaje de desconocimiento y creencias erróneas sobre la infección por virus de inmunodeficiencia humana y el sida. El uso de métodos de barrera fue mayor en zonas urbanas; y los naturales, en las zonas rurales. Los conocimientos y creencias adecuadas se presentaron en su mayoría en usuarias de métodos de barrera, tanto en zonas rurales como urbanas.

Palabras clave: Infecciones por virus de inmunodeficiencia humana, Sida, VIH, Anticonceptivos, Zona urbana, Zona rural.

Knowledge and beliefs about HIV/AIDS among women using barrier and natural methods: an analysis in urban and rural areas.

SUMMARY

Objective: To analyze the knowledge and beliefs about HIV/AIDS in women users of barrier and natural methods in urban and rural areas of Peru.

Methods: Cross-sectional analytical study that analyzed the registry of 4926 and 2273 urban and rural women, respectively, who participated in a national survey in 2021. Frequencies and percentages weighted with 95% confidence intervals were estimated, and the chi-square test was calculated with a significance level less than 0.05.

Results: In rural areas, the majority of women were users of natural methods (73.6%), while in urban areas, there was less ignorance about HIV/AIDS infection status (11.4%). The proportion of women with inadequate beliefs about HIV was significantly higher in rural areas compared to urban areas ($p < 0.001$). A higher percentage of barrier method users living in both urban (12.6%) and rural (25.1%) areas were unaware of HIV/AIDS-related issues.

Conclusion: In rural areas there is a higher percentage of lack of knowledge and erroneous beliefs about HIV/AIDS. The use of barrier methods was higher in urban areas and natural methods in rural areas. Knowledge and appropriate beliefs were mostly present in users of barrier methods in both rural and urban areas.

Keywords: HIV Infections, AIDS, Contraceptives, Urban Zone, Rural Zone.

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se encuentra entre los virus que han afectado más a la humanidad y que ha generado grandes implicancias

¹Estudiante de Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. ² Magister Docencia e Investigación en Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú. Correo de correspondencia: john.barja@upn.edu.pe

Forma de citar este artículo: Castro-Leyton S, Castro-Chuchon J, Chamorro-Gómez A, Chipana-Chuquihamani Y, Barja-Ore J. Conocimientos y creencias sobre el VIH/SIDA en mujeres usuarias de métodos anticonceptivos de barrera y naturales: un análisis en zonas urbanas y rurales. Rev Obstet Ginecol Venez. 83(3):302-309. DOI: 10.51288/00830309

socioeconómicas y, sobre todo, de salud pública (1). Se reconoce que este problema representa un reto para todos los sistemas de salud (2), debido a los distintos escenarios de desigualdad y estigma social presentes en cada contexto (3).

El VIH se transmite por distintas vías, como la sanguínea, lactancia materna y de forma vertical, pero, principalmente, por los fluidos sexuales (4). Su prevención se realiza a partir de la provisión y uso de los métodos de barrera, así como de la educación que reciben las personas y sus familias, por parte de un profesional de salud capacitado (5). Pese a esto, el insuficiente conocimiento sobre las formas de transmisión y de prevención, aunado al miedo por contraer el VIH representan factores relevantes para generar estigma, creencias erradas y discriminación (6).

La cultura y el entorno comunitario de la ubicación geográfica en la que reside una persona, así como de su propia perspectiva, pueden influir en la asistencia y adherencia a los servicios de atención médica; y, en consecuencia, impactar sobre su estado de salud (7). Es así como, las creencias tradicionales tienen una gran influencia en la difusión de información del VIH, de forma que se comportan como una barrera para la transmisión de conocimientos y desarrollo de medidas preventivas (8).

El conocimiento sobre el VIH se considera primordial para hacer frente a esta enfermedad; no obstante, varios estudios evidencian que existen diversas creencias sobre la forma de transmisión y prevención del VIH (9, 10). Además, en otro estudio se encontró que los jóvenes poseen conocimientos errados sobre la transmisión del VIH, así como sobre el uso de preservativos, aunque esto no limita su uso (11).

La diversidad cultural cumple un rol fundamental en el sostenimiento de la salud, cada realidad ejerce una determinada influencia sobre los estilos y hábitos de las personas. Los cuidados preventivos acerca del

VIH, como la anticoncepción, suelen estar sujetos a componentes sociales y culturales, ante ello, es necesario que las mujeres dispongan de información válida y confiable proporcionada por profesionales de salud, así como de servicios de salud accesibles y amigables.

