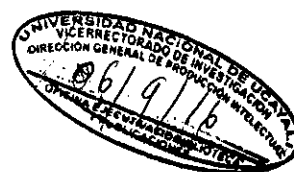


UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSGRADO



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PREVENCIÓN SOBRE EL VIH-SIDA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, PUCALLPA 2015

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER
EN SALUD PÚBLICA**

FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ CALLE

PUCALLPA – PERÚ

2016



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSGRADO

ANEXO N°4

ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAGISTER

En la sala de Grados de la Universidad Nacional de Ucayali siendo las 10:30 horas, del día 04 de MARZO del 2016..., ante el Jurado de Tesis constituido por:

<u>DRA. OTILIA HERNANDEZ PANDURO</u>	Presidente
<u>MG. ROLINDA FALCÓN RIVERA AGUIERO</u>	Secretario
<u>MG. LUIS FERNANDO COHUA ROCCA</u>	Vocal

El aspirante al GRADO DE: MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

.....Mención.....

Don (ña) FRANCISCO JAVIER RAMIREZ CALLE

Procedió al acto de Defensa:

a. Con la exposición de la tesis titulada:

" CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE PREVENCIÓN SOBRE EL VIH- SIDA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, PUCALLPA 2015 "

b. Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación del aspirante a Magister, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente
- d) Dirección y dominio de escenario

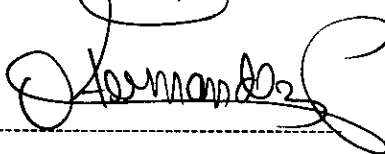
Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las **observaciones** siguientes:

.....
.....
.....
.....

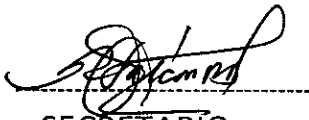
Obteniendo en consecuencia el Maestría la **Nota** de(18)
Equivalente a MUY BUENO.....por lo que se recomienda.....

(aprobado ó desaprobado)

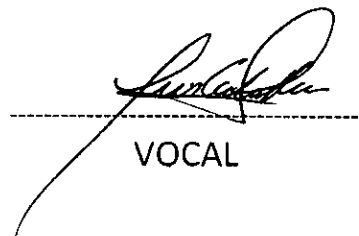
Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Pucallpa, siendo las 12:30 horas del 04 de MARZO del 2016.



PRESIDENTE



SECRETARIO



VOCAL

DEDICATORIA

A mi querido hijo Andrés, mi
más grande motivo en esta vida.

A mi madre María, por ser mi
amiga y guía.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Mg. Gaby Luz Panduro Salas, a la Mg. Rosa del Carmen Delgado Soria, a los estudiantes, docentes y amigos de la UNU que participaron en cada etapa de la consecución de este estudio.

A mi madre María, por el gran amor, la devoción que tiene por sus hijos, por el apoyo ilimitado e incondicional.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
LISTA DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
1.2.1. Problema general.....	17
1.2.2. Problemas específicos.	17
1.3. OBJETIVOS	18
1.3.1. Objetivo general.	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. HIPOTESIS	19
1.4.1. Hipótesis general.....	19
1.5. VARIABLES	19
1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	19
1.7. VIABILIDAD	21

1.8. LIMITACIONES.....	22
------------------------	----

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES	23
2.1.1. Internacionales.....	23
2.1.2. Nacionales	26
2.1.3. Local.....	29
2.2. BASES TEORICAS.....	31
2.2.1. Conocimiento	31
2.2.2. Las actitudes	35
2.2.3. Antecedentes históricos del VIH/SIDA	38
2.2.4. Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA).....	42
2.2.5. Sexo seguro	46
2.2.6. Medidas de prevención	48
2.2.7. Teorías relacionadas al estudio.....	50
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	64
2.4. BASES EPISTÉMICAS	67

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	70
3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	70
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	71

3.4. DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION.....	74
3.5. TECNICA DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.....	76

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	77
CONCLUSIONES.....	88
SUGERENCIAS.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS.....	94

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 01	Caracterización de aspectos socioculturales, económicos y geográficos de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.	77
TABLA N° 02	Nivel de conocimiento de los estudiantes respecto a la prevención del VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.	81
TABLA N° 03	Actitudes de los estudiantes ante el VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.	84
TABLA N° 04	Correlación de conocimientos y actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.	86

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PREVENCIÓN SOBRE EL VIH-SIDA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, PUCALLPA 2015.

Francisco Javier Ramírez Calle¹

RESUMEN

El propósito de la investigación fue establecer las relaciones entre conocimiento y actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali. El estudio fue de tipo cuantitativo con variables cualitativas, de corte transversal correlacional: transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento, correlacional porque permitió establecer la relación de las variables de conocimiento y actitudes de prevención del VIH/SIDA, corresponde al diseño no experimental, las variables fueron estudiadas en su forma original sin modificación alguna. La población se formó por 5,082 estudiantes matriculados en el Semestre Académico 2015 – II, la muestra incluyó 357 participantes, se utilizó el muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional al tamaño de cada segmento poblacional (carreras profesionales) de la Universidad Nacional de Ucayali. Los resultados obtenidos revelaron que el 59.4% corresponden a familias nucleares, el 71.7% refieren que los ingresos económicos familiares están por debajo de 1500 soles y el 28% viven en zonas marginales y rurales. El 61.6% tiene un nivel de conocimiento bueno, asimismo el 68.1% presentan actitudes favorables respecto a la prevención del VIH/SIDA. Mediante la Correlación de Spearman ($Rho = 0.026$), se estableció que si existe correlación entre el conocimiento y las actitudes de prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de la UNU.

PALABRAS CLAVES: Conocimientos, Actitudes, Prevención del VIH/SIDA.

¹Licenciado en enfermería, Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNU. jrccalle_2@hotmail.com

**KNOWLEDGE AND PREVENTION ATTITUDES ABOUT HIV-AIDS IN THE
STUDENTS OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF UCAYALI, PUCALLPA
CITY 2015.**

Francisco Javier Ramírez Calle

ABSTRACT

The objective of this research was to establish the relationship between knowledge and prevention attitudes of HIV-AIDS among students of the National University of Ucayali. The study was of quantitative type with qualitative variables, correlational cross-section: Cross because the data were collected in a single moment, correlational because it allowed us to establish the relationship between the variables of knowledge and prevention attitudes to HIV/AIDS, it belongs to non-experimental design, variables were studied in its original form without any modification. The population was formed by 5,082 students enrolled in the Academic Semester 2015 - II, the sample included 357 participants, stratified probability sampling with proportional affixation was used to the population size of each segment (careers) of the National University of Ucayali. The results showed that 59.4% are nuclear families, 71.7% reported that family incomes are below 1,500 soles and 28% live in marginal and rural areas. 61.6% have a good level of knowledge, 68.1% also have favorable attitudes to HIV/AIDS. By Spearman correlation ($Rho = 0.026$), it was established that if there is correlation between knowledge and attitudes to HIV/AIDS in the University students.

KEYWORDS: Knowledge, Attitude, Prevention of HIV / AIDS.

INTRODUCCIÓN

Es importante comprender que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la manifestación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Su rápida diseminación, sus secuelas a nivel de salud personal, los problemas sexuales y de salud reproductiva, así como, todos los problemas de estigma y discriminación que surgen en su entorno, han hecho que sea una de las infecciones con mayor impacto a nivel mundial ⁽¹⁾.

La OMS calculó que en 2012 se infectaron 2,3 millones de personas, y que hasta ese año fallecieron unas 36 millones de personas. Reportes elaborados desde el 2001, refieren que la incidencia anual del VIH disminuyó en 33 países, 22 de ellos del África subsahariana. Sin embargo, está aumentando de nuevo en Europa Oriental y Asia Central, después de haber disminuido a principios de los años 2000, y también está en aumento en el Oriente Medio y el Norte de África ⁽²⁾. Según el informe de ONUSIDA 2011 el número de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA disminuyó a 1,8 millones en el 2010, desde el nivel máximo de 2,2 millones alcanzado a mediados de los años 2000. Desde 1995, se ha evitado un total de 2,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medianos, debido al tratamiento antirretrovírico que se introdujo, según los nuevos cálculos de ONUSIDA. Gran parte de ese éxito proviene de los últimos dos años, cuando se produjo una rápida ampliación del acceso al tratamiento; solo en el 2010, se evitaron 700,000 muertes relacionadas con el SIDA. La proporción de mujeres que viven con el VIH se ha mantenido estable al 50% en todo el mundo, aunque este grupo de población es más afectado en África subsahariana (59% de todas las personas que viven con el VIH) y el Caribe (53%). El número de

personas que se infectan por el VIH sigue en descenso, en algunos países más rápido que en otros.

ONUSIDA reportó el 2009 que en América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH fue de 170,000 y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 2 millones. Según las estimaciones, aproximadamente 77,000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA durante el último año, el número de infecciones por el VIH entre hombres es significativamente más elevado que entre mujeres, debido en gran parte a la predominancia de la transmisión sexual entre hombres ⁽¹⁾.

El Ministerio de Salud (MINSA) reporta en sus estadísticas correspondientes al 2010, que existen 23,446 casos de SIDA y 36,138 de VIH en el Perú ⁽³⁾. Sin embargo, según el modelo de estimaciones desarrollado por OMS y ONUSIDA, existen aproximadamente 76,000 personas viviendo con VIH/Sida en el Perú. La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva peruanas. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados. De todos los casos notificados de SIDA desde el año 1983 a la fecha, el 80% pertenece al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. La mayoría de casos de SIDA se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva (25 y 35 años). Se ha estimado que entre 11,400- 20,200 jóvenes (15-34 años) viven con VIH, pero solamente el 55% de ellos cuenta con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse del riesgo de contraerlo ⁽⁴⁾.

Los casos presentados de Sida/VIH durante el año 2013 en la Región Ucayali son: 11 Casos fallecidos, 172 Casos de VIH, 04 Casos de SIDA, 21

Casos de Exposición Perinatal. Durante los últimos 03 años, los casos de VIH se han ido incrementando, reportándose un aumento de 25.54%(35 casos) de VIH y una disminución de 26.66%(4 casos) en el número de fallecidos en relación al año anterior⁽⁵⁾.

En el Perú, el primer caso de SIDA se reportó en el año 1983. Hasta Diciembre del 2013 la Dirección General de Epidemiología, ha registrado 31,018 casos de SIDA y 52,053 infecciones por VIH. Del análisis de casos notificados se obtiene que el 97% se transmiten por vía sexual, el 2% por transmisión vertical (madre-hijo), mientras que el 1% lo hacen vía parenteral. El 50% de las personas desarrollan SIDA antes de los 35 años, habiéndose infectado con el VIH entre los 15 y 34 años de edad. En el Perú el VIH/SIDA está en situación de "Epidemia Concentrada", las poblaciones que más casos reportan son la costa central y la selva, donde existe un mayor riesgo de "Generalización de la Epidemia". Este escenario actualmente correspondería a la Región Ucayali⁽⁵⁾.

La actitud negativa y el estigma asociado al VIH y al SIDA son reconocidos como dos de los principales obstáculos para abordar cuestiones de prevención y atención, y garantizar el acceso a los servicios esenciales de salud de las personas que viven con VIH. A un nivel superficial, la escasa comprensión, los mitos sobre la transmisión, la asociación inicial de la infección con grupos socialmente marginados (como las trabajadoras sexuales y los varones homosexuales activos) y el temor al contagio y a la muerte, se encuentran entre los numerosos elementos asociados al estigma por VIH/SIDA⁽⁶⁾.

Los jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, porque muestran menor interés que los adultos en comportarse de forma

saludable, lo que ha llevado a considerarlos un grupo de alto riesgo en relación con la salud, influidos por sus creencias y valores en relación con el entorno social en el que desarrollan su vida ⁽⁷⁾.

Los temas de salud para nuestra población tienen escasa importancia hasta que la persona enferma, situación de vulnerabilidad que las hacen más accesibles a aspectos de prevención. Se asume que la gran mayoría de la población cuenta con una información básica acerca de las enfermedades, la cual obtuvieron a través de diversas fuentes. Se considera necesario en este panorama fortalecer el binomio salud - educación, a fin de mejorar la calidad de vida de la población; en tal sentido la investigación tiene el propósito de evaluar el nivel de conocimiento y la actitud de prevención sobre el VIH-SIDA en estudiantes de la UNU, información que servirá de base para la implementación de estrategias educativas que contribuirán a disminuir la alta prevalencia de infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Lo que ha sido catalogada la epidemia del siglo continúa su progresivo avance en el mundo, a pesar de los esfuerzos de muchas organizaciones en reducir la incidencia del VIH/SIDA en la población sexualmente activa, en especial, los adolescentes y jóvenes, quienes son los más propensos a contraer este mal como consecuencia de prácticas sexuales, donde prevalece la promiscuidad e inestabilidad en dichas relaciones. Si se consideran las cifras estadísticas se encuentra que la población de seropositivos en el mundo alcanzó los 46 millones de personas hasta diciembre de 2013, donde la población de adultos afectados era de 43 millones; y la población infantil afectada alcanzó los 2,5 millones. Además, los casos nuevos de SIDA ya suman 6 millones, de los cuales, 4,2 millones son adultos y 700,000 son niños menores de 15 años. Hasta el año pasado, las defunciones en la población afectada por este virus, era de 3 millones de personas, de las cuales, 2,5 millones eran adultos y 500,000 eran niños.

Por su parte en los países pobres las poblaciones más afectadas corresponden a mujeres y niños donde el 24.5% son mujeres embarazadas, y 1.7% niños huérfanos, debido a la ausencia de

mecanismos intensificados de prevención. La epidemia del VIH-SIDA ha generado un impacto social tan elevado, en las últimas décadas, que incluso ha variado la previsión de crecimiento estimado en algunos países del mundo ⁽⁸⁾.

Todos los países del mundo han sufrido el impacto, sin embargo, son los países tercermundistas son los que más padecen sus consecuencias. Si bien es cierto que el avance farmacológico facilitará la mejora de la situación, muchos autores han defendido la necesidad de trabajar en los aspectos psicosociales o preventivo promocionales, para menguar, y en el futuro, erradicar la epidemia. Por otro lado, las intervenciones deberían enfocarse también en aquellos elementos que puedan mejorar las condiciones socio sanitarias de la población, como el acceso a la educación o a una alimentación adecuada. ⁽⁹⁾

No cabe duda que en la actualidad, el panorama de los avances socio sanitarios ha mejorado en el tratamiento del VIH-SIDA, las consecuencias que la infección tiene sobre las personas a nivel físico, psicológico y social distan mucho de haber mejorado. En el Perú, el primer caso de SIDA se reportó en el año 1983. Diciembre del 2013 la Dirección General de Epidemiología, ha registrado 31,018 casos de SIDA y 52,053 infecciones por VIH.

Del análisis de casos notificados se obtiene que el 97% se transmiten por vía sexual, el 2% por transmisión vertical (madre-hijo), mientras que el 1% lo hacen vía parenteral. El 50% de las personas desarrollan SIDA antes de los 35 años habiéndose infectado con el VIH entre los 15 y 34 años de edad. En el Perú el VIH/SIDA está en situación de "Epidemia Concentrada", las poblaciones que más casos reportan

son la costa central y la selva, donde existe un mayor riesgo de "Generalización de la Epidemia". Este escenario actualmente correspondería a la Región Ucayali, afectando principalmente a los HSH con una prevalencia de 5.70%. La mayoría de diagnosticados de SIDA tienen una edad entre 20 a 35 años. Los casos presentados de SIDA/VIH durante el año 2013 son:

- 11 casos fallecidos
- 172 VIH
- 04 casos de SIDA
- 21 exposición perinatal

Durante los últimos 05 años, los distritos que más casos notifican son: Calleria (91.60%), en menor porcentaje Campo Verde y Raymondi ⁽¹⁰⁾. Todo lo antes mencionado indica que la principal causa de esta enfermedad que prevalece en nuestro país, es la misma que ocurre en el panorama mundial, donde las relaciones sexuales representan la primera causa de transmisión, junto a las relacionadas con la transferencia de fluidos corporales que proceden de una persona infectada mediante la utilización de objetos cortantes compartidos como: afeitadoras, materiales de peluquería, materiales y equipos de odontología, etc. ⁽¹⁾; Estando considerada la Región de Ucayali, como ya se explicó anteriormente, como de alta prevalencia, urge acciones que permitan revertir tal situación, siendo necesario como primer acercamiento la identificación de los conocimientos y actitudes sobre las medidas preventivas del VIH/SIDA en los jóvenes de acuerdo a la información proporcionada por ONUSIDA, la infección del VIH se adquiere entre los 15 y 34 años de edad ⁽¹⁾.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. Problema general.

¿Cuál es la relación entre los conocimientos y las actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cuáles son las características socioculturales, económicas y geográficas que presentan los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes respecto a la prevención del VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015?
- ¿Cuáles son las actitudes de los estudiantes ante el VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015?
- ¿Cómo se correlacionan los conocimientos y las actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general.

Establecer la relación entre los conocimientos y las actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Caracterizar los aspectos socioculturales, económicos y geográficos de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.
- Evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes respecto a la prevención del VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.
- Valorar las actitudes de los estudiantes ante el VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.
- Correlacionar los conocimientos y las actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.

1.4. HIPOTESIS

1.4.1. Hipótesis general.

Hi: Existe relación entre los conocimientos y las actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.

H0: No existe relación entre los conocimientos y las actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.

1.5. VARIABLES

- Variable 1 : Conocimiento de prevención del VIH-SIDA
Indicadores : Bueno / Regular / Deficiente
- Variable 2 : Actitud de prevención del VIH-SIDA
Indicadores : Adecuado / Inadecuado
- Variables intervinientes:
Indicadores : Sexo / Edad / Área socio demográfica / Nivel socio económico

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Según el Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, desde el primer caso reportado

en el año 1983, hasta diciembre del 2013, se han reportado 28,445 casos de SIDA y 45,876 casos de infección por VIH. La principal vía de transmisión es sexual 96%, madre a hijo 3% y parenteral 1%. El 80% de casos notificados de SIDA son varones. La mediana de la edad de casos de SIDA es de 31 años, entonces es posible que el 50% de todos los casos se hayan infectado alrededor de los 20 años de edad. La tasa de incidencia acumulada de SIDA en el país es de 3,7 por 100,000 habitantes. Sin embargo, según el modelo de estimaciones desarrollado por la OMS y ONUSIDA, existen aproximadamente 76,000 personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú. La mayoría de los casos proceden de las ciudades y Departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva peruanas. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados. De todos los casos notificados de SIDA desde el año 1983 a la fecha, el 80% pertenece al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. La mayoría de casos, se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva (25 y 35 años). Se ha estimado que entre 11,400-20,200 jóvenes (15-34 años) viven con VIH, pero solamente el 55% por ciento de ellos cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse del riesgo de contraerlo⁽¹¹⁾.

Retomando aspectos como la elevada incidencia y prevalencia del VIH/SIDA, la mediana de edad de los casos reportados indican que el 50% de todos ellos posiblemente se hayan infectado alrededor de los 20 años de edad y que solamente el 55% por ciento cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse; esta investigación se justifica, por cuanto, el conocimiento

que tengan las personas sobre el síndrome puede repercutir en la adopción de medidas preventivas para evitar el contagio, asumiendo incluso una actitud más favorable hacia una sexualidad sana y responsable. Además, los resultados constituyen un insumo para la implementación de estrategias educativas en temas preventivos promocionales con adecuación a las características e intereses de los jóvenes a fin de que ellos se apropien con juicio crítico y reflexivo sobre la importancia de adoptar una sexualidad sana y segura.

Finalmente, esta investigación servirá como antecedente a estudios posteriores enfocados en el tema del VIH/SIDA, de igual forma permitirá a los profesionales de la salud y educadores contar con una herramienta más en la labor preventiva de este mal; permitirá también a la sociedad conocer cuál es la realidad respecto a los conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios respecto a la prevención del VIH-SIDA.

1.7. VIABILIDAD

Este estudio fue viable, toda vez que guardo estrecha relación con otros proyectos realizados por el MINSA y los objetivos del milenio propuestos por el Programa de las Naciones Unidas.

- Lugar o espacio: El estudio se desarrolló en la Universidad Nacional de Ucayali.
- Tiempo: Considerando la naturaleza del estudio, su implementación y sus componentes, la duración de este estudio fue de 10 meses (2015).
- Financiación: Autofinanciado.

- Línea de investigación: VIH SIDA - Investigaciones sobre el comportamiento en adolescentes, educación para la prevención de las ITS VIH SIDA; las medidas de prevención en adolescentes ⁽¹²⁾.

La Universidad Nacional de Ucayali a través de la Dirección General de Investigación en el programa Salud Pública y Enfermedades Endémicas propone como línea de investigación para este proyecto las enfermedades infecciosas, crónicas y degenerativas.

1.8. LIMITACIONES

No se presentaron limitaciones ni dificultades para el desarrollo de esta investigación, por el contrario hubo apoyo de parte del personal docente y estudiantes quienes se mostraron muy interesados por el tema de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Internacionales

Mazo Y., Domínguez, L. y Cardona J. en su estudio Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. Cuyo objetivo fue analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes universitarios de Medellín según aspectos sociodemográficos. Los materiales y métodos: estudio transversal en 210 adolescentes universitarios de Medellín. Los datos fueron almacenados y analizados en SPSS 21.0. Para la descripción de la población se realizaron medidas de resumen y frecuencias, para la identificación de factores asociados con el tema se usaron pruebas como la U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Coeficiente de Correlación de Spearman, y regresión lineal multivariante. Los resultados referidos a los conocimientos fueron regulares en el 14%, las actitudes en el 8% y las prácticas en el

41%; no se halló correlación significativa con el número de personas en el hogar, ni la edad y escolaridad de los padres. Los puntajes de Actitudes y Prácticas presentaron una correlación estadísticamente significativa con la edad y el semestre del estudiante. Los estudiantes de mayor edad y semestres más avanzados presentaron puntajes más altos en las Actitudes y más bajos en las Prácticas. Conclusión: los puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas presentaron resultados desfavorables demostrando el riesgo de los jóvenes de adquirir VIH/SIDA y la necesidad de fortalecer los programas destinados a mejorar la salud sexual y reproductiva de este grupo ⁽¹³⁾.

Valdivia M. (2009) realizó un estudio en Yaguajay Cuba titulado: "Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza politécnica" cuyo objetivo fue Describir conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en los estudiantes del Instituto Politécnico de Economía "Camilo Cienfuegos". Utilizo un diseño observacional, descriptivo transversal. La muestra estuvo integrada por 128 adolescentes de una población de 366 estudiantes, con un método histórico lógico para profundizar en la evolución y desarrollo de la problemática. Los resultados fueron: Los estudiantes que participaron en la investigación estuvieron comprendidos entre los 14 y 19 años de edad, predominando los adolescentes del sexo masculino.

El componente cognitivo se caracterizó por dificultades en los saberes relacionados con el tema del VIH/SIDA, ya que los

estudiantes no identificaron adecuadamente las ITS, no tuvieron pleno dominio de las situaciones de transmisión aunque reconocieron el significado de comportamiento sexual responsable⁽¹⁴⁾.

Macchi M. et al. Durante el año 2008 realizaron un estudio en Paraguay titulado: "Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación del área metropolitana", cuyo Objetivo fue: Indagar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA en jóvenes estudiantes del primero, segundo y tercer año de la educación media en colegios públicos y privados de las ciudades de Asunción y Lambaré. Utilizaron un diseño observacional, analítico, prospectivo, de corte transverso. Como instrumento utilizaron la encuesta que se basó en un instrumento ya elaborado que adopta la modalidad de un cuestionario voluntario y anónimo, integrado por siete puntos, destinado a relevar información de diferentes niveles del conocimiento y de actitudes. Cuyos resultados fueron: los jóvenes muestran escasos conocimientos, prácticas inadecuadas de prevención y por consiguiente riesgo de adquirir la infección por VIH.⁽¹⁵⁾

Pérez y Suárez. (2008) estudiaron en la ciudad de Veracruz-México "Nivel de conocimientos sobre VIH - SIDA en adolescentes y sus fuentes de información" Su objetivo fue: Conocer el nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA y las fuentes de información que consultan los adolescentes; utilizaron la muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 84

adolescentes; siendo sus conclusiones: el nivel de conocimientos de VIH-SIDA que los adolescentes demostraron tener era regular, y las fuentes de consulta más utilizadas fueron los medios masivos de comunicación (televisión y revistas).⁽¹⁶⁾

2.1.2. Nacionales

Lázaro A y Soplin E. el 2012, en su estudio Relación existente entre el nivel de conocimiento y la actitud sexual ligada al VIH/SIDA en estudiantes del 5° año de secundaria de la Institución Educativa "Juan Jiménez Pimentel" Tarapoto Julio - Setiembre 2012. El estudio es de tipo descriptivo correlacional, y de corte transversal. Se tomó como muestra a 58 estudiantes del 5to año de secundaria de la institución educativa Juan Jiménez Pimentel. Se aplicaron cuestionarios en el área de conocimientos, actitud sexual ligada al VIH/SIDA. Se identificó el nivel de conocimiento (alto, medio y bajo), actitudes (favorables y desfavorables).

Para el análisis se utilizó estadísticas descriptivas; promedios y desviaciones estándar en las variables. La verificación estadística, se manifestó con los resultados de la correlación de Pearson, $r = 0,794$ (Correlación Alta) y la contrastación de la hipótesis con la distribución t-Student, al 0,05 de significancia. Entre los resultados obtenidos podemos señalar que: El promedio de edad es de 16.3 años, de los estudiantes que participaron en la investigación; y la distribución por sexo es de 57% del sexo femenino y 43% del sexo masculino. El 79% de los

estudiantes del 5^{to} año de secundaria de la Institución Educativa Juan Jiménez Pimentel tienen un nivel de conocimiento MEDIO sobre el VIH/SIDA. El 97% de los estudiantes del 5^{to} año de secundaria de la Institución Educativa an Jiménez Pimentel tienen una actitud sexual FAVORABLE frente al VIH/SIDA. Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sexual ligada al VIH/SIDA en los estudiantes ⁽¹⁷⁾.

Chávez N. (2010) realizó un estudio en Lima titulado: "Nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión y medidas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Julio César Tello del distrito de Ate-Vitarte". Sus objetivos fueron: Determinar el nivel de conocimiento acerca de las formas de transmisión y medidas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Julio Cesar Tello del distrito de Ate Vitarte e identificar el nivel de conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA de los adolescentes. Aplico el método descriptivo, de corte transversal. La población total estuvo conformada por 126 adolescentes de 5to año de secundaria de la Institución Educativa. Siendo sus conclusiones: En los adolescentes predomina el nivel medio (44%) de conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA y sus medidas preventivas, medidos en forma global. Respecto al nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión sobre el VIH/SIDA: el 22% de los adolescentes poseen conocimiento medio respecto a las formas de transmisión por vía sexual. ⁽¹⁸⁾

Rojas M. (2009) realizó un estudio en Iquitos titulado: "Conocimiento en VIH/SIDA y comportamiento sexual en estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP)" Cuyo objetivo fue: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el comportamiento sexual en estudiantes del 1er. nivel de las 13 Facultades de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Realizó un estudio transversal de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional. La población fue 1,200, cuya muestra 286 estudiantes del primer nivel de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana en trece Facultades. Se aplicaron como técnicas la encuesta y test, como instrumentos el cuestionario. Siendo su conclusión: El 62.6% de unidades de análisis, evidenciaron adecuados conocimientos sobre VIH/SIDA y, 37.4% inadecuado conocimiento. Existe una mayor información preuniversitaria en este tipo de enfermedades en los cursos inferiores, muy probablemente debido a la mayor concientización de nuestra sociedad. ⁽¹⁹⁾

Florián M. (2006) realizó un estudio "Efectividad de un Taller sobre prevención de ITS y SIDA en el nivel de conocimientos de los adolescentes del centro de atención externa, Gambeta Callao". Sus objetivos fueron: Determinar la efectividad de un taller sobre prevención de ITS y SIDA en el nivel de conocimientos de los adolescentes del centro de atención externa Gambeta, identificar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre signos y síntomas de ITS antes y después de la aplicación del taller. El método que aplico fue de tipo

cuantitativo, aplicado, cuasi-experimental. Con una muestra de 40 adolescentes. Para la recolección de datos utilizo la técnica de la encuesta. Las conclusiones del estudio fueron: El taller sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA fue efectivo, ya que todos los adolescentes incrementaron el nivel de conocimientos de un nivel "MEDIO" a un nivel "ALTO". El nivel de conocimientos de los adolescentes sobre prevención de ITS fue "ALTO" antes y después de la aplicación del taller, no habiendo diferencias significativas. ⁽²⁰⁾

2.1.3. Local

Paredes, L.; Rodríguez, Y.; Rojas, J. (2011) en su estudio: Factores de riesgo que influyen en la prevalencia de ITS-VIH/SIDA en adolescentes que acuden a los Hospitales de Pucallpa y Yarinacocha. El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo: personales, biológicos, culturales y sociales que influyen en la prevalencia de ITS-VIH/SIDA en adolescentes, encontrándose resultados referidos a las actitudes de los adolescentes, respecto al factor personal en ambos hospitales la mayoría de los adolescentes hacen un uso inadecuado de su tiempo libre y la opción que tuvo mayor porcentaje es salir a bailar con sus amigos los fines de semana, en su mayoría son mujeres procedentes de zona urbano marginal con grado de instrucción secundaria incompleta.

Respecto a los factores culturales en el hospital de Pucallpa el 74% de adolescentes tuvieron un conocimiento insuficiente, seguido del 22% de adolescentes que poseen un conocimiento regular y solo 2 de cada 50 adolescentes tienen un buen conocimiento. Al comparar con el hospital Amazónico de Yarinacocha el 74% de adolescentes tuvieron un conocimiento insuficiente, seguido del 20% que poseen un conocimiento regular y solo 3 de cada 50 adolescentes poseen un buen conocimiento.

En los factores sociales destacan las prácticas sexuales donde: En el Hospital Regional de Pucallpa el 53% de los adolescentes inició su primera relación sexual entre 10-14 años con una edad promedio de 14 años, con mayor predominio en el sexo femenino. Asimismo, 2 adolescentes varones refieren haber iniciado su primera relación sexual entre 15-19 años con una edad promedio de 15 años, con mayor predominio en el sexo femenino. Asimismo 1 adolescente varón refiere haber iniciado su primera relación sexual a los 8 años. Por otro lado en el Hospital Regional de Pucallpa el 52% de los adolescentes manifestaron practicar los tres tipos de relaciones sexuales (vaginal, anal y oral), asimismo el 15% prefieren practicar como única opción el sexo vaginal y en su mayoría son mujeres. Al comparar con el Hospital Amazónico de Yarinacocha el 61% de adolescentes manifestaron practicar los tres tipos de relaciones sexuales (vaginal, anal y oral), asimismo el 9% prefieren practicar como única opción el sexo vaginal en su mayoría son mujeres. ⁽²¹⁾

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. Conocimiento

El conocimiento consiste en obtener una información acerca de un objeto; conseguir un dato o una noticia sobre algo. El conocimiento es esa noticia o información acerca de ése objeto.

La actividad cognoscitiva es adquisitiva cuando obtenemos un conocimiento; conservativo cuando retenemos o memorizamos un conocimiento; elaborativo cuando con base en conocimiento adquiridos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, la fantasía o el razonamiento. ⁽²²⁾

2.2.1.1. El Conocimiento del Ser Humano y la Salud:

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia” ⁽²³⁾.

Desde el punto de vista pedagógico; “conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón” ⁽²⁴⁾.

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico”⁽²⁵⁾.

El ser humano es un inagotable constructor de conocimiento, ya que la constante interacción entre él y la realidad a la que está circunscrito, le brindan la oportunidad de generar nuevas ideas sobre los hechos que le rodean, y estas a su vez van evolucionando en la medida que los avances tecnológicos y científicos van generando nuevos conocimientos.

La salud es “el goce de un alto nivel de bienestar mental y social, por tanto el conocimiento que el ser humano tenga influye en la toma de decisiones en relación a su salud”.⁽²⁵⁾

Es importante resaltar la función que tiene la comunicación para la salud, razón por la cual la Promoción de la Salud la definió como el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que

tienen sobre su salud y para mejorarla. También la podemos definir como la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño.

La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos⁽²⁶⁾.

2.2.1.2. Tipos de conocimiento

- Cotidiano

El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza

diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia. Tiene lugar en las experiencias cotidianas; es y ha sido respuesta a necesidades vitales, ofrece resultados prácticos y útiles y se puede transmitir de generación en generación.

- Técnico

La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.

- Empírico

También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innúmeras tentativas. Es metódico y asistemático.

El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:

- Es superficial porque se forma con lo aparente.
- Es asistemático porque carece de métodos y técnicas.
- Es sensitivo porque es percibido por los sentidos.
- Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo.

- Científico

Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen, es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza, también es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.

Es metódico, sistemático su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema.⁽²⁷⁾

2.2.2. Las actitudes

Las actitudes son definidas por los teóricos de diferentes maneras, la mayoría de ellos haciendo hincapié en el valor predictivo del comportamiento y coincidiendo en la naturaleza teórica del constructo psicológico.

Algunas de estas definiciones son:

Rosemberg (1978) define las actitudes como “estructuras radiales de conocimiento y afectos hacia un objeto o clase de objeto, donde los diversos conocimientos se encuentran ligados por vínculos instrumentales negativos o positivos”.⁽²⁸⁾

Según Martín Baró (1985) “La actitud, es desde una perspectiva corporal, una estructura preparatoria, una orientación

determinada del cuerpo que prepara al individuo para percibir y actuar de una determinada manera".⁽²⁹⁾

Las actitudes se aprenden al igual que cualquier otra conducta, o características de personalidad; pueden aprenderse mediante el condicionamiento clásico u operante o mediante el modelamiento y aprendizaje por observación.