Por ello, este estudio tiene como objetivo analizar los conocimientos y creencias sobre el VIH/SIDA en mujeres usuarias de métodos anticonceptivos de barrera y naturales residentes en zonas urbanas y rurales del Perú.

MÉTODOS

Estudio observacional, de tipo analítico transversal, realizado con base en un análisis de bases secundarias que, para fines de esta investigación, corresponde a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2021, la cual permite garantizar la representatividad de la población, a partir de su muestreo aleatorio desarrollado en dos etapas, en estratos e independiente, a nivel departamental y de acuerdo con la zona de residencia (urbana y rural).

Esta investigación incluyó a las mujeres cuya edad se encontraba entre los 15 y 49 años, que utilizaban métodos anticonceptivos de barrera o métodos naturales y presentaban registro completo en las variables seleccionadas. En tanto que, se excluyeron a las embarazadas y aquellas que no habían iniciado relaciones sexuales. Con estos criterios de elegibilidad, la muestra de este estudio fue de 7199 mujeres (4926 de zona urbana y 2273 de zona rural).

Las variables necesarias para el estudio se eligieron de la base de datos RE758081 del módulo 1636; y de las bases de datos RE223132 y REC0111 de los módulos 1632 y 1631, respectivamente. De la primera base de datos, las variables de estudio fueron: (1) conocimiento sobre el lugar de tamizaje (V783); (2) conocimiento sobre si una persona aparentemente sana podría

estar infectada con VIH (V756); (3) creencia sobre el menor riesgo de adquirir VIH en las personas que no tienen relaciones sexuales (V754BP); (4) creencia sobre el menor riesgo de adquirir VIH cuando se usa preservativo en las relaciones sexuales (V754CP); (5) creencia sobre el menor riesgo de adquirir VIH si se tiene una sola pareja sexual que no esté infectado y que no tenga otras parejas (V754DP); y (6) creencia sobre la transmisión del VIH por la picadura de un mosquito (V754JP). De la segunda base de datos se seleccionó la variable de uso de método actual (V312), la cual fue recategorizada en métodos de barrera (condón) y naturales (abstinencia periódica y ritmo). De la última base de datos, se utilizó la variable correspondiente a zona de residencia (V025).

El manejo y análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 26. En primer lugar, con el campo CASEID se logró fusionar las bases de datos seleccionadas; posteriormente, previo al análisis, se especificó el factor de ponderación, la estratificación y los conglomerados. Para el análisis univariado de las variables categóricas se reportaron frecuencias y porcentajes ponderados junto con sus intervalos de confianza al 95 %; además, la prueba chi cuadrado fue aplicada para evaluar la diferencia de proporciones.

Para el desarrollo de esta investigación no fue necesaria la aprobación de un comité de ética en investigación, puesto que el análisis realizado fue de datos de acceso libre correspondientes a una encuesta nacional demográfica y de salud realizada en el Perú. Es importante mencionar que dicha encuesta se realiza previo consentimiento informado de las personas y que

las bases de datos analizadas no contenían información personal.

RESULTADOS

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, los de barrera son más utilizados en el área urbana (52 %) en comparación con el área rural (26,4 %). En el área rural, se utilizan con más frecuencia métodos naturales (73,6 %). Existen diferencias significativas en el uso de métodos de barrera y natural respecto al área de residencia (Tabla 1).

La mayoría de las mujeres de zonas urbanas (96,5 %) y rurales (95,6 %) conocen dónde se pueden realizar el tamizaje de VIH, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,341$). En el área rural, es significativamente mayor el desconocimiento de que las personas aparentemente sanas podrían estar infectadas con VIH (21,7 %), mientras que, en el área urbana este porcentaje es menor (11,4 %) (Tabla 2).

En la zona urbana, el porcentaje de mujeres con creencias adecuadas acerca del VIH es mayor al de las zonas rurales; mientras que, en esta zona, las creencias erradas sobre este virus fueron mayores, con excepción en cuanto a la creencia vinculada a que la abstinencia reduce el riesgo de infección. Las creencias sobre el VIH fueron significativamente diferentes entre las zonas urbanas y rurales ($p < 0,001$) (Tabla 3).