Tomando en cuenta la definición de Gordón Allport, quien la define como: "Una disposición psíquica y nerviosa, organizada por la experiencia que ejerce una influencia orientadora y dinámica sobre las reacciones del individuo frente a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado"⁽²⁹⁾.

En la presente investigación se utiliza la siguiente definición: Las actitudes son predisposiciones a responder ante ciertas personas, objetos o situaciones de forma positiva o negativa, favorable o desfavorable.

2.2.2.1. Componentes y formación de las actitudes.

Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente efectivo y componente conductual.

- Componentes cognitivos: Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto.
- Componentes afectivos: Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El

sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos.

- Componentes conductuales: Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto ⁽³⁰⁾.

Para una fácil comprensión se menciona un ejemplo en donde se enmarcan los tres componentes sobre el tema del aborto y como podría ser la actitud de un joven respecto a ello:

- Componentes cognitivos: el conocimiento teórico que el joven posee acerca del aborto; el cual pudo haber sido proporcionado por diferentes medios.
- Componentes afectivos: Son los sentimientos que embargan al joven respecto al aborto; estos podrían ser positivos o negativos.
- Componentes conductual: estas son las intenciones que el joven realmente tendría sobre el tema en particular; por ejemplo participar de una marcha contra el aborto, lo cual en muchas ocasiones no determinaría el que dicho joven en algún momento de su vida participe en un aborto.

Es importante mencionar que es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Las actitudes se desarrollan a partir de los primeros años

de la vida del hombre y puede ser modificadas por una diversidad de factores externos e internos:

- Por experiencia personal.
- Por modelaje de los actos de los padres y compañeros.
- Por imitación.

2.2.3. Antecedentes históricos del VIH/SIDA

El VIH/SIDA es relativamente una enfermedad nueva aunque desde 1950 los estudios permitieron identificar casos esporádicos, posiblemente relacionados con el Síndrome; pero sólo se confirmaron serológicamente a 125 de los reconocidos entre los años de 1977 y 1981. En junio de 1981 el Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos, anuncio la aparición de diagnósticos, en varones jóvenes homosexuales antes sanos, el padecimiento de dos enfermedades poco comunes con mucha frecuencia como la Pulmonía por *Pneumocystis Carinii* y Sarcoma de Kaposi. Se comenzó entonces a pensar que se estaba en presencia de una "nueva enfermedad" que destruía el Sistema de defensas y que posiblemente se transmitía durante los actos sexuales.

Pero ya en 1983 se sugirió que en la causalidad de esta nueva enfermedad estaba implicado un virus, en 1984 se descubrió efectivamente que el agente causal era un virus que

afectaba el Sistema Inmunológico del organismo, el cual se volvía incapaz de actuar contra las infecciones y otras enfermedades.

En 1985 se encontró que drogadictos que usaban sustancias intravenosas desarrollaban síntomas similares; igualmente se observaron síntomas compatibles con la enfermedad en personas usuarias de bancos de sangre. Se concluyó entonces que la enfermedad se transmitía a través de jeringas y de transfusiones de sangre contaminada, en 1986 el comité Internacional de Taxonomía de los Virus, recomendó denominar "Virus de Inmunodeficiencia Humana" que anteriormente se había llamado "Virus Asociado con Linfadenopatía".

El VIH/SIDA es una enfermedad que desde sus inicios ha sido objeto de investigación para diferentes ramas de la ciencia debido a la complejidad de las dificultades biopsicosociales que afronta el portador ya que se reconoce como la enfermedad epidémica más grave de nuestros tiempos ⁽²⁾.

2.2.3.1. El VIH en el Perú

- Perú es un país de epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, trabajadores y trabajadoras sexuales.
- A septiembre de 2009, el Ministerio de Salud -MINSA reporta en sus estadísticas 23.446 casos de SIDA y 36.138 de VIH en Perú. Sin embargo, según el modelo de estimaciones desarrollado por OMS y ONU SIDA, existen aproximadamente 76.000 personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú.
- La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva peruanas. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados.
- De todos los casos notificados de SIDA desde el año 1983 a la fecha, el 80% pertenece al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. La mayoría de casos de SIDA se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva (25 y 35 años). Se ha estimado que entre 11.400-20.200 jóvenes (15-34 años) viven con VIH, pero solamente el 55% por ciento de ellos cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse del riesgo de contraerlo.

- La prevalencia de VIH llega a 10.8% en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres. La población transexual es la más afectada (diferentes estudios estiman una prevalencia de VIH del 32%). Las trabajadoras sexuales y sus clientes son también grupos afectados por la epidemia.
- La forma de transmisión predominante es la transmisión sexual, pues un 96% de los casos registrados se infectaron por vía sexual.
- En el año 1986, por cada mujer con la infección había nueve varones infectados, situación que en los años subsiguientes varió significativamente. Actualmente, la razón de infecciones mujer: hombre se mantiene estable en el rango de una mujer infectada por cada tres varones con la infección.
- Según el Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA 2008, un aproximado de 21.000 mujeres mayores de 16 años vivían con el VIH en 2007.
- Según el Ministerio de Salud del Perú, la prevalencia de VIH entre las mujeres embarazadas es de 0.23% (DGE, 2006). La cobertura de tratamiento ARV en gestantes, según el Informe del MINSA para UNGASS, era de 64.86% en el año 2007. ⁽¹⁾

2.2.3.2. Respuesta al VIH

En el año 2006, el Perú diseñó y consensuó el Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA 2007 – 2011 (PEM). Este Plan Estratégico fue diseñado por el Ministerio de Salud y la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA, con la participación de diversos sectores del Estado, de la sociedad civil y de las personas afectadas por el VIH. Fue aprobado mediante Decreto Supremo en Mayo de 2007.

Desde el año 2004 a la fecha, el Perú cuenta con el apoyo del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, destinados a apoyar la respuesta nacional al VIH y la implementación del Plan Estratégico Multisectorial. El Ministerio de Salud y la CONAMUSA conducen la ejecución de estos recursos, cuyo logro más importante ha sido el escalamiento de la cobertura de tratamiento antirretroviral gratuito para más de 10,000 personas en fase avanzada de VIH ⁽³⁾ ⁽⁵⁾.

2.2.4. Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)

El SIDA se define como una enfermedad transmisible de elevada mortalidad y rápido aumento a nivel mundial que origina profunda depresión del sistema inmunológico, especialmente de los linfocitos T condicionando el desarrollo de graves infecciones

por gérmenes oportunistas, como *Pneumocystis carini*, tumoraciones como el sarcoma de Kaposi y linfomas que llevan a la muerte a personas infectadas. El VIH es el agente causal del SIDA. El periodo de incubación es de 6 meses a 2 años, se describe como manifestaciones precoces a fiebre, diarrea, fatiga, linfadenopatía generalizada, anorexia, pérdida de peso y sudoraciones nocturnas. El diagnóstico se establece sobre la base de la evaluación médica de las manifestaciones clínicas, factores de riesgo, evidencia serológica, estudio de los linfocitos y evaluación virósica. Las pruebas serológicas como la de ELISA (Enzyme-Linked InmunSorberent Assay) detectan anticuerpos séricos contra el VIH, la muestra es analizada una vez; si el resultado es positivo, se vuelve analizar por duplicado; si al menos dos de estos tres resultados son reactivos, la muestra debe ser analizada por una prueba suplementaria o confirmatoria, tipo Western Blot.

La persona recibirá un diagnóstico de VIH solamente si tiene 2 pruebas de Elisa positivas y la de Western Blot que es la prueba confirmatoria ⁽³¹⁾ (2).

2.2.4.1. Fases de la Infección por VIH

- a. Fase inicial o síndrome agudo primario o fase de infección aguda:

En gran número de personas no hay manifestación alguna, usualmente se presenta luego

de 2 a 4 semanas pero podría prolongarse. Estas manifestaciones pueden ser fácilmente comparables con un resfrío, tendiendo a desaparecer espontáneamente en corto tiempo. Es importante destacar que desde este momento puede hacer transmisión o contagio a otras personas y que en este periodo el examen de Elisa para VIH puede no ser reactivo a pesar de que la persona está infectada (periodo de ventana).

b. Fase asintomática o portador sin síntomas:

La persona infectada ingresa en un periodo prolongado (en promedio 5 a 8 años) de enfermedad, sin ninguna molestia. De allí que si una persona no se realiza una prueba de despistaje difícilmente podría saber si está infectada o no.

c. Fase sintomática (linfadenopatía generalizada persistente) o portador con síntomas:

Aunque la persona está por largos años sin síntomas en la gran mayoría de casos, algunos de ellos están representados por síntomas que proceden a la presentación de las infecciones oportunistas. Es posible que aquí se presenten las primeras apariciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc. ⁽²⁾

d. SIDA o fase avanzada:

La presencia de infecciones oportunistas (aquellos microorganismos que aprovechan del deterioro del sistema inmunológico para ingresar al organismo y causar enfermedades con parásitos toxoplasmosis, tipos de cáncer sarcoma de Kaposi, Pneumocystis carini y entre otros) caracteriza a esta etapa. Sólo en esta fase la persona tiene o ha desarrollado SIDA. ⁽²⁾

2.2.4.2. Formas de Transmisión del VIH

a. Transmisión sexual:

Las personas son infectadas con el HIV si tienen sexo vaginal, anal o sexo oral con una persona infectada, cuya sangre, semen o secreciones vaginales entran a su cuerpo. El riesgo de transmisión sexual se incrementa 10 veces con la presencia de otra ITS.

b. Transmisión de madre- hijo, vertical o perinatal:

Se da durante el embarazo (8va y 9na semana) en fluidos como líquido amniótico; en el parto existe contacto del niño con secreciones vaginales y la sangre de la madre al momento de atravesar el canal del parto. ⁽³²⁾

- c. Transmisión a través de agujas o compartiendo jeringas:

El VIH se transmite a través de jeringas y agujas contaminadas con sangre infectada. El evitar el uso de drogas intravenosas es la forma más efectiva de prevenir la infección. El tratamiento para el VIH es a base de medicamentos antiretrovirales. Entre las complicaciones están los daños a órganos sexuales femeninos y masculinos, esterilidad, daños al cerebro, infección en el feto causado por aborto espontáneo, problemas en el embarazo e incluso la muerte.

Las ITS-VIH/SIDA no se transmiten por picaduras de insectos, por tocar, abrazar o saludar con la mano; por el beso en la mejilla, dormir en la misma cama, por compartir agua o alimentos, por compartir vasos, tazas o platos; por uso de lugares como baños y piscinas. ⁽¹⁸⁾

2.2.5. Sexo seguro

Es la denominación de una serie de recomendaciones y prácticas en las relaciones sexuales con el propósito de reducir el riesgo de contraer o contagiar alguna enfermedad de transmisión sexual, como el SIDA u otra infección así como el de facilitar el

control de la natalidad mediante el uso de métodos anticonceptivos u otras prácticas sexuales.

El concepto sexo seguro es recíproco por lo que implica el mantenimiento de relaciones sexuales que no pongan en riesgo la salud de otros. Algunas prácticas de sexo seguro como el uso del preservativo son eficaces para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y como métodos anticonceptivos por lo que contribuyen, en las parejas heterosexuales, a evitar embarazos no deseados.

El modo más general de definir el sexo seguro es el siguiente: Sexo seguro es cualquier práctica sexual donde no se permita que el semen, la sangre o los fluidos vaginales de una persona entren en el cuerpo de otra. Las partes del cuerpo por donde el VIH podría entrar a la corriente sanguínea son el ano y el recto, la vagina, el pene, y (menos riesgoso) los ojos y la boca. Estas partes deben ser protegidas del contacto con los fluidos infectados por el VIH. El VIH no puede transmitirse a través de la piel, a menos que haya llagas o cortadas sangrantes^{(33) (34)}.

Cada vez que una persona tiene una actividad sexual, está escogiendo, consciente o inconscientemente, el nivel de riesgo con el que se siente cómoda en ese momento.

2.2.6. Medidas de prevención

Hasta el momento no se ha descubierto un medicamento capaz de curar la enfermedad del SIDA ni una vacuna que pueda evitar su contagio, la única forma de controlar su propagación, es poniendo en práctica las medidas preventivas.

Las medidas de prevención comúnmente recomendadas son las siguientes:

- **Abstinencia.**

No tener relaciones sexuales con penetración con ninguna persona hasta tener su pareja estable y luego practicar la fidelidad mutua.

- **Fidelidad mutua.**

La fidelidad debe ser practicada por las dos personas de la pareja para que realmente sea efectiva.

- **Reducir el número de parejas sexuales.**

Entre menos parejas sexuales se tenga, es menor el riesgo de adquirir la infección de VIH, porque se está menos expuesto/a a tener contacto sexual con una persona viviendo con VIH. A la vez es importante aclarar que un solo contacto de riesgo basta para adquirir la infección.

- **Practicar el sexo seguro.**

El sexo seguro, es todo tipo de relación sexual erótica en la que se eliminan los riesgos de la transmisión del VIH, sin que desaparezca el placer. Evitando la penetración

anal, oral o vaginal, así como todo uso compartido de objetos sexuales. Es importante escoger otras formas de darse placer mediante actividades sexuales sin riesgo como acariciarse y masturbarse mutuamente ,masajes, abrazos, caricias, besos secos, frotarse el cuerpo mutuamente, exhibicionismo y fantasías sexuales sin entrar en contacto con los líquidos infecciosos: Semen, Sangre y Secreciones sexuales.

- Uso de preservativo.

Si se elige tener relaciones sexuales con penetración oral, anal, o vaginal, es importante utilizar siempre un preservativo bien lubricado. Tanto el preservativo masculino como el femenino, ha demostrado ser eficaces en la prevención de todas las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el VIH.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso del preservativo como único método que comprobadamente reduce el riesgo de todas las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH. ^{(9) (34)}

2.2.6.1. Formas de prevención

- Para la vía sexual.

Abstinencia, fidelidad mutua, uso correcto y constante del preservativo.

- Vía sanguínea.

No compartir jeringas, cepillo de dientes, evitar el contacto directo con la sangre y recurrir a la autodonación de sangre en cirugías programadas, (Desde 1985 en el país se tamiza todas las donaciones de sangre para garantizar la calidad de estas).

- Vía materna.

Ofrecer la prueba para detección del VIH, en etapa temprana durante los controles prenatales si fuera positiva, iniciar medicamentos antirretrovirales para reducir la transmisión de madre a hijo, en las 14 semanas de embarazo. El nacimiento del niño debe de ser vía cesárea y proporcionar tratamiento antirretroviral por 6 semanas posterior al nacimiento. Evitar la lactancia materna y suplementar con sustitutos de la lactancia materna por 6 meses ⁽⁹⁾ (34).

2.2.7. Teorías relacionadas al estudio.

2.2.7.1. Teorías cognitivas de la personalidad del constructo personal de Kelly:

La teoría del constructo personal de George Kelly (1955) enfatiza la manera en que una persona explica o interpreta los acontecimientos. Para Kelly no existe una verdad objetiva, sólo maneras de interpretar o explicar los

acontecimientos, la persona era considerada un científico, un observador de acontecimientos que formula conceptos para organizar los fenómenos y los utiliza para prevenir el futuro. Lo que distingue al científico de la persona normal, es que el primero hace observaciones sistemáticas, es más explícito respecto a las hipótesis observadas y es sistemático en la evaluación de estas. El objetivo de toda persona es llegar a ser un buen científico para poder describir, explicar y predecir acontecimientos.

Esta teoría habla sobre dos aspectos importantes. El primero trata sobre la estructura y el proceso a la vez sobre la estabilidad y el cambio en el organismo. El segundo está centrado en la singularidad del individuo así como en los procesos comunes a todas las personas. Por lo tanto es ideográfica y monotética a la vez. La teoría del constructo es ideográfica en su énfasis en las maneras únicas de la gente de interpretar el mundo. El significado de los acontecimientos es altamente idiosincrático. Es monotético en su énfasis en los procesos de funcionamiento cognitivo, comunes a toda persona. Nuestros sistemas conceptuales pueden ser variados en su contenido, pero limitados a un determinado número de procesos.

El elemento central de Kelly fue el constructo que es la manera de percibir, explicar o interpretar los acontecimientos, por ejemplo bueno-malo es un

constructo utilizado frecuentemente por la gente al considerar los acontecimientos, este siempre tiene dos polos. No es necesario que un polo sea el contrario natural del otro. Ejemplo, una persona puede tener el constructo dar-recibir y otra dar-coger, agresivo-tímido y la otra hostil-tímido, amor-odio y amor-lujuria. Una vez que el constructo se convierte en parte de la estructura cognitiva de una persona, se puede aplicar a cualquier cosa. Así cualquier constructo de que se aplica a los demás es aplicable a uno mismo.