En las zonas urbana y rural, el conocimiento acerca de dónde se puede realizar el tamizaje de VIH no muestra diferencias estadísticamente significativas en las usuarias de métodos de barrera y métodos naturales.

Tabla 1. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de zonas urbanas y rurales

Método anticonceptivo	Urbano			Rural			p^*
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	
Barrera	2436	52,0	49,3 – 54,6	630	26,4	23,7 – 29,2	< 0,001
Natural	2490	48,0	45,4 – 50,7	1643	73,6	70,8 – 76,3	

* p valor estimado para la prueba de chi cuadrado de Pearson

Tabla 2. Conocimientos sobre el VIH en mujeres de zonas urbanas y rurales

Conocimiento	Urbano			Rural			<i>p</i> *
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	
Del lugar para el tamizaje							
No	87	3,5	2,6 – 4,8	64	4,4	3,1 – 6,2	0,341
Si	4839	96,5	95,2 – 97,4	2209	95,6	93,8 – 96,9	
Persona aparentemente sana puede tener VIH							
No	496	11,4	9,8 – 13,3	464	21,7	19,2 – 24,4	< 0,001
Si	4228	84,4	82,3 – 86,3	1627	69,9	66,9 – 72,7	
No sabe	202	4,2	3,2 – 5,4	182	8,4	6,9 – 10,3	

* *p* valor estimado para la prueba de chi cuadrado de Pearson

Tabla 3. Creencias sobre el VIH en mujeres de zonas urbanas y rurales

Creencias	Urbano			Rural			<i>p</i> *
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	
Menor riesgo de transmisión del VIH cuando no se tienen relaciones sexuales							
No	866	18,4	16,4 – 20,6	334	16,6	14,4 – 19,1	< 0,001
Si	3973	79,8	77,5 – 81,8	1839	78,6	75,8 – 81,2	
No sabe	87	1,8	1,3 – 2,6	100	4,7	3,6 – 6,2	
Menor riesgo de adquirir VIH cuando se usa condón cada vez que se tienen relaciones sexuales							
No	491	10,2	8,8 – 11,8	261	12,7	10,9 – 14,7	< 0,001
Si	4344	87,7	85,9 – 89,3	1861	81,1	78,5 – 83,5	
No sabe	91	2,1	1,4 – 3,0	151	6,2	5,0 – 7,7	
Menor riesgo de adquisición del VIH cuando se tiene una sola pareja sexual que no esté infectado							
No	430	9,2	7,7 – 10,8	242	11,4	9,6 – 13,3	< 0,001
Si	4436	89,4	87,6 – 90,9	1956	84,4	81,9 – 86,6	
No sabe	60	1,5	0,9 – 2,3	75	4,2	3,1 – 5,7	
Riesgo de adquisición del VIH por la picadura de un mosquito							
No	2323	47,9	45,4 – 50,4	817	34,7	31,9 – 37,7	< 0,001
Si	2228	44,6	42,1 – 47,1	1285	57,5	54,5 – 60,5	
No sabe	375	7,5	6,2 – 9,0	171	7,7	6,3 – 9,4	

* *p* valor estimado para la prueba de chi cuadrado de Pearson

Tabla 4. Conocimientos sobre el VIH en mujeres con métodos de barrera y naturales según la residencia

Conocimiento	Urbano Barrera		Rural Natural		<i>p</i>	Urbano Barrera		Rural Natural		<i>p</i>
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Del lugar del tamizaje					0,914					0,544
No	39	3,6	48	3,5		13	3,7	51	4,7	
Si	2397	96,4	2442	96,5		617	96,3	1592	95,3	
Persona aparentemente sana puede tener VIH					0,002					< 0,001
No	210	10,3	286	12,6		85	12,1	379	25,1	
Si	2153	87,1	2075	81,5		512	82,6	1115	65,4	
No sabe	73	2,6	129	5,9		33	5,4	149	9,5	

* *p* valor estimado para la prueba de chi cuadrado de Pearson

El desconocimiento de que una persona aparentemente sana esté infectada con el VIH es significativamente mayor en las usuarias de métodos naturales que en usuarias de métodos de barrera tanto de las zonas urbanas (12,6 % vs. 10,3 %) como rurales (25,1 % vs. 12,1 %) (Tabla 4).