Kelly distingue entre varios tipos distintos de constructor, los constructos centrales que son básicos para el funcionamiento de una persona y los constructos periféricos que son menos dominantes. Por ejemplo bueno-malo puede ser un constructo central y divertido-serio uno periférico aunque lo que es un central para una persona puede ser uno periférico para otra. Existen constructos verbales que pueden ser expresados en palabras y constructos preverbales que se utilizan aunque la persona no tenga palabras para expresarlos. Constructos supraordenados que incluyen otros constructos dentro de su contexto y constructos subordinados que están incluidos dentro de otros constructos (supraordenados). Los constructos una persona están organizados para formar un sistema, la persona puede tener un sistema muy complejo o muy

simple. Los sistemas complejos abarcan varios constructos que están conectados unos con otros con múltiples niveles de organización. En el sistema de constructos simples todas las personas y cosas se engloban en categorías como bueno-malo o prospero-fracasado y las predicciones son las mismas sin tomar en consideración las circunstancias.

Para Kelly la ansiedad es la experiencia relacionada con el descubrimiento de que los acontecimientos se hallan fuera del sistema del constructos y el miedo se siente cuando está a punto de surgir un nuevo constructo, la amenaza está relacionada con un cambio en el sistema de constructos.

El elemento de la personalidad es el constructo, las personas se pueden describir desde el punto de vista de sus constructos, la organización de sus constructos en el sistema y el funcionamiento de sus sistemas de constructos. Una persona se comporta de forma similar en situaciones que se consideran semejantes. El sistema de constructos de una persona puede mostrar una flexibilidad y adaptabilidad considerable mientras conserva su estructura básica; un constructo supra ordenado puede llegar a ser inferior o menos importante por algún tiempo luego volverá a su anterior posición supra ordenada. Si la gente es inteligente o poco inteligente puede ser un constructo supra ordenado, pero puede adoptar un estado

inferior en una situación recreativa. Con el tiempo la gente es estable en su funcionamiento hasta el punto de que su sistema de constructor sigue siendo el mismo.

La estructura es inherente a los constructos y al sistema de constructos, mientras que el proceso incluye la manera de utilizar los constructos, para predecir los acontecimientos así como la dinámica del funcionamiento del sistema de constructos, las personas tienen una manera única de interpretar acontecimientos pero es similar en la medida que tienen sistemas de constructos similares. Cada persona es única en los constructos que utiliza y los elementos que se incluyen en cada constructo, por lo que cada persona tiene su propia realidad. Ciertos procesos son comunes a todas personas, todos intentamos anticiparnos a los acontecimientos y reducir la ansiedad, el miedo y la amenaza; para vivir implica el reto de intentar ampliar nuestro sistema de constructos constantemente mientras evitamos las amenazas para la estructura ya establecida. ⁽²²⁾

2.2.7.2. Aprendizaje social de Mischel

Walter Mischel (1990) señala tres puntos claves. Primero la especificidad situacional, la conducta de un individuo se considera muy variable y relativamente

específica de la situación. Segundo la diferenciación del funcionamiento humano perceptual cognitivo, la gente es capaz de diferenciar entre las recompensas y exigencias asociadas con distintas situaciones y de cambiar su conducta de acuerdo con las mismas, esta diferenciación entre las situaciones es lo que lleva a la especificidad situacional de la conducta, la desconsideración de este funcionamiento cognitivo es lo que provoca problemas asociados con las aproximaciones del rasgo. Tercero aspectos adaptativos, auto reguladores del funcionamiento de la personalidad. Cómo la gente es capaz de cambiar su conducta de una situación a otra de forma adaptativa, cómo somos capaces de cambiar nuestro funcionamiento para hacer frente a las exigencias de una situación particular. Mischel se interesa también en cómo la gente puede retardar las gratificaciones y mantener compromisos a lo largo de dilatados períodos de tiempo.

Elementos básicos del aprendizaje social cognitivo de la personalidad: Primero, las personas tienen constructos personales y estrategias codificadas, lo importante es la manera en que la gente interpreta y procesa información pertinente para él, los demás y los acontecimientos del mundo. Segundo, hay valores subjetivos, preferencias, objetivos. Este elemento expresa las diferencias individuales en el valor que se da a distintos resultados.

Manifiesta la capacidad de la gente de tener representaciones mentales de propósitos u objetivos y comprometerse en la conducta intencional dirigida al objetivo (Cantor y Zirkel, 1990), las tareas vitales representan elementos cognitivo-motivacionales que dirigen la atención hacia aspectos de la personalidad orientados al futuro. Tercero, los individuos tienen expectativas respecto a las probables consecuencias de la acción. Para predecir la conducta de la gente en una situación particular se tiene que considerar sus expectativas específicas acerca de los posibles resultados de la conducta en esa situación. Cuarto, competencias cognitivas y conductuales. La gente se diferencia por la información que tiene que por la manera de cómo puede utilizar la información y por sus habilidades conductuales específicas.

Mischel sugiere que las competencias cognitivas y conductuales se refieren a logros potenciales más que a logros reales, que están controlados por muchas variables, el énfasis se halla en lo que la persona puede hacer, en vez de lo que la persona hace normalmente. A pesar de que las competencias cognitivas muestran una estabilidad a lo largo del tiempo y cierta generalidad a través de las situaciones, es importante no considerarlas entidades fijas, a los rasgos. El concepto de inteligencia social de Cantor y Kihlstrom (1987) enfatiza el concepto

de las competencias cognitivas. Para ellos la inteligencia social representa los conceptos, recuerdo y reglas; es el conocimiento que los individuos aplican para resolver tareas personales vitales, la habilidad de utilizar el conocimiento para solucionar problemas en situaciones específicas.

Es adaptativa y orientada al trabajo. Es específica de una tarea o específica de un campo de acción. Por lo tanto una persona tiene pericia en tareas académicas, otra en trabajo mecánico, en relaciones sociales y en asuntos familiares.

La gente desarrolla conocimientos y pericia específicas para una tarea o dominio. Finalmente tenemos el concepto de sistemas autorreguladores. Se enfatiza como los objetivos a largo plazo, complejos, se desarrollan y mantienen a lo largo de extensos periodos de tiempo, aun cuando no existe respaldo externo para su prosecución. Destacando la capacidad de los individuos de desarrollar y establecer planes a largo plazo, fijar criterios y adherirse a ellos y resistir la tentación y no abandonar el objetivo a pesar de la frustración. Las personas establecen sus propios objetivos y escogen los planes para alcanzar esos objetivos, durante la búsqueda inspeccionan su actuación y evalúan sus relaciones, premiándose con elogios por los beneficios y castigándose con críticas por los fallos que podrían haber

sido evitados. Los elementos de la personalidad para Mischel son: constructos, y estrategias codificadas, objetivos, expectativas, competencias y sistemas autorreguladores, algunos como los objetivos tienen un componente motivacional, todos incluyen un énfasis en la cognición. Además del énfasis en la cognición, acentúan el significado altamente idiosincrático que los individuos pueden atribuir a las situaciones, también destaca la especificidad situacional de la conducta tal como la gente diferencia las situaciones, se adapta a ellas y las utiliza como oportunidades para alcanzar los objetivos deseados ⁽³⁰⁾ ⁽²⁹⁾.

2.2.7.3. Teoría cognitiva social de la personalidad

El primer trabajo de Bandura está orientado al estudio del aprendizaje por observación, o el proceso por medio del cual la gente aprende solamente de la observación de las conductas de los demás.

Bandura sugiere que los niños aprenden muchas cosas simplemente observando a los padres y a los demás, llamados modelos y llamo a este Proceso Modelado. También demostró que los niños podían adquirir reacciones emocionales como reacciones conductuales mediante la observación de modelos, proceso llamado Condicionamiento Vicario. Por ejemplo

cuando una persona observa un modelo que expresaba una reacción de miedo desarrollaba una condición de miedo condicionada vicariamente a un estímulo previamente neutral (Bandura y Rosenthal, 1966). Las reacciones emocionales intensas y de larga duración se pueden adquirir mediante la observación de modelos y no necesitan ser adquiridos exclusivamente a base de experiencia directa, muchos de nuestros gustos y aversiones, atracciones y miedos, pueden estar basados en el condicionamiento vicario más que en la experiencia directa.

En 1977 Bandura define el concepto de autoeficacia se refiere a la capacidad percibida de salir adelante en situaciones específicas, son las opiniones que la gente se forma respecto a su capacidad de actuar en una tarea o situación específica. Las opiniones de autoeficacia influyen en que actividades participamos, cuánto esfuerzo gastamos en una situación, cuánto tiempo perseveramos en una tarea y en nuestras reacciones emocionales mientras prevemos una situación o estamos implicadas en ella. Pensamos, sentimos y nos comportamos de forma diferente en aquellas situaciones en las que nos sentimos seguros de nuestras capacidades de aquellas situaciones en las que estamos inseguros o nos sentimos incapaces. Así las creencias de autoeficacia influyen en los

pensamientos, motivación, el rendimiento y las emociones.

Es importante distinguir que el concepto de autoeficacia de Bandura no se refiere al self que alguien tiene sino a los procesos cognitivos en los que el concepto de self está implicado. El self es un concepto, un constructo o una representación mental como cualquier otro concepto, excepto que es más importante que la mayoría por su influencia en nuestros pensamientos, sentimientos y acciones.

Bandura cuando habla de autoeficacia no se refiere a un concepto global. La gente hace juicios de autoeficacia con relación a tareas y situaciones específicas. La gente puede creer que es eficaz manejando algunas situaciones y no otras. Bandura sugiere que estos conceptos son demasiado globales e insatisfactorios para pronosticar como actuará una persona en una situación específica. Los conceptos globales pueden tener cierto grado de generalidad, o banda ancha, pero tiene poca fidelidad, o habilidad para pronosticar situaciones específicas. Esto es debido a que no reconocen las diversas diferenciaciones que la gente hace entre las situaciones y su capacidad para dominar las diferentes exigencias asociadas con ellas.

Durante algún tiempo la teoría cognitiva social ignoró el área de la motivación, sin embargo esta área ha estado

tratada desde entonces desde el punto de vista de los objetivos y los modelos, el objetivo es el punto final deseado, un modelo se refiere a un punto de referencia para la conducta deseada o ejecución. Los modelos pueden ser externos que corresponden a evaluaciones impuestas por los demás o internos que corresponden a evaluaciones impuestas internamente. La alabanza y la crítica externa o interna representan reacciones a modelos de intersección o no intersección. Los modelos representan objetivos a alcanzar y las bases para esperar el refuerzo de los demás o de nosotros mismos.

Los procesos cognitivos son importantes con relación a la motivación en al menos tres aspectos:

- a) En su investigación experimental Bandura demostró que la gente confía en el feedback, o sea en la información acerca del resultado de la realización para mantener el compromiso hacia un objetivo. Estaremos más motivados cuando tengamos información sobre el progreso hacia un objetivo que en ausencia de tal información.
- b) Los juicios de autoeficacia juegan un papel importante en el esfuerzo motivacional y el compromiso. Estaremos más motivados cuando tengamos juicios de autoeficacia elevada para el logro de un objetivo. Cualquiera de los dos la ausencia de información sobre el progreso o la

autoeficacia que se percibe insuficiente, pueden conducir a un esfuerzo insatisfactorio; la gente mantendrá el esfuerzo para conseguir un objetivo cuando estén provistos de feedback o sea de la información, acerca del resultado de su proceso, adecuada y perciban una autoeficacia elevada con relación a la tarea (Bandura y Cervone, 1983).

- c) Las expectativas. La conducta se mantiene por las expectativas o las consecuencias previstas más que sólo por las consecuencias inmediatas. A través del desarrollo cognitivo de las expectativas acerca de los resultados de varias acciones, la gente es capaz de prever las consecuencias de la conducta antes de emprender la acción. A través de este desarrollo cognitivo son capaces de prever recompensas y castigos en un futuro lejano. Estos desarrollos cognitivos son importantes para el proceso de autorregulación. ¿Cómo es que somos capaces de mantener la obligación hacia un objetivo a través de extensos periodos de tiempo, en ausencia de recompensas externas? Lo hacemos mediante nuestra capacidad cognitiva de recordar el objeto y de prever recompensas futuras basadas en juicios de autoeficacia positiva y por nuestra capacidad de recompensarnos por el progreso hacia el objetivo. Mantener el objetivo a largo plazo se vuelve

problemático cuando tenemos capacidades cognitivas limitadas para mantener el objetivo en la mente, cuando tenemos una capacidad limitada de prever el futuro, cuando no creemos que tengamos muchas posibilidades de lograr el objetivo y cuando no recibimos recompensas internas o externas por el proceso hecho.

El trabajo de Bandura se centra en las estructuras cognitivas y los procesos que son importantes para todas las personas y en relación a los cuales las personas se diferencian. La personalidad se considera importante y reconocen las diferencias individuales. Es la capacidad de adaptación de las personas a situaciones y tareas específicas, cuando estas implican procesos cognitivos, donde se halla el énfasis de su trabajo. ⁽³⁵⁾

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Actitudes:** Forma positiva o negativa de afrontar una situación.
- **Adquirido:** Quiere decir que no es una condición genética hereditaria, si no que se adquiere después de la concepción a consecuencia de las acciones específicas.
- **Antirretroviral:** Fármaco utilizado para evitar la replicación de cualquier virus.
- **Asintomático/as:** Son las personas que viven con el VIH sin presentar signos de la enfermedad, y sin embargo pueden transmitirlo.
- **Bisexual:** Es aquella preferencia sexual, en que la persona es atraída sexual, erótica y afectivamente, hacia personas de cualquier sexo, ya sean hombres o mujeres.
- **Condón:** Sinónimo de preservativo, es una barrera a manera de funda o capuchón que impide el contacto de secreciones sexuales con la superficie de mucosa o epitelio que se encuentra en los genitales.
- **Conocimientos:** Acumulación y procesamiento de experiencias relacionadas al VIH-SIDA.
- **Epidemia:** Brote de una enfermedad infectocontagiosa o transmisible, que aparece en forma aguda y masiva en un determinado lugar geográfico.
- **Epidemiología:** Es el estudio de la incidencia, distribución y causas de una enfermedad o infección en una población.

- **Fidelidad:** La fidelidad tiene que ver con la lealtad y con el compromiso que uno asume con sus seres queridos. Cuando se elige una pareja asumimos el compromiso
- **Heterosexual:** Personas que experimenta atracción sexual, erótica y afectiva por las personas del sexo contrario.
- **Homosexual:** Persona que experimenta atracción sexual, erótica y afectiva por las personas de su mismo sexo.
- **HSH:** Hombres que tienen Sexo con Hombres. Se refiere a todo tipo de prácticas sexuales de hombres con otros hombres sean estos, Bisexuales, Homosexuales, Transexuales, Travestís.
- **Infección:** Entrada y diseminación de un microbio o agente patógeno en el organismo se encuentran disminuidas.
- **Inmuno:** Hace referencia al sistema Inmunológico, es decir al sistema del organismo que combate las enfermedades.
- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual. Se refiere a todas aquellas infecciones que se derivan del contacto sexual como son: gonorrea, sífilis, clamidia, candidiasis, chancro, VIH/SIDA, etc.
- **Pandemia:** Expresión que significa enfermedad de todo un pueblo es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa. Etimológicamente hablando debería cubrir el mundo entero y afectar a todos.
- **Prácticas:** Asumir actitudes y aplicar conocimientos referentes al VIH-SIDA.
- **PVVS:** Personas viviendo con VIH-SIDA.

- **Secreciones sexuales:** Son aquellos fluidos que secretan los genitales relacionados con la función sexual y reproductiva, tanto del hombre como de la mujer.
- **Semen:** Líquido elaborado por la vesícula seminal y la próstata, que contiene los espermatozoides.
- **Seropositivo:** Es el resultado de una prueba, en este caso cuando se detectan anticuerpos del VIH.
- **Sexo seguro:** Es todo tipo de relación sexual erótica en la que eliminan los riesgos de la transmisión del VIH, sin que desaparezca el placer.
- **Sexo protegido:** Es una de las alternativas para prevenir la transmisión sexual del VIH y otras ITS (equivalente al uso de preservativo masculino o femenino).
- **SIDA:** Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- **Síndrome:** Conjunto específico de signos y síntomas.
- **Síntomas:** Cualquier cambio en el cuerpo o en sus funciones que indican enfermedad.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- **Virus:** Es un parásito intracelular que invade una célula y puede interrumpir o cambiar su funcionamiento normal haciendo que la célula se comporte de la manera determinada por la información genética contenida en el virus.

un pensamiento discriminatorio que señala a determinadas características físicas y biológicas (sexo, edad, etnia, opción sexual, etc.) como diferencias que determinan los roles sociales. Estas diferencias se valoran como una situación de inferioridad o desigualdad, lo que hace que aquellos grupos considerados “diferentes” tengan mayores dificultades para vivir con bienestar y dignidad porque no se los reconoce como sujetos de derecho.

No es posible construir la salud y el bienestar desde la discriminación, la exclusión y el maltrato sostenido en las diferencias.

A lo largo de la historia, se ha instalado en la sociedad el miedo a las diferencias. La discriminación y la estigmatización se basan en generalizaciones y en prejuicios, es decir, en juicios emitidos sin tener conocimientos de lo que una persona es, siente o vive.

Muchas veces el trato hacia las personas que viven con VIH/SIDA y la dificultad para defender sus derechos se basan en el desconocimiento y el temor aprendido socialmente, así como en el miedo a la enfermedad y a la muerte.

En este marco, algunos de los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH/SIDA son:

- Derecho a recibir un trato y reconocimiento digno como persona.
- Derecho a conocer su condición de salud y a que se le responda con veracidad y claridad a las preguntas relacionadas con su enfermedad.
- Derecho a que se tome en cuenta su opinión al tomar decisiones sobre procedimientos que lo afecten en el tratamiento de la enfermedad.

- Derecho a no estar solo/a, a recibir contención y apoyo.
- Derecho a sentir y expresar sus miedos y angustias.
- Derecho a que se contemplen sus necesidades en forma integral.

2.4. BASES EPISTÉMICAS

Abordar el problema del SIDA desde el enfoque de los Derechos Humanos, ubicándolo en el contexto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, permite entender cómo surge y se desarrolla este fenómeno desde sus fundamentos. La extensión de la epidemia del VIH/SIDA y la alta vulnerabilidad de algunos grupos de población frente a esta, constituyen una muestra de la marginación y la inequidad en el pleno goce de los derechos individuales y sociales.

En este sentido, el SIDA no es sólo un problema de salud, es un problema social que impacta sobre todos los aspectos de la vida del individuo y sobre las posibilidades de desarrollo de una sociedad, por lo que requiere de un abordaje integral. El derecho a la salud hace a la dignidad de la persona y a su condición de sujeto de derechos. El pleno ejercicio de este derecho en forma efectiva, igualitaria y no discriminatoria es exigible por todos los seres humanos.

El Estado es el responsable de garantizar todos los derechos para todas las personas, por lo que debe brindar un sistema de protección de salud con igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel de salud posible. Esto incluye la prevención y atención de las enfermedades epidémicas y la lucha contra estas y la disponibilidad de condiciones que aseguren a todo el tratamiento médico y los servicios sanitarios adecuados en caso de enfermedad.

Por su parte, la sociedad civil tiene también un compromiso como garante del cumplimiento de los derechos de la población. Sin embargo, y en relación a la problemática del SIDA, se ha incorporado socialmente

CAPITULO III

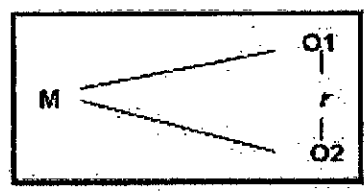
MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo con variables cualitativas, de corte transversal correlacional: transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento, correlacional porque permitió establecer la relación de las variables conocimientos y actitudes de prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali en el año 2015.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde a un diseño no experimental por que las variables fueron estudiadas en su forma original sin ninguna modificación, lo que permitió evaluar los conocimientos y actitudes de prevención que presentan los jóvenes universitarios; el cual corresponde al siguiente esquema:



Donde:

M = Muestra

O1 = Variable 1

O2 = Variable 2

r = Relación de las variables de estudio

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 5,082 estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali matriculados en el Semestre Académico 2015 - II.

La muestra incluyó 357 estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, la que se calculó aplicando la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Quedando distribuido de la siguiente manera:

Distribución de la muestra

Nº	Carrera Profesional	Población	Muestra (Total de participantes)
1.	Agronomía	336	24
2.	Agroindustria	201	14
3.	Forestal	224	16
4.	Ambiental	386	27
5.	Enfermería	282	20
6.	Psicología	75	5
7.	Medicina	356	25
8.	Economía y Negocios Internac.	355	25
9.	Administración	459	32
10.	Contabilidad	681	48
11.	Sistemas	378	27
12.	Civil	386	27
13.	Derecho	716	50
14.	Ciencias de la Comunicación	32	2
15.	Educación Inicial	46	3
16.	Educación Primaria	38	3
17.	Educación Secundaria	131	9
TOTAL		5082	357

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional porque fue necesaria que las muestras sean extraídas proporcionales al tamaño de cada segmento poblacional (carrera profesional).

Criterios de inclusión:

- Estudiantes matriculados en el Semestre Académico 2015 II.
- Alumnos que voluntariamente desean participar en la investigación y que se encuentran presentes en el momento de la aplicación del instrumento.

Criterio de exclusión:

- Estudiantes que no asisten regularmente a clases en el semestre 2015 II.

3.4. DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION

Variables	Descripción conceptual	Dimensión	Escala	Valor
Sexo	Según sexo biológico de pertenencia	Sexo biológico.	Cualitativo	• M • F
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento.	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	• 16-19 • 20-23 • de 24 a más
Área socio demográfica	Sector de donde proviene el estudiante universitario	Procedencia	Cualitativo	• Urbano • Urbano marginal • Rural
Nivel socio económico	Capacidad adquisitiva para satisfacer necesidades básicas en el hogar del estudiante.	Ingreso económico familiar	Cualitativo	• Alto (Más de 1500 soles) • Medio (600 a 1500 soles) • Bajo (Menor a 600 soles)
Conocimiento	El conocimiento consiste en obtener una información acerca de un objeto; conseguir un dato o una noticia sobre algo. Para el caso del estudio los conocimientos son la información que poseen los estudiantes universitarios relacionados con la	Vías de transmisión.	Cualitativo	• Bueno • Regular • Deficiente
		Conductas de riesgo.	Cualitativo	• Bueno • Regular • Deficiente
		Periodo de ventana.	Cualitativo	• Bueno • Regular • Deficiente

	prevención del VIH/SIDA.	Población de riesgo	Cualitativo	• Bueno • Regular • Deficiente
		Métodos de protección	Cualitativo	• Bueno • Regular • Deficiente
		Medios de contagio	Cualitativo	• Bueno • Regular • Deficiente
		Medidas de prevención	Cualitativo	• Bueno • Regular • Deficiente
		Medios de diagnóstico	Cualitativo	• Bueno • Regular • Deficiente
Actitudes	Las actitudes son predisposiciones a responder ante ciertas personas, objetos o situaciones de forma positiva o negativa, favorable o desfavorable. Para el caso del estudio las actitudes son las predisposiciones que muestran los estudiantes universitarios hacia la prevención del VIH/SIDA.	Conductas de riesgo.	Cualitativo	• Adecuado • Inadecuado
		Medidas de prevención.	Cualitativo	• Adecuado • Inadecuado

3.5. TECNICA DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

- **Técnicas de recojo:**

Para el recojo de datos se utilizó como técnica la encuesta que permitió obtener la información necesaria a fin de dar respuesta tanto a las interrogantes planteadas en el estudio, como a los objetivos identificados en el mismo y como instrumento el cuestionario pre estructurado, validado por la OMS el cual fue adaptado para este estudio, el aporte de juicio de expertos fue invaluable para determinar la validez del instrumento (anexo N° 1). También se realizó una prueba piloto para determinar la confiabilidad en dos universidades particulares de la Región Ucayali, obteniendo un alfa de 0.62 lo que nos indicó que la magnitud del coeficiente de confiabilidad es alta (anexo N° 3.1).

- **Procesamiento y presentación de datos:**

Para el procesamiento de los datos se elaboró una base de datos codificados en el programa SPSS versión 23. Para el análisis de los datos se hizo uso de la estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes y la estadística inferencial para la prueba de hipótesis (anexos N° 2 y 3).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA N° 01: Caracterización de aspectos socioculturales, económicos y geográficos de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.

Aspectos socioculturales, económicos y geográficos		Sexo					
		Masculino		Femenino		total	
		N	%	N	%	N	%
Grupo etario R.M. 226- 2011/MINSA	- Adolescente 12 a 17	8	2.2	7	2.0	15	4.2
	- Joven 18 a 29	183	51.3	150	42.0	333	93.3
	- Adulto 30 a 59	6	1.7	3	0.8	9	2.5
	Total	197	55.2	160	44.8	357	100.0
Grupo Familiar	- Madre, padre y hermanos	119	33.3	93	26.1	212	59.4
	- Solo madre	13	3.6	13	3.6	26	7.3
	- Solo Padre	5	1.4	3	0.8	8	2.2
	- Otro familiar o responsable	14	3.9	6	1.7	20	5.6
	- Padre o madre, hermanos y otro familiar	20	5.6	32	9.0	52	14.6
	- Solo	26	7.3	13	3.6	39	10.9
	Total	197	55.2	160	44.8	357	100.0
Ingreso económico familiar	- Más de 1500 soles	54	15.1	47	13.2	101	28.3
	- 850 a 1500 soles	95	26.6	76	21.3	171	47.9
	- Menor a 850 soles	48	13.4	37	10.4	85	23.8
	Total	197	55.2	160	44.8	357	100.0
Procedencia	- Urbano	144	40.3	113	31.7	257	72.0
	- Urbano marginal	22	6.2	28	7.8	50	14.0
	- Rural	31	8.7	19	5.3	50	14.0
	Total	197	55.2	160	44.8	357	100.0

FUENTE: Encuesta de conocimientos y actitudes sobre prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali 2015

La tabla N° 1 muestra que el 55.2% de los participantes corresponden al sexo masculino y el 44.8% al sexo femenino. Así mismo podemos apreciar dentro de los aspectos socioculturales, económicos y geográficos que el rubro correspondiente al grupo etario, el mayor número de participantes estuvo acentuado en la etapa de vida joven entre los 18 a 19 años con un 93.3%, seguido de la etapa de vida adolescente cuyos participantes tienen edades entre los 16 y 17 años con un 4.2% y finalmente la etapa de vida adulto cuyas edades fluctúan entre los 30 y 59 años con un 2.5% respectivamente.

Referente al grupo familiar de los estudiantes se aprecia que el 59.4% corresponden a familias nucleares las cuales están conformadas por madre, padre y hermanos, también observamos que el 14.6% de los participantes vive con padre o madre, hermanos y otros familiares; otro grupo a considerar son los estudiantes que salieron del núcleo familiar y refieren vivir solos, ellos conforman un 10.9% de la muestra; además el 7.3% manifestaron que solo viven con su mamá, el 5.6% declararon vivir con otro familiar o responsable y finalmente el 2.2% refirió vivir con su padre.

En lo concerniente al ingreso económico familiar se obtuvo que el 47.9% de estudiantes presentan ingresos que varían entre 850 a 1500 soles, el 28.3% refieren que estos ingresos son superiores a 1500 soles, el restante 23.8% presentaron ingresos inferiores a 850 soles. En cuanto a la procedencia de los estudiantes encontramos que el 72% proviene de la zona urbana, un 14% proviene de la zona urbano marginal y el 14% restante refirió proceder de la zona rural.

Estos resultados indican que la etapa de vida joven concentra la mayor cantidad de participantes, además un 59.4% pertenecen a familias nucleares, mientras que el restante 40.6% corresponden a familias de diferente

composición a la nuclear, además solo el 28.3% de encuestados tienen una canasta familiar por encima de los 1500 soles, el restante 71.7% no logran superar esta cifra, también se encontró que el mayor porcentaje de alumnos evaluados provienen de la zona urbana con un 72% y el resto de estudiantes 28% provienen de la zona urbano marginal y rural respectivamente.

Discusión

Mazo, Domínguez, y Cardona, el 2013 encontraron que el 61% de los participantes correspondió a mujeres, 45% de estrato bajo y el 74% se clasificó con disfuncionalidad familiar leve. La edad osciló entre 15 y 20 años con promedio de 18 ⁽¹³⁾.

Carhuayo y Figueroa en el 2013, refieren que, los jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, porque muestran menor interés que los adultos en comportarse de forma saludable, lo que ha llevado a considerarlos un grupo de alto riesgo en relación con la salud, influidos por sus creencias y valores en relación con el entorno social en el que desarrollan su vida ⁽⁷⁾.

Lázaro A y Soplin E. el 2012 señalaron que: El promedio de edad es de 16.3 años, de los estudiantes que participaron en la investigación; y la distribución por sexo es de 57% del sexo femenino y 43% del sexo masculino ⁽¹⁷⁾.

El análisis situacional de salud (ASIS) de la Región Ucayali del 2014 se manifiesta que 50% de las personas desarrollan SIDA antes de los 35 años por lo que se presume que se infectaron con el VIH entre los 15 y 34 años de edad ⁽¹⁰⁾.

La madurez es un aspecto a tener en cuenta cuando nos referimos al grupo etario ya que los más jóvenes no perciben el riesgo de contraer esta enfermedad. Respecto al grupo familiar el 59.4% manifiestan vivir en familias nucleares las cuales están conformadas por una pareja y sus hijos, mientras que los demás presentan otras características diferentes a la mencionada. Referente al ingreso económico familiar se encontró que 71.7% de los encuestados tienen ingresos familiares por debajo de los 1500 soles y en muchos casos estas familias tienen que asumir muchos gastos, lo cual los deja expuestos económicamente a muchas necesidades. Referido a la procedencia el 28% viven en zona urbana marginal y rural. Estos aspectos pueden intervenir en las decisiones que puedan tomar los jóvenes por lo que es importante que en el entorno familiar se inculquen principios y valores, las instituciones educativas incluida la universidad, tienen la enorme tarea de educar también al estudiante en temas de salud, prevención de enfermedades y toma de decisiones, de esta manera darle las herramientas a los estudiantes para que sean promotores de su salud, de este modo mejorar la calidad de vida de la población en general.

TABLA N° 02: Nivel de conocimiento de los estudiantes respecto a la prevención del VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.

Nivel de conocimiento	N	%
Deficiente	3	0.9
Regular	134	37.5
Bueno	220	61.6
Total	357	100

FUENTE: Base de datos de la encuesta de conocimientos y actitudes sobre prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali 2015

La tabla N°2 nos presenta el nivel de conocimiento de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali respecto a la prevención del VIH-SIDA, se obtuvo como resultado que el nivel de conocimiento bueno corresponde al 61.6% de estudiantes encuestados en las diferentes carreras profesionales, seguido del nivel de conocimiento regular con 37.5% y finalmente el nivel de conocimiento deficiente con 0.9%. Estos resultados indican que el mayor porcentaje de alumnos evaluados tienen un nivel de conocimiento bueno respecto a la prevención del VIH/SIDA.

Discusión

En el 2013 Carhuayo y Figueroa en su estudio realizado a 271 estudiantes de enfermería obtuvo que el nivel de conocimiento sobre prevención del VIH-SIDA fue alto alcanzando un 76% ⁽⁷⁾, lo cual concuerda con los resultados encontrados en este estudio.

Mazo Y., Domínguez, L. y Cardona J. el 2013 encontraron que los conocimientos se clasificaron en su mayoría en un nivel bueno o excelente; sin embargo, el grado regular presentó un 14% en los conocimientos, lo que

evidencia el elevado número de estudiantes con prácticas de riesgo para la infección por VIH/SIDA.⁽¹³⁾

El 2008 Salas P., Taylor L., Quesada M., Garita A. y León D. en su estudio: Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios costarricenses con respecto al VIH/SIDA obtuvieron una nota de 65,5 y no se encontraron diferencias en las calificaciones obtenidas por los entrevistados⁽³⁶⁾.

Lázaro A y Soplin E. el 2012, obtuvieron en su estudio que el 79% de los estudiantes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Juan Jiménez Pimentel tienen un nivel de conocimiento medio sobre el VIH/SIDA⁽¹⁷⁾.

Macchi M, Corvalán A, Nuñez C y Ortigoza D., el 2008 manifiestan que los jóvenes muestran escasos conocimientos, prácticas inadecuadas de prevención y por consiguiente riesgo de adquirir la infección por VIH.⁽¹⁵⁾

Pérez B.,Suarez C. el 2006 refirieron que el nivel de conocimientos de VIH-SIDA que los adolescentes demostraron tener es regular⁽¹⁶⁾.

Vásquez P., Rojas M, Torres R, Salazar N, Alvarado H, Díaz C, et al., el 2009 aseguraron que el 62.6% de unidades de análisis, evidenciaron adecuados conocimientos sobre VIH/SIDA y, 37.4% inadecuado conocimiento. Existe una mayor información preuniversitaria en este tipo de enfermedades en los cursos inferiores, muy probablemente debido a la mayor concientización de nuestra sociedad⁽¹⁹⁾.

Paredes Ponte LF, Rodríguez Ore YP, Rojas Daza JD., durante el año 2011 obtuvieron que el 74% de adolescentes tuvieron un conocimiento insuficiente, seguido del 22% de adolescentes que poseen un conocimiento regular y solo 2 de cada 50 adolescentes tienen un buen conocimiento. Al comparar con el hospital Amazónico de Yarinacocha el 74% de adolescentes tuvieron un conocimiento insuficiente, seguido del 20% que poseen un

conocimiento regular y solo 3 de cada 50 adolescentes poseen un buen conocimiento ⁽²¹⁾.