El porcentaje de usuarias de métodos de barrera con

la creencia de que existe menor riesgo de adquirir el VIH cuando se usa el condón en cada relación sexual es significativamente mayor en ambas zonas de residencia (urbana: 91,4 % y rural: 89,6 %). La creencia errada de riesgo de adquisición del VIH por picadura de mosquito es mayor en mujeres usuarias de métodos naturales, aunque no significativamente tanto en zonas urbanas como rurales (*p* = 0,056 y *p* = 0,395). (Tabla 5).

Tabla 5. Creencias sobre el VIH en mujeres con métodos de barrera y naturales según la residencia

Creencias	Urbano Barrera		Rural Natural		<i>p</i>	Urbano Barrera		Rural Natural		<i>p</i>
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Menor riesgo de transmisión del VIH cuando no se tienen relaciones sexuales					0,011					0,693
No	398	16,4	468	20,6		71	15,5	263	17,0	
Si	2006	82,4	1967	76,9		534	80,4	1305	78,0	
No sabe	32	1,2	55	2,5		25	4,1	75	5,0	
Menor riesgo de adquirir VIH cuando se usa condón cada vez que se tienen relaciones sexuales					< 0,001					< 0,001
No	186	6,5	305	14,3		38	8,9	223	14,0	
Si	2213	91,4	2131	83,7		572	89,6	1289	78,1	
No sabe	37	2,1	54	2,0		20	1,5	131	7,9	
Menor riesgo de adquisición del VIH cuando se tiene una sola pareja sexual que no esté infectado					0,055					0,199
No	205	7,9	225	10,6		46	8,7	196	12,3	
Si	2207	91,2	2229	87,4		570	88,0	1386	83,1	
No sabe	24	0,9	36	2,0		14	3,3	61	4,6	
Riesgo de adquisición del VIH por la picadura de un mosquito					0,056					0,395
No	1189	50,9	1134	44,6		242	37,9	575	33,6	
Si	1065	42,1	1163	47,4		342	54,2	943	58,7	
No sabe	182	7,0	193	8,1		46	8,0	125	7,6	
No sabe	73	2,6	129	5,9		33	5,4	149	9,5	

* *p* valor estimado para la prueba de chi cuadrado de Pearson

DISCUSIÓN

La transmisión del VIH no distingue género, edad, raza, religión y condición socioeconómica, el desconocimiento de sus formas de prevención posiciona a las personas en una situación de mayor vulnerabilidad (12). Ante ello, el uso de métodos anticonceptivos de barrera cumple un rol clave para reducir el riesgo de infección (13). No obstante, pese a la relevancia de este anticonceptivo, su uso depende de la autonomía que poseen las mujeres, así como del entorno sociocultural en el que se desarrollan (14).

Las áreas urbanas representan más oportunidades de desarrollo personal, social y sanitario, lo cual conlleva a mejores cuidados de salud a partir del reconocimiento de la importancia del bienestar propio. Al respecto, otros estudios como Mude y cols. (15), Gurmo y Etana (16) e Iqbal y cols. (17) demuestran que en las zonas rurales existe un mayor desconocimiento sobre el VIH/SIDA en contraste con las zonas urbanas. De manera similar, en la presente investigación se evidencia que las mujeres que residen en áreas urbanas conocen más sobre este virus que aquellas de áreas rurales; y, es preciso resaltar que la proporción de mujeres que desconocen que una persona aparentemente sana podría tener la infección por VIH es mayor en áreas rurales. Lo cual resulta importante para los proveedores de salud, quienes deben garantizar una adecuada educación para la salud con enfoque preventivo, que permita a las personas gozar de una vida sexual responsable y segura.

El entorno de una pareja cumple un papel relevante en la toma de decisiones acerca del cuidado de su salud. En la salud sexual de las personas, la elección de un anticonceptivo permite no solo el control de la fecundidad, sino también las posibilidades de desarrollo personal y social (18). Al respecto, en el estudio de Ross (19) se encontró que en las áreas urbanas se hace un mayor uso de métodos de barrera que naturales, aunque ambos son utilizados en altos

porcentajes. Este hallazgo se asemeja al presente estudio, en el que los métodos naturales son más utilizados en las zonas rurales.

En la investigación de Zarei y cols. (20) se demostró que 41,2 % y 26,8 % de mujeres en el área urbana y rural respectivamente, conocía que mediante la picadura de mosquito no se puede transmitir el VIH. Por el contrario, la presente investigación encontró que esta creencia errada es mayor en las áreas rurales. Este contraste de hallazgos pone en evidencia que las zonas alejadas de Perú presentan más oportunidades de educación para la salud, a pesar de una insuficiente cobertura de las instituciones prestadoras de servicios de salud y del difícil acceso a información.

En las zonas urbanas y rurales más mujeres usuarias de métodos naturales desconocen aspectos relacionados al VIH, escenario diferente en las usuarias de métodos de barrera, en las que el conocimiento de que una persona sana podría estar infectada es mayor. Esta evidencia podría demostrar una mayor sensibilización y concientización del rol del preservativo en la prevención del VIH; y, con lo cual el tamizaje del VIH podría ser más probable (21). Por ello, es necesario promover intervenciones en salud basadas en la comunidad que estén orientadas a superar las barreras de cada contexto sociocultural y acordes al desarrollo tecnológico de la sociedad (22).

Considerar que existe un riesgo menor de adquisición de VIH cuando se usa condón fue mayor en las usuarias de estos métodos, tanto en la zona urbana como rural. La similitud de esta creencia en ambas zonas podría estar relacionada con la difusión de información, por parte de proveedores de salud y medios de comunicación, respecto a la forma de prevención de este virus. No obstante, el sector salud debe tener en cuenta las creencias y cultura propia de cada zona para el abordaje de factores o determinantes logísticos, estructurales y de actitud de su fuerza laboral (23).

Esta investigación presenta limitaciones que se declaran a continuación. En principio, se debe señalar que las bases de datos de la ENDES se diseñaron a partir de una recolección de datos basadas en el autoreporte de las mujeres, por lo cual es posible un sesgo de respuesta dada la información privada que se solicitó (uso de método anticonceptivo). Además, dado los criterios de selección, los hallazgos no pueden generalizarse a todas las mujeres peruanas en edad reproductiva, sino solo a las usuarias de métodos de barrera y naturales. El diseño transversal del estudio no permite demostrar causalidad entre las variables presentadas en el análisis.

En las zonas rurales, en comparación con las urbanas, existe una mayor proporción de mujeres con conocimiento y creencias erradas acerca del VIH/SIDA. Además, el uso de métodos de barrera y naturales es mayor en las áreas urbanas y rurales, respectivamente. La mayoría de las usuarias de métodos de barrera de ambas zonas tuvieron buenos conocimientos y creencias.

Conflictos de interés.

Los autores no reportan ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Yah CS, Simate GS, Hlangothi P, Somai BM. Nanotechnology and the future of condoms in the prevention of sexually transmitted infections. *Ann Afr Med*. 2018; 17(2):49–57. DOI: 10.4103/aam.aam_32_17
2. Vu GT, Tran BX, Hoang CL, Hall BJ, Phan HT, Ha GH, *et al*. Global Research on quality of life of patients with HIV/AIDS: Is It socio-culturally addressed? (GAPRESEARCH). *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(6):2127. DOI: 10.3390/ijerph17062127
3. Staupé-Delgado R, Rubin O. Living through and with the global HIV/AIDS pandemic: Distinct ‘pandemic practices’ and temporalities. *Soc Sci Med*. 2022; 296:114809. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.114809/
4. Huynh K, Gulick PG. HIV Prevention. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Internet]; 2022 [consultado 07 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470281/>
5. Sundareshan V, Mangat R, Koirala J. Preexposure prophylaxis for HIV prevention. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Internet]; 2022 [consultado 07 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507789/>
6. Fauk NK, Mwanri L, Hawke K, Mohammadi L, Ward PR. Psychological and social impact of HIV on women living with HIV and their families in low- and middle-income Asian countries: A systematic search and critical review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(11):6668. DOI: 10.3390/ijerph19116668
7. Pellowski JA. Barriers to care for rural people living with HIV: A review of domestic research and health care models. *J Assoc Nurses AIDS Care JANAC*. 2013; 24(5):422-37. DOI: 10.1016/j.jana.2012.08.007
8. Kautako-Kiambi M, Ekila MB, Kama-Lemba S, Wumba R, Aloni MN. Voluntary counseling and testing for HIV in rural area of Democratic Republic of the Congo: Knowledge, attitude, and practice survey among service users. *J Trop Med*. 2015; 2015:281093. DOI: 10.1155/2015/281093
9. Agbemenu K, Aidoo-Frimpong G, Auerbach S, Jafri A. HIV attitudes and beliefs in U.S.-based African refugee women. *Ethn Health*. 2022; 27(3):499-508. DOI: 10.1080/13557858.2020.1740175
10. Soffer M. HIV/AIDS-related beliefs among Israeli Arab-Palestinian women. *Health Soc Care Community*. 2020; 28(1):216-224. DOI: 10.1080/13557858.2020.1740175
11. Come C, Meda N, Anicet Ouédraogo G, Gaston Belem AM, Sombié I, Berthé A, *et al*. Knowledge and attitude of young people regarding HIV prevention and unwanted pregnancy in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Sante Publique* [Internet]. 2016 [consultado 20 de enero de 2023]; 28(4):525-534. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28155757/>
12. Pasco-Salcedo CV, Puentes-Sánchez PR, Díaz-Vélez C. Análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas de la población peruana femenina sobre el VIH-SIDA según encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2013- 2017. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2020;13(3):228-237. DOI: 10.35434/remhnaaa.2020.133.729
13. Yaya S, Ghose B, Udenigwe O, Shah V, Hudani A, Ekholuenetale M. Knowledge and attitude of HIV/AIDS among women in Nigeria: a cross-sectional study. *Eur J Public Health*. 2019; 29(1):111-117. DOI: 10.1093/eurpub/cky131