Frente a los diferentes resultados encontrados en los trabajos revisados hallamos que en la UNU el nivel de conocimiento es bueno en un 61.6% de encuestados, el promedio obtenido en conocimientos de los estudiantes encuestados está por encima del 74.2%. Además los y las estudiantes hacen manifiesto su deseo en recibir y contar con mayor acceso a información sobre el VIH-SIDA en forma general, con el fin de conocer todo lo referente a la enfermedad de una manera clara, confiable y acertada.

TABLA N° 03: Actitudes de los estudiantes ante el VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.

Actitudes	N	%
Inadecuado	114	31.9
Adecuado	243	68.1
Total	357	100

FUENTE: Encuesta de conocimientos y actitudes sobre prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali 2015

La tabla N° 3 nos presenta la actitud de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali respecto a la prevención del VIH-SIDA, se obtuvo como resultado que la actitud adecuada corresponde al 68.1% de estudiantes encuestados en las diferentes carreras profesionales, además se encontró que 31.9% manifiestan actitudes inadecuadas respecto a la prevención del VIH/SIDA, estos resultados indican que el mayor porcentaje de alumnos evaluados tienen una actitud adecuada respecto a la prevención.

Discusión

Los resultados encontrados por Carhuayo y Figueroa en el 2013, refieren que de manera global se refleja un 85% como favorable para la actitud ⁽⁷⁾.

Mazo, Domínguez y Cardona el 2013 encontraron que las actitudes se clasificaron en su mayoría en un nivel bueno o excelente; sin embargo, el grado regular presentó frecuencias importantes con un 8% en las actitudes de riesgo para la infección por VIH/SIDA. ⁽¹³⁾.

Lázaro A y Soplín E. el 2012, señalan que el 97% de los estudiantes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa en Jiménez Pimentel tienen una actitud sexual favorable frente al VIH/SIDA ⁽¹⁷⁾.

Este estudio encontró que el 68.1% de los participantes presentó actitud favorable, Globalmente se obtuvo un 56% como favorable para la actitud hallada en los estudiantes de la UNU respecto a las actitudes ante las medidas de prevención del VIH-SIDA, es preocupante que 31.9% de estudiantes presenten actitudes inadecuadas frente a la prevención del VIH/SIDA. Si bien es cierto que los jóvenes tienen un nivel bueno de conocimientos respecto a la prevención del VIH/SIDA en muchos casos no saben cómo actuar frente a las diferentes situaciones de riesgo de contagio de la enfermedad y esto se ve reflejado en sus actitudes.

Teniendo en cuenta que los adolescentes universitarios constituyen una población de alto riesgo de contraer ITS, en quienes los principales riesgos radican en sus conductas sexuales ⁽³⁷⁾, es primordial fomentar actitudes positivas sobre los riesgos del VIH/SIDA que permitan acceder a vivencias placenteras, con criterio responsable, basado en la comprensión biológica y emocional del comportamiento sexual, tanto de sí mismos como de los semejantes, pues así se aumenta la posibilidad de superar percepciones negativas como vergüenza, culpa, creencias erróneas y prejuicios que, en conjunto, pueden incrementar el riesgo de adquirir la infección ⁽³⁸⁾.

TABLA N° 04: Correlación de conocimientos y actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.

Actitud	Conocimiento						Total	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Inadecuada	2	0.6	51	14.3	61	17.1	114	32.0
Adecuada	1	0.3	83	23.2	159	44.5	243	68.0
Total	3	0.9	134	37.5	220	61.6	357	100.0

FUENTE: Encuesta de conocimientos y actitudes sobre prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali 2015

La tabla N° 04 evidencia que el 44.5% de los participantes tiene un nivel de conocimiento bueno y actitudes adecuadas, el 23.2% con conocimiento regular y actitudes adecuadas, 0.3% con conocimiento deficiente y actitud adecuada. Así mismo, también se observó que el 17.1% presento buen conocimiento y actitudes inadecuadas, el 14.3% presento conocimiento regular y actitudes inadecuadas, mientras que el 0.6% presento conocimientos deficientes y actitud inadecuada frente a la prevención del VIH/SIDA. Los resultados generales nos muestran que el 61.6% de encuestados presentan buen conocimiento, el 37.5% tiene regular conocimiento y un 0.9% presento deficiente conocimiento; mientras que las actitudes fueron adecuadas en 68% e inadecuadas en 32% de los participantes respecto a la prevención del VIH/SIDA.

Se realizó el ritual de la significancia estadística en donde la hipótesis nula indica que no existe correlación entre el conocimiento y actitudes de los

estudiantes de la UNU respecto a la prevención del VIH-SIDA, frente a esta hipótesis se ha considerado el 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa, el estadístico de prueba utilizado fue la Correlación de Spearman (Rho) con el cual se estableció P. valor de 2.6%, este resultado nos indica que se rechaza la hipótesis nula, por lo que se interpreta que existe correlación entre el conocimiento y las actitudes de los estudiantes de las diferentes carreras profesionales de la UNU.

Discusión

Lázaro A y Soplin E. el 2012, señalan que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sexual ligada al VIH/SIDA en los estudiantes⁽¹⁷⁾.

Mazo, Domínguez y Cardona el 2013 encontraron asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las actitudes⁽¹³⁾.

Los resultados encontrados en este estudio presentan coincidencia con lo encontrado por Lázaro y Soplin; así mismo con lo encontrado por Mazo, Domínguez y Cardona. Se ha evidenciado de gran manera la imperiosa necesidad de comprender el nivel de conocimientos y actitudes como punto de partida para conocer la debilidad y el riesgo que corren los adolescentes ante el VIH/SIDA. No comprender aspectos teóricos referente a los conocimientos y actitudes de prevención podría apoyar, en alguna medida, el aumento de las ITS, VIH/SIDA entre los adolescentes, con los costos sociales y económicos que acarrearán al estado, familia y enfermo, por lo que es necesario estudiar estos temas en áreas de acción, teniendo énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali indican que el 55.2% corresponden al sexo masculino y el 44.8% al sexo femenino; respecto a la edad, el mayor número se ubica en la etapa de vida joven (18 a 19 años) con un 93.3%; referente al grupo familiar, se aprecia que el 59.4% corresponden a familias nucleares; en lo concerniente al ingreso económico familiar el mayor porcentaje 47.9% de estudiantes presentan ingresos que varían entre 850 a 1500 soles; por otra parte cuando se analizó la procedencia se encontró que el 72% proviene de la zona urbana.
2. El nivel de conocimientos respecto a la prevención del VIH/SIDA de los estudiantes de las diferentes carreras profesionales de la UNU es bueno en 61.6%, a nivel global este conocimiento es equivalente a 74.2%.
3. La actitud respecto a la prevención del VIH/SIDA de los estudiantes de las diferentes carreras profesionales de la UNU es adecuado en 68.1%, a nivel global la actitud en promedio equivale al 56%.
4. Existe correlación estadística entre el nivel de conocimientos y la actitud respecto a la prevención del VIH/SIDA de los estudiantes de la UNU, el cual se determinó mediante Correlación de Spearman (Rho) obteniéndose un P. valor de 2.6%.

SUGERENCIAS

1. Considerando que la población estudiantil de la Universidad Nacional de Ucayali se encuentra en una etapa vulnerable por sus características sociodemográficas, es necesario implementar acciones de promoción de la salud prevención de la enfermedad con la participación activa del sector salud, para fortalecer capacidades de docentes y estudiantes, a través de metodologías interactivas que permitan no solo ampliar los conocimientos sino de crear conciencia para el cambio de actitudes hacia la práctica de estilos de vida saludables principalmente en el componente de la salud sexual y reproductiva.
2. Al Vicerrectorado Académico proponer a las Escuelas Profesionales incluir dentro del currículo de pregrado temas transversales de educación para la salud, que permitan a los estudiantes asumir con responsabilidad el cuidado de su salud sexual y reproductiva, lo cual propenderá en su bienestar y desarrollo integral.
3. Sensibilizar a las autoridades pertinentes de la Universidad, para un mayor compromiso en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de los estudiantes como parte de su formación integral, a través de la implementación de un organismo institucional que brinde asesoría y cuidado personalizado con adecuación cultural y de género.
4. A los estudiantes ser promotores de su salud ya que ellos en el futuro tendrán la responsabilidad de ser padres de familia, además serán los líderes que contribuirán con el desarrollo de la región y el país,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Fortaleciendo la educación sexual a través de la cooperación internacional entre países sudamericanos. Primera edición ed. Gouretti Unbehaum S, editor. Brasilia: Gráfica Semear; 2009.
2. ONUSIDA. Conocimientos básico sobre VIH/SIDA. Primera edición ed. Unidas PCdIN, editor. Panamá: ACNUR; 2011.
3. MINSA. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Primera ed. CONAMUSA, editor. Lima: MINSA; 2010.
4. Sistema de las Naciones Unidas en el Perú. www.onu.org.pe. [Online].; 2009 [cited 2012 Marzo 14. Available from: <http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontrasida.aspx>.
5. MINSA UNFPA. Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH-Sida en dos comunidades nativas de Ucayali. Instituto de Educación y Salud ed. UNFPA M, editor. Ucayali: EBRA e.i.r.l.; 2009.
6. Barrueta R. Nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y las prácticas sexuales de la Institución Educativa Teodosio Franco García, Ica. Tesis. Ica, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, Enfermería; 2010. Report No.: S/ISSN.
7. Carhuayo Ascencio O, Figueroa Cabezudo M. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre VIH-SIDA de los estudiantes de la Facultad de Enfermería - Unica 2013. Rev. enferm. vanguard. 2014 Junio; II(1): p. 62-69.
8. Malik K, Kugler M, Kovacevic M, Bhattacharjee S, Bonini A, Calderón C, et al. Informe sobre Desarrollo Humano 2013. S/e ed. Development Incorporated WD, editor. Nueva York, Estados Unidos: Gilmore Printing Services Inc; 2013.
9. Ballester R, Gil MD. Conductas de riesgo en la Universidad. IV Reunión Nacional sobre el SIDA. Primera edición ed. Ballester R, Gil MD, editors. Cáceres: S.e.; 2012.
10. MINSA. Análisis de Situación de Salud de Ucayali. S.e. ed. Leveau Bartra CE, editor. Pucallpa: MINSA; 2014.
11. MINSA. <http://www.dge.gob.pe/>. [Online].; 2012 [cited 2014 Junio 21. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2012/22.pdf>.

12. MINSA. <http://www.ins.gob.pe/>. [Online].; 2011 [cited 2014 Junio 21. Available from: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/galeria_fotos/555-2011%20VIH-SIDA.pdf.
13. Mazo Vélez , Domínguez Domínguez L, Cardona Arias J. Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. Méd. UIS. ;:35-45. 2013 Junio; III(27).
14. Valdivia Rivero MR. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA de enseñanza politecnica del municipio de Yaguajay. Tesis. Yaguajay, Cuba: Facultad de Ciencias Médicas, Enfermería; 2009. Report No.: S/ISBN.
15. Macchi ML, Corvalán A, Nuñez C, Ortigoza D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. Revista Chilea del Pediatría. 2008 Junio; 2(79): p. 12.
16. Pérez Villalobos B, Suarez Hernández CA. Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes y sus fuentes de información. Tesis. Veracruz-México: Universidad Veracruzana, Enfermería; 2006. Report No.: S/ISBN.
17. Lázaro Murrieta A, Soplin Labajos E. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sexual ligada al vih/sida en estudiantes del 5to. año de secundaria de la institución educativa "JUAN JIMENEZ PIMENTEL". Tesis. Tarapoto - Perú: Universidad de San Martín, Escuela Académica profesional de Obstetricia; 2012. Report No.: S/ISSN.
18. Chávez Raraz NL. Nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión y medidas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Julio César Tello del distrito de Ate-Vitarte. Tesis. Lima: UNMSM, Enfermería; 2010. Report No.: S/ISBN.
19. Vasquez Da Silva PM, Rojas Garcia M, Torres Silva R, Salazar Becerril N, Alvarado Cora H, Díaz Martínez C, et al. Conocimiento en VIH/SIDA y comportamiento sexual en estudiantes de la UNAP, Iquitos. Artículo Científico. Iquitos: UNAP, Enfermería; 2009. Report No.: S/ISBN.
20. Florián Grados MR. Efectividad de un taller sobre prevención de ITS y SIDA en el nivel de conocimientos de los adolescentes del Centro de Atención Externa - Gambeta. Tesis. Lima: UNMSM, Enfermería ; 2006. Report No.: S/ISBN.
21. Paredes Ponte LF, Rodríguez Ore YP, Rojas Daza JD. Factores de riesgo

que influyen en la prevalencia de ITS-VIH/SIDA en adolescentes que acuden a los Hospitales de Pucallpa y Yarinacocha. Tesis. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali, Enfermería; 2011. Report No.: S/ISBN.

22. Morgan CJ. Breve Introducción a la Psicología. Primera ed. Morgan CJ, editor. México: Graw Hill; 1984.
23. Bunge M. La Ciencia y su Método y Filosofía. Segunda ed. Bunge M, editor. Buenos Aires: siglo XX; 1988.
24. Pedagogía Dd. Enseñanza en la Ciencia de la Vida. Primera ed. Católica E, editor. Madrid: Editorial Católica; 1999.
25. Alva Díaz M. Promocionando la Salud. Primera ed. Alva Díaz M, editor. Lima: Impresiones S.A.; 2005.
26. Coe G. Comunicación en salud: Comunicación. Chasqui. 1988 Setiembre; 1(63).
27. Webdianoia. <http://www.webdianoia.com/>. [Online].; S.a. [cited 2015 Marzo 14. Available from: http://www.webdianoia.com/moderna/locke/locke_fil_pol.htm.
28. Arias Galicia F. Actitudes, Creencias y Opiniones. Primera ed. Arias Galicia F, editor. México: Trillas; 1980.
29. Martín Baró I. Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica. Primera ed. Martín Baró I, editor. El Salvador : UCA editores; 1999.
30. García Lemus JE. Constructivismo Paso a Paso. Primera ed. García Lemus JE, editor. México: Colección Reforma Educativa; 2000.
31. MINSAL. Guía clínica síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. 2006th ed. MINSAL , editor. Santiago: MINSAL; 2010.
32. MINSA. Norma técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis congénita. Primera edición ed. MINSA , editor. Lima: MINSA; 2008.
33. Castañeda Núñez ML, Bonifacio Morales N, Ojeda Celi N, Sullón Zavaleta P, Rodríguez Llanos J, Castro Vargas JC, et al. Módulo de Capacitación: Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). tercera ed. CARE-Perú , editor. Lima: Herbfige; 2009.
34. Giménez García C. Eficacia Diferencial de distintas estrategias de prevención del SIDA para promoción del sexo seguro. Primera edición ed. Giménez García C, editor. Madrid: Publicaciones UJI; 2008.

35. Bandura A. Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. S.e ed. Bandura A, editor. Bilbao: Desclée de Brower; 1999.
36. Salas Chaves P, Taylor Castillo , Quesada Cambroner M, Garita Garita C, León Alán D. Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios Costarricenses. Revista de Ciencias Sociales (Cr). 2011 Octubre; I-II(131-132): p. 27-36.
37. Antón Ruiz F, Espada J. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. Anales de psicología. 2009 Marzo; II(25).
38. Ospina J, Manrique-Abril F. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. Av. Enferm. 2007 Setiembre; II(25).

ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POS GRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN ESTUDIANTES
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI, 2015

INTRODUCCIÓN:

El cuestionario que a continuación se presenta permitirá recolectar información para determinar el nivel de conocimientos y las actitudes hacia las medidas de prevención del VIH/SIDA. Me gustaría que participe en este estudio, siendo necesario que brinde su consentimiento. Por favor, lea atentamente el siguiente párrafo y diga si está de acuerdo en participar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Algunas preguntas están relacionadas a temas íntimos de salud sexual, las respuestas que usted provea serán totalmente confidenciales. Se garantiza que la información suministrada no será usada con ningún fin diferente a los objetivos de este estudio. Puede dejar en blanco las preguntas que no quiera responder y puede terminar éste cuestionario en el momento que lo desee. Su sinceridad al contestar estas preguntas permitirá determinar cuáles son los conocimientos y actitudes en prevención del VIH/SIDA. Agradezco su ayuda al responder este cuestionario el cual le tomará cerca de 20 minutos.

¿Desea usted participar en el estudio?

FIRMA DEL ENCUESTADO

(CERTIFICANDO QUE HA DADO SU CONSENTIMIENTO)

FECHA: / /

SECCIÓN I: DATOS GENERALES

Rellene donde corresponde y marque con una X la alternativa que usted estime conveniente

EDAD		SEXO	1. Masculino	
			2. Femenino	
GRUPO FAMILIAR Con el que vive		1. Madre, padre, hermanos		
		2. Solo madre		
		3. Solo padre		
		4. Otro familiar o responsable		
		5. Padre o madre, hermano y otro familiar		
		6. Solo		
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR		1. Más de 1500 soles		
		2. 850 a 1500 soles		
		3. Menor a 850 soles		
PROCEDENCIA		1. Urbano		
		2. Urbano marginal		

	3. Rural	
--	----------	--

Carrera Profesional a la que pertenece:

1. Agronomía		10. Economía	
2. Agroindustria		11. Derecho	
3. Forestal		12. Educación inicial	
4. Ambiental		13. Educación primaria	
5. Enfermería		14. Educación secundaria	
6. Medicina		15. Comunicación	
7. Psicología		16. Sistemas	
8. Administración		17. Civil	
9. Contabilidad			

SECCIÓN II: CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Marque con una X la alternativa que considere correcta.

N°	Pregunta	Si	No	No se
1.	El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por el contacto sexual.			
2.	El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere de madre a feto.			
3.	El VIH/SIDA se adquiere por lesionarse con agujas y jeringas contaminadas.			
4.	El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por transfusiones sanguíneas.			
5.	El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por dar un beso en la mejilla.			
6.	El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por convivir con un enfermo de SIDA.			
7.	El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por el sudor.			
8.	El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por utilizar rasuradores de otras personas.			
9.	El tiempo mínimo durante el cual la persona infectada no reporta la presencia del virus en los análisis de laboratorio es de 6 meses.			
10.	Tener relaciones sexuales con varones y mujeres incrementa el riesgo de contagio del VIH/SIDA.			
11.	Tener relaciones sexuales con extranjeros incrementa el riesgo de contagio del VIH/SIDA.			
12.	Tener relaciones sexuales con desconocidos incrementa el riesgo de contagio del VIH/SIDA.			
13.	Tener relaciones sexuales por encuentros ocasionales incrementa el riesgo de contagio del VIH/SIDA.			
14.	El VIH/SIDA lo adquieren solamente los homosexuales (Personas que tienen sexo con individuos de su mismo sexo).			
15.	El VIH/SIDA lo adquieren solamente los bisexuales (Personas que tienen sexo con individuos de su mismo sexo y también con los del sexo opuesto).			
16.	El VIH/SIDA lo adquieren solamente los heterosexuales (Personas que tienen sexo con individuos de sexo opuesto).			
17.	El VIH/SIDA lo puede adquirir cualquier persona.			
18.	El preservativo es el método de protección más eficaz contra el VIH-SIDA.			
19.	Se puede contagiar con VIH/SIDA al sentarse en un baño público.			
20.	Es posible adquirir el VIH/SIDA a través de la picadura de un zancudo.			
21.	Para prevenir el VIH/SIDA los jóvenes deben practicar la abstinencia.			
22.	Para prevenir el VIH/SIDA se debe tener un(a) solo(a) compañero(a).			
23.	Para prevenir el VIH/SIDA se debe evitar practicar el sexo oral.			
24.	Considera que sabe cómo protegerse del VIH/SIDA			
25.	El consumo de alcohol y drogas incrementa el riesgo de contraer VIH/SIDA.			
26.	Conoce sobre la prueba rápida de VIH/SIDA			

SECCIÓN III: ACTITUDES HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Marque con una X la alternativa que considere correcta.

Nº	Pregunta	Nunca	A veces	Siempre
1.	En su comportamiento sexual ¿hace algo para evitar contraer el VIH/SIDA?			
2.	¿Recomienda a sus amigos el uso del condón?			
3.	Si su pareja no quiere usar el preservativo, usted se rehúsa a tener relaciones sexuales.			
4.	Siente vergüenza para adquirir preservativos.			
5.	Acude a un establecimiento de salud para solicitar preservativos.			
6.	Se siente cómodo cuando solicita un preservativo en el establecimiento de salud o algún otro lugar.			
7.	Ha tenido o tiene más de una pareja en un mismo período de tiempo.			
8.	Tendría sexo con un(a) desconocido(a) sin protección.			
9.	Si tiene una Infección de Transmisión Sexual (ITS) acudiría a un establecimiento de salud			
10.	Le preocupa que pueda contagiarse de VIH/SIDA			
11.	Exige tener relaciones sexuales a su novia (o)			
12.	En alguna oportunidad a realizado algún pago para tener relaciones sexuales.			
13.	En alguna oportunidad solicito algún beneficio (económico o material) por tener relaciones sexuales.			
14.	Acostumbra tener relaciones luego de haber consumido alcohol y/o drogas.			
15.	Tiene relaciones sexuales durante el periodo menstrual.			
16.	Toma precauciones adecuadas puede evitar infectarse con el virus del SIDA.			
17.	Acostumbra llevar preservativos por lo que podría pasar.			
18.	Permite que su pareja sea la que tome la decisión de usar el preservativo.			
20	Si usted no ha utilizado el condón en alguna ocasión ¿cuál ha sido el motivo?			
	1. No lo tenía ()	6. No es efectivo ()		
	2. Objeción de la pareja ()	7. Crea dudas sobre la pareja ()		
	3. Tenía confianza en la pareja ()	8. Me da vergüenza comprarlo ()		
	4. No le gusta ()	9. No se encuentra siempre ()		
	5. Por estar usando otro método anticonceptivo ()	10. Mata el romanticismo de la situación ()		

Gracias por su participación en el llenado de este instrumento.

ANEXO N° 2

TABLAS DE FRECUENCIA DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO

El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por el contacto sexual.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	12	3.4	3.4	3.4
	Si conoce	345	96.6	96.6	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere de madre a feto.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	70	19.6	19.6	19.6
	Si conoce	287	80.4	80.4	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA se adquiere por lesionarse con agujas y jeringas contaminadas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	23	6.4	6.4	6.4
	Si conoce	334	93.6	93.6	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por transfusiones sanguíneas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	17	4.8	4.8	4.8
	Si conoce	340	95.2	95.2	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por dar un beso en la mejilla.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	5	1.4	1.4	1.4
	Si conoce	352	98.6	98.6	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por convivir con un enfermo de SIDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	25	7.0	7.0	7.0
	Si conoce	332	93.0	93.0	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por el sudor.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	38	10.6	10.6	10.6
	Si conoce	319	89.4	89.4	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA es una enfermedad que se adquiere por utilizar rasuradores de otras personas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	No conoce	151	42.3	42.3	42.3
	Si conoce	206	57.7	57.7	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El tiempo mínimo durante el cual la persona infectada no reporta la presencia del virus en sus análisis de laboratorio es de 6 meses.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	231	64.7	64.7	64.7
	Si conoce	126	35.3	35.3	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Tener relaciones sexuales con varones y mujeres incrementa el riesgo de contagio del VIH/SIDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	82	23.0	23.0	23.0
	Si conoce	275	77.0	77.0	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Tener relaciones sexuales con extranjeros incrementa el riesgo de contagio del VIH/SIDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	195	54.6	54.6	54.6
	Si conoce	162	45.4	45.4	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Tener relaciones sexuales con desconocidos incrementa el riesgo de contagio del VIH/SIDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	36	10.1	10.1	10.1
	Si conoce	321	89.9	89.9	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Tener relaciones sexuales por encuentros ocasionales incrementa el riesgo de contagio del VIH/SIDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	61	17.1	17.1	17.1
	Si conoce	296	82.9	82.9	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA lo adquieren solamente los homosexuales (Personas que tienen sexo con individuos de su mismo sexo).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	19	5.3	5.3	5.3
	Si conoce	338	94.7	94.7	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA lo adquieren solamente los bisexuales (Personas que tienen sexo con individuos de su mismo sexo y también con los del sexo opuesto).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	27	7.6	7.6	7.6
	Si conoce	330	92.4	92.4	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA lo adquieren solamente los heterosexuales (Personas que tienen sexo con individuos de sexo opuesto).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	26	7.3	7.3	7.3
	Si conoce	331	92.7	92.7	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El VIH/SIDA lo puede adquirir cualquier persona.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	9	2.5	2.5	2.5
	Si conoce	348	97.5	97.5	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El preservativo es el método de protección más eficaz para contra el VIH-SIDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	87	24.4	24.4	24.4
	Si conoce	270	75.6	75.6	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Se puede contagiar con VIH/SIDA al sentarse en un baño público.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	115	32.2	32.2	32.2
	Si conoce	242	67.8	67.8	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Es posible adquirir el VIH/SIDA a través de la picadura de un zancudo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	139	38.9	38.9	38.9
	Si conoce	218	61.1	61.1	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Para prevenir el VIH/SIDA los jóvenes deben practicar la abstinencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	203	56.9	56.9	56.9
	Si conoce	154	43.1	43.1	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Para prevenir el VIH/SIDA se debe tener un(a) solo(a) compañero(a).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	79	22.1	22.1	22.1
	Si conoce	278	77.9	77.9	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Para prevenir el VIH/SIDA se debe evitar practicar el sexo oral.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	261	73.1	73.1	73.1
	Si conoce	96	26.9	26.9	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Considera que sabe cómo protegerse del VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	75	21.0	21.0	21.0
	Si conoce	282	79.0	79.0	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

El consumo de alcohol y drogas incrementa el riesgo de contraer VIH/SIDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	215	60.2	60.2	60.2
	Si conoce	142	39.8	39.8	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Conoce sobre la prueba rápida de VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	180	50.4	50.4	50.4
	Si conoce	177	49.6	49.6	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

En su comportamiento sexual ¿hace algo para evitar contraer el VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	117	32.8	32.8	32.8
	Adecuada	240	67.2	67.2	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Recomienda a sus amigos el uso del condón.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	96	26.9	26.9	26.9
	Adecuada	261	73.1	73.1	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Si su pareja no quiere usar el preservativo, usted se rehúsa a tener relaciones sexuales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	251	70.3	70.3	70.3
	Adecuada	106	29.7	29.7	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Siente vergüenza para adquirir preservativos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	147	41.2	41.2	41.2
	Adecuada	210	58.8	58.8	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Acude a un establecimiento de salud para solicitar preservativos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	318	89.1	89.1	89.1
	Adecuada	39	10.9	10.9	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Se siente cómodo cuando solicita un preservativo en el establecimiento de salud o algún otro lugar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	267	74.8	74.8	74.8
	Adecuada	90	25.2	25.2	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

A tenido o tiene más de una pareja en un mismo periodo de tiempo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	121	33.9	33.9	33.9
	Adecuada	236	66.1	66.1	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Tendría sexo con un(a) desconocido (a) sin protección.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	57	16.0	16.0	16.0
	Adecuada	300	84.0	84.0	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Si tiene una Infección de Transmisión Sexual (ITS) acudiría a un establecimiento de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	40	11.2	11.2	11.2
	Adecuada	317	88.8	88.8	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Le preocupa que pueda contagiarse de VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	92	25.8	25.8	25.8
	Adecuada	265	74.2	74.2	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Exige tener relaciones sexuales a su novia (o)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	130	36.4	36.4	36.4
	Adecuada	227	63.6	63.6	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

En alguna oportunidad a realizado algún pago para tener relaciones sexuales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	62	17.4	17.4	17.4
	Adecuada	295	82.6	82.6	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

En alguna oportunidad solicito algún beneficio (económico o material) por tener relaciones sexuales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	56	15.7	15.7	15.7
	Adecuada	301	84.3	84.3	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Acostumbra tener relaciones luego de haber consumido de alcohol y/o drogas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	110	30.8	30.8	30.8
	Adecuada	247	69.2	69.2	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Tiene relaciones sexuales durante el periodo menstrual.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	127	35.6	35.6	35.6
	Adecuada	230	64.4	64.4	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Toma precauciones adecuadas puede evitar infectarse con el virus del SIDA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	125	35.0	35.0	35.0
	Adecuada	232	65.0	65.0	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Acostumbra llevar preservativos por lo que podría pasar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	264	73.9	73.9	73.9
	Adecuada	93	26.1	26.1	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Permite que su pareja sea la que tome la decisión de usar el preservativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	249	69.7	69.7	69.7
	Adecuada	108	30.3	30.3	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Si usted no ha utilizado el condón en alguna ocasión ¿cuál ha sido el motivo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No lo tenía	87	24.4	24.4	24.4
	Objeción de la pareja	6	1.7	1.7	26.1
	Tenía confianza en la pareja	117	32.8	32.8	58.8
	No le gusta	37	10.4	10.4	69.2
	No es efectivo	67	18.8	18.8	88.0
	No es efectivo	3	.8	.8	88.8
	Crea dudas sobre la pareja	8	2.2	2.2	91.0
	Me da vergüenza comprarlo	6	1.7	1.7	92.7
	No se encuentra siempre	3	.8	.8	93.6
	Mata el romanticismo de la Situación	10	2.8	2.8	96.4
	No tuve relaciones	13	3.6	3.6	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

ANEXO N° 3

TABLAS DE FRECUENCIA, GRAFICOS Y PRUEBA DE HIPOTESIS DEL ESTUDIO

3.1. Confiabilidad del instrumento:

Resumen de procesamiento de casos

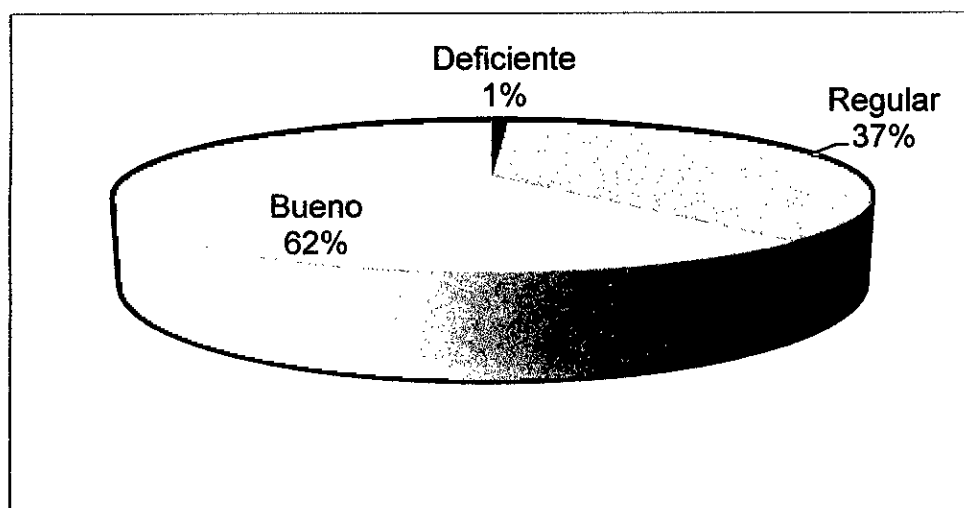
		N	%
Casos	Válido	32	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	32	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.617	45

3.2. Nivel de conocimiento de los estudiantes respecto a la prevención del VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.



Carrera Profesional	Nivel de conocimiento						Total	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Agronomía	0	0.00	8	2.24	16	4.48	24	6.72
Agroindustria	0	0.00	8	2.24	6	1.68	14	3.92
Forestal	1	0.28	8	2.24	7	1.96	16	4.48
Ambiental	0	0.00	9	2.52	18	5.04	27	7.56
Enfermería	0	0.00	1	0.28	19	5.32	20	5.60
Medicina	0	0.00	3	0.84	22	6.16	25	7.00
Psicología	0	0.00	3	0.84	2	0.56	5	1.40
Administración	0	0.00	11	3.08	21	5.88	32	8.96
Contabilidad	0	0.00	21	5.88	27	7.56	48	13.45
Economía	1	0.28	13	3.64	11	3.08	25	7.00
Derecho	0	0.00	20	5.60	30	8.40	50	14.01
Educación inicial	1	0.28	1	0.28	1	0.28	3	0.84
Educación primaria	0	0.00	1	0.28	2	0.56	3	0.84
Educación secundaria	0	0.00	3	0.84	6	1.68	9	2.52
Comunicación	0	0.00	0	0.00	2	0.56	2	0.56
Sistemas	0	0.00	14	3.92	13	3.64	27	7.56
Civil	0	0.00	10	2.80	17	4.76	27	7.56
Total	3	0.84	134	37.54	220	61.62	357	100.00

Pruebas de chi-cuadrado

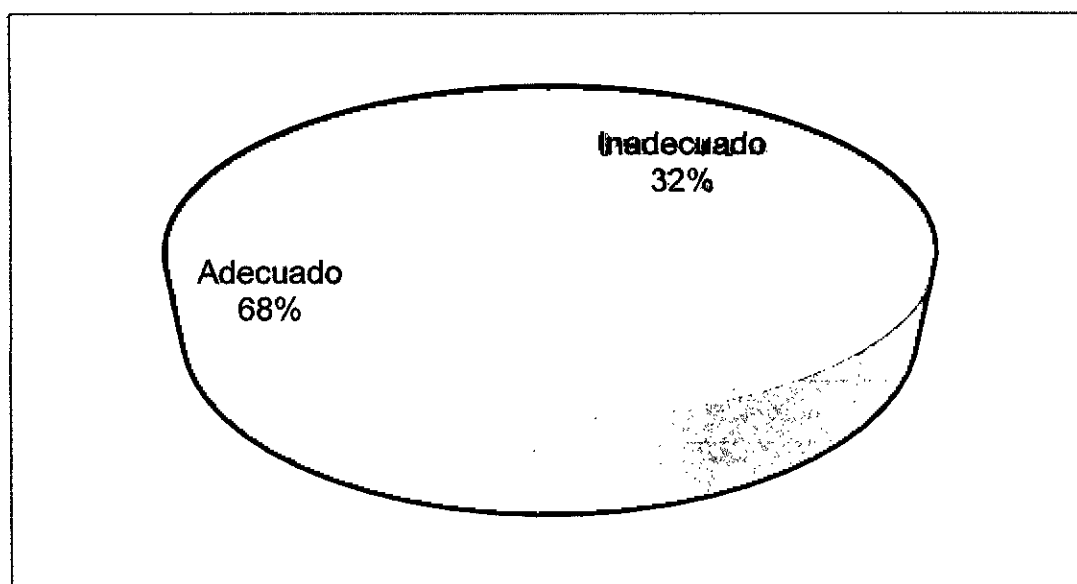
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78.174 ^a	32	.000
Razón de verosimilitud	48.391	32	.032
N de casos válidos	357		

a. 26 casillas (51.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.