14. Kabir R, Alradie-Mohamed A, Ferdous N, Vinnakota D, Arafat SMY, Mahmud I. Exploring women's decision-making power and HIV/AIDS prevention practices in South Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(24):16626. DOI: 10.3390/ijerph192416626
15. Mude W, Oguoma VM, Gesesew HA, Ameyaw EK, Njue C, Nyanhanda T, et al. HIV/AIDS knowledge and attitudes assessment among women of child-bearing age in South Sudan: Findings from a Household Survey. *PLoS One*. 2020; 15(12):e0243969. DOI: 10.1371/journal.pone.0243969
16. Gurmu E, Etana D. HIV/AIDS knowledge and stigma among women of reproductive age in Ethiopia. *Afr J AIDS Res*. 2015; 14(3):191-199. DOI: 10.2989/16085906.2015.1051066
17. Iqbal S, Maqsood S, Zafar A, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F. Determinants of overall knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS transmission among ever-married women in Pakistan: evidence from the Demographic and Health Survey 2012–13. *BMC Public Health*. 2019; 19:793. DOI: 10.1186/s12889-019-7124-3
18. Zulu JM, Haaland ME. Situating the Mexico City Policy: what shapes contraceptive access and abortion? *Lancet Global Health*. 2019; 7(8):e984–e985. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30278-5
19. Ross JA. Contraceptive use, access to methods, and program efforts in urban areas. *Front Glob Womens Health*. 2021; 2:636581. DOI: 10.3389/fgwh.2021.636581
20. Zarei E, Khabiri R, Tajvar M, Nosratnejad S. Knowledge of and attitudes toward HIV/AIDS among Iranian women. *Epidemiol Health*. 2018; 40:e2018037. DOI: 10.4178/epih.e2018037
21. Costa E, Oliveira R, Pereira MG. HIV voluntary testing among portuguese women attending family planning clinics: Implications for HIV prevention education and testing. *Int J Sex Health*. 2016; 28(1):16-27. DOI: 10.1080/19317611.2015.1080779
22. Warren EA, Paterson P, Schulz WS, Lees S, Eakle R, Stadler J, et al. Risk perception and the influence on uptake and use of biomedical prevention interventions for HIV in sub-Saharan Africa: A systematic literature review. *PLoS One*. 2018; 13(6):e0198680. DOI: 10.1371/journal.pone.0198680.
23. Ong JJ, Peng M, Zhu S, Lo YJ, Fairley CK, Kidd MR, et al. Opportunities and barriers to STI testing in community health centres in China: a nationwide survey. *Sex Transm Infect*. 2017; 93(8):566-571. DOI: 10.1136/sextrans-2017-053196

Recibido: 30 de marzo de 2023
Aprobado: 15 de junio de 2023