Se realizó el ritual de la significancia estadística en donde nuestra hipótesis nula indica que es bueno el nivel de conocimiento de los estudiantes

respecto a la prevención del VIH/SIDA, se ha considerado el 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa, el estadístico de prueba utilizado fue el Chi Cuadrado de Pearson con el cual se estableció que el valor de P o error es menor a 1%, por lo que se rechaza la hipótesis nula, con este resultado se determina que los estudiantes de las diferentes carreras profesionales de la UNU tienen buen nivel de conocimiento respecto a la prevención del VIH/SIDA.

3.3. Actitudes de los estudiantes ante el VIH-SIDA, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.



Carrera Profesional a la que pertenece	Actitud					
	Inadecuado		Adecuado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Agronomía	8	2.24	16	4.48	24	6.72
Agroindustria	6	1.68	8	2.24	14	3.92
Forestal	9	2.52	7	1.96	16	4.48
Ambiental	7	1.96	20	5.60	27	7.56
Enfermería	1	0.28	19	5.32	20	5.60
Medicina	3	0.84	22	6.16	25	7.00
Psicología	1	0.28	4	1.12	5	1.40
Administración	11	3.08	21	5.88	32	8.96
Contabilidad	17	4.76	31	8.68	48	13.45

Economía	6	1.68	19	5.32	25	7.00
Derecho	14	3.92	36	10.08	50	14.01
Educación inicial	0	0.00	3	0.84	3	0.84
Educación primaria	2	0.56	1	0.28	3	0.84
Educación secundaria	1	0.28	8	2.24	9	2.52
Comunicación	1	0.28	1	0.28	2	0.56
Sistemas	15	4.20	12	3.36	27	7.56
Civil	12	3.36	15	4.20	27	7.56
Total	114	31.93	243	68.07	357	100.00

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32.643 ^a	16	.008
Razón de verosimilitud	35.930	16	.003
N de casos válidos	357		

a. 10 casillas (29.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .64.

Se realizó el ritual de la significancia estadística en donde la hipótesis nula indica que las actitudes de los estudiantes de la UNU respecto a la prevención del VIH-SIDA no son adecuadas, frente a esta hipótesis se ha considerado el 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa, el estadístico de prueba utilizado fue el Chi Cuadrado de Pearson con el cual se estableció que el valor de P o error es de 0.08%, por lo que se rechaza la hipótesis nula, con este resultado se determina que el 61.62% de los estudiantes de las diferentes carreras profesionales de la UNU tienen una actitud adecuada respecto a la prevención del VIH/SIDA.

3.5. Correlacionar los conocimientos y las actitudes de prevención del VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015

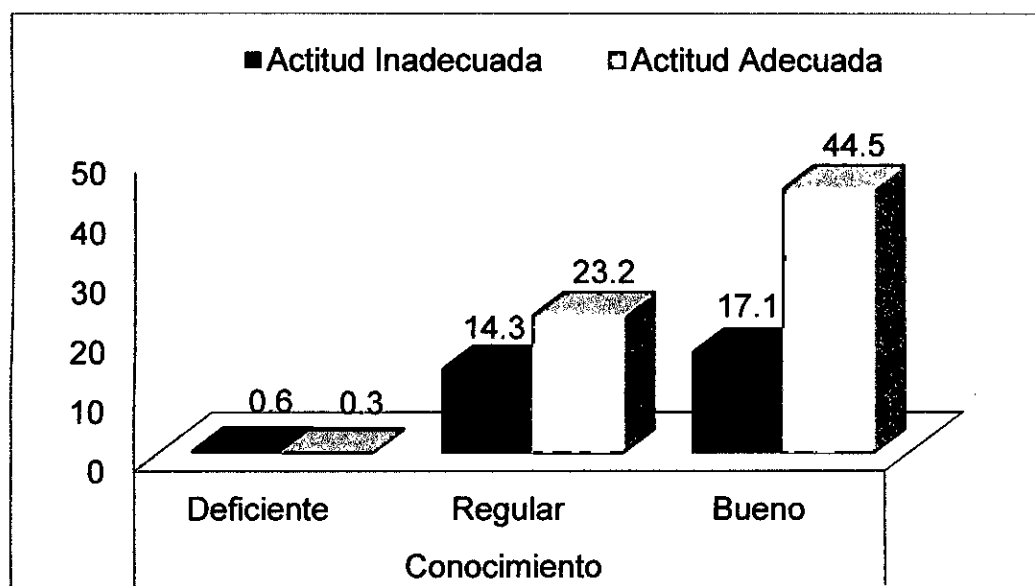


Tabla cruzada Actitud*Conocimiento escala

Recuento

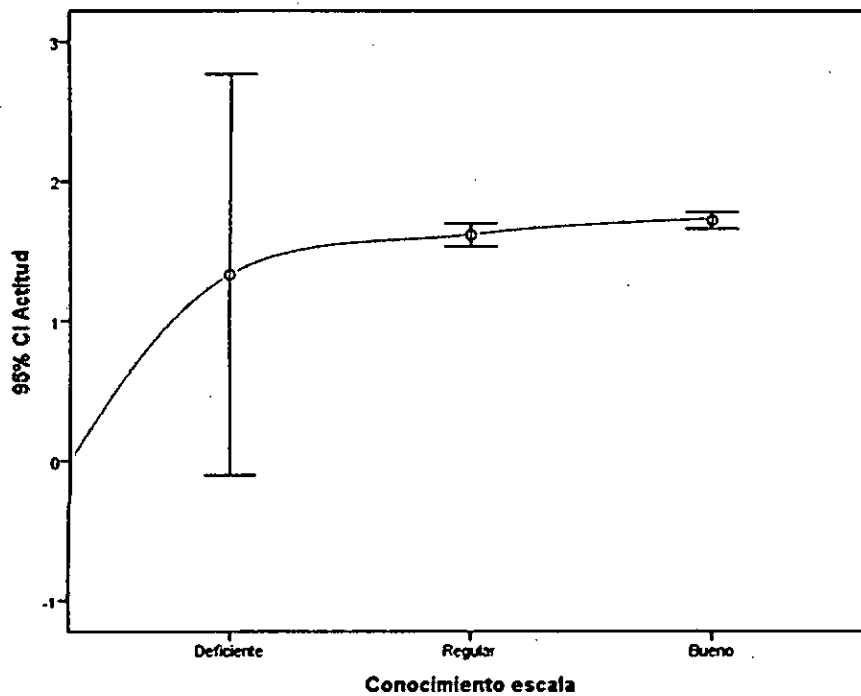
		Conocimiento escala			
		Deficiente	Regular	Bueno	Total
Actitud	Inadecuado	2	51	61	114
	Adecuado	1	83	159	243
Total		3	134	220	357

Correlaciones

			Conocimiento escala	Actitud
Rho de Spearman	Conocimiento escala	Coeficiente de correlación	1.000	.118 [*]
		Sig. (bilateral)	.	.026
		N	357	357
	Actitud	Coeficiente de correlación	.118 [*]	1.000
		Sig. (bilateral)	.026	.
		N	357	357

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Barras de error conocimientos / actitud.



Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Conocimiento escala	Actitud
N		357	357
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2.61	1.68
	Desviación estándar	.506	.467
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.397	.434
	Positivo	.269	.247
	Negativo	-.397	-.434
Estadístico de prueba		.397	.434
Sig. asintótica (bilateral)		.000 ^c	.000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

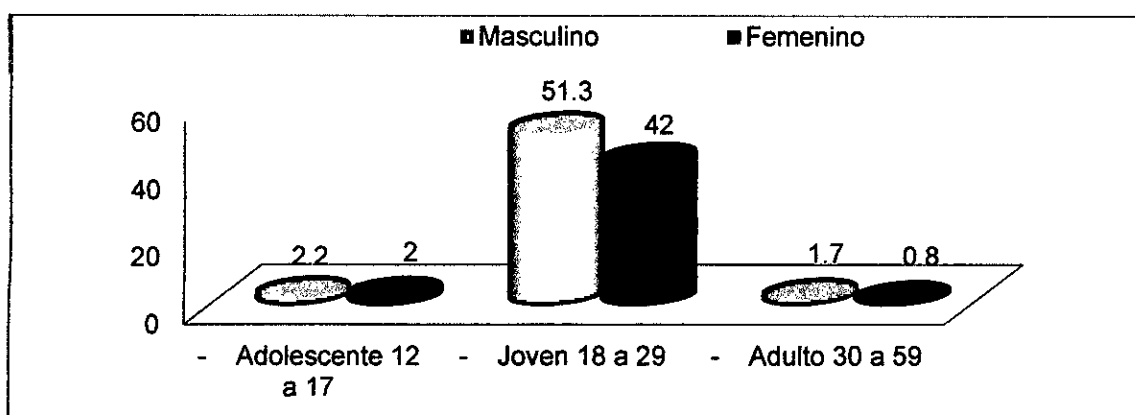
b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

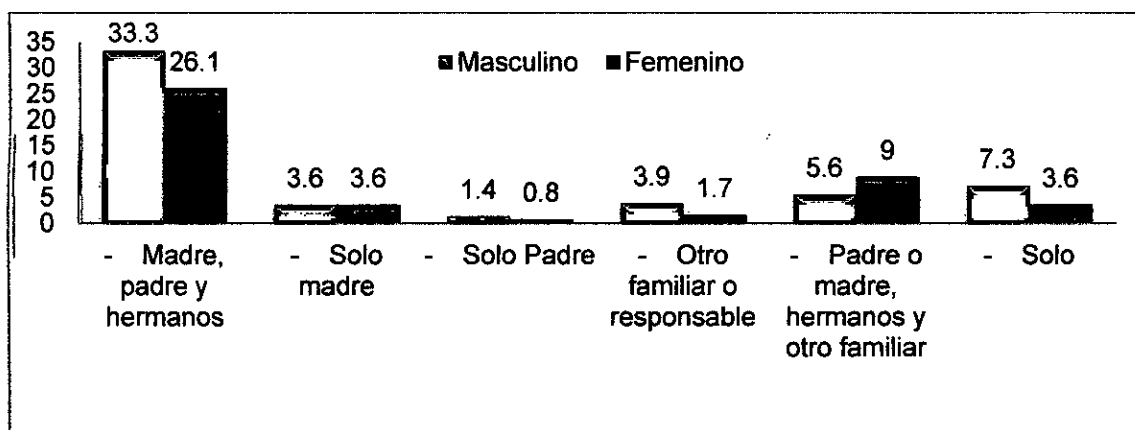
Se aprecia que no existe normalidad de las dos variables por ser categóricas y no numéricas, por este motivo se procedió a realizar la prueba de Correlación de Spearman (Rho).

3.6. Caracterización de aspectos socioculturales, económicos y geográficos de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa 2015.

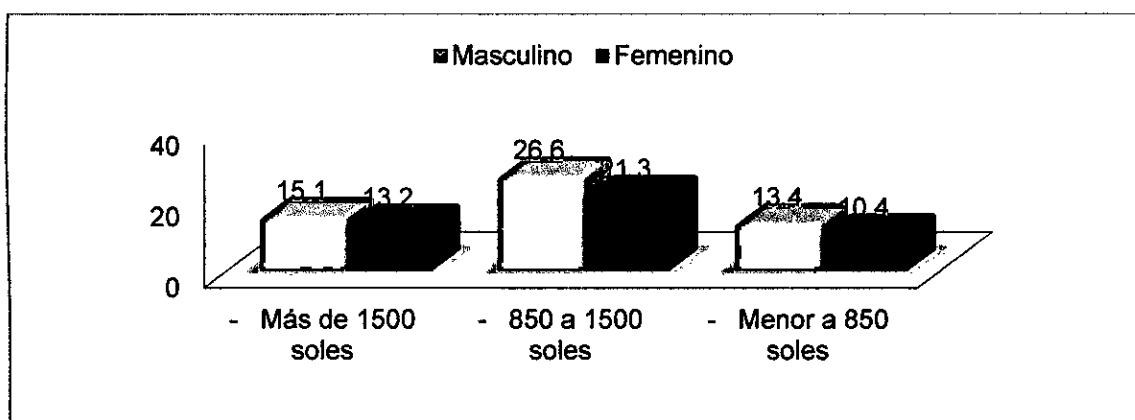
Grupo etario (R.M. 226-2011/MINSA) y sexo de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali.



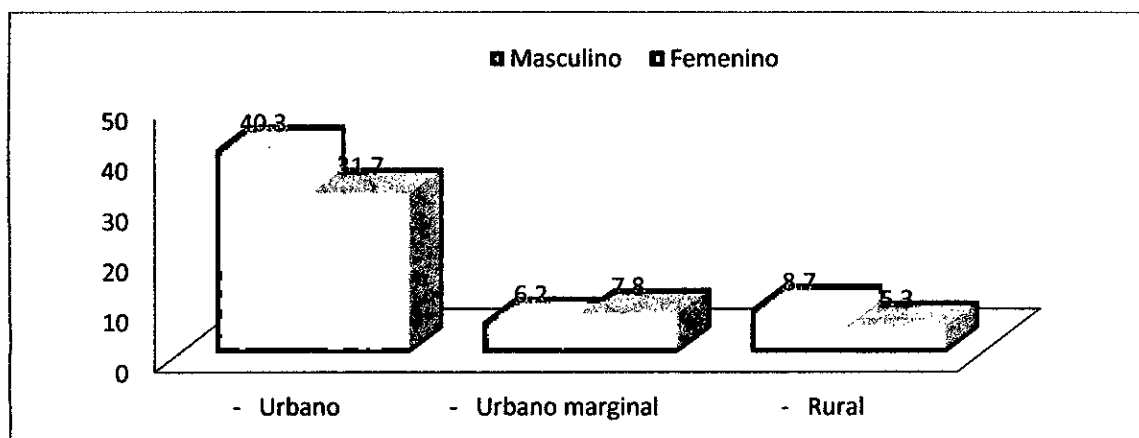
Grupo Familiar y sexo de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali.



Ingreso económico familiar y sexo de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali.



Procedencia y sexo de los estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali.



Aspectos socioculturales, económicos y geográficos		Sexo					
		Masculino		Femenino		total	
		N	%	N	%	N	%
Grupo etario R.M. 226- 2011/MINSA	- Adolescente 12 a 17	8	2.2	7	2.0	15	4.2
	- Joven 18 a 29	183	51.3	150	42.0	333	93.3
	- Adulto 30 a 59	6	1.7	3	0.8	9	2.5
	Total	197	55.2	160	44.8	357	100.0
Grupo Familiar	- Madre, padre y hermanos	119	33.3	93	26.1	212	59.4
	- Solo madre	13	3.6	13	3.6	26	7.3
	- Solo Padre	5	1.4	3	0.8	8	2.2
	- Otro familiar o responsable	14	3.9	6	1.7	20	5.6
	- Padre o madre, hermanos y otro familiar	20	5.6	32	9.0	52	14.6
	- Solo	26	7.3	13	3.6	39	10.9
	Total	197	55.2	160	44.8	357	100.0
Ingreso económico familiar	- Más de 1500 soles	54	15.1	47	13.2	101	28.3
	- 850 a 1500 soles	95	26.6	76	21.3	171	47.9
	- Menor a 850 soles	48	13.4	37	10.4	85	23.8
	Total	197	55.2	160	44.8	357	100.0
Procedencia	- Urbano	144	40.3	113	31.7	257	72.0
	- Urbano marginal	22	6.2	28	7.8	50	14.0
	- Rural	31	8.7	19	5.3	50	14.0
	Total	197	55.2	160	44.8	357	100.0

FUENTE: Encuesta de conocimientos y actitudes sobre prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali 2015