

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

SECCIÓN: SALUD

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACTITUD FRENTE
AL VIH/SIDA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL. PUESTO DE
SALUD CHOLOCAL. CAJABAMBA, 2015.**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

ELIZABETH GIMENA VALDERRAMA UCSA

Asesor

Mg. Obst. AMANDA ELENA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

CAJAMARCA – PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 by
ELIZABETH GIMENA VALDERRAMA UCSA
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

SECCIÓN: SALUD

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL. PUESTO DE SALUD CHOLOCAL. CAJABAMBA, 2015.

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

ELIZABETH GIMENA VALDERRAMA UCSA

Comité Científico

Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez
Asesora

Dra. Raquel Huamán Vidaurre
Miembro de Comité Científico

Dra. Marleni Bardales Silva
Miembro de Comité Científico

M.Cs. Tito Urquiaga Melquiades
Miembro de Comité Científico

Cajamarca – Perú

2017



Universidad Nacional de Cajamarca

Escuela de Post Grado

CAJAMARCA - PERU

PROGRAMA DE MAESTRIA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

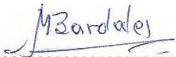
Siendo las 3:00 P.M. de la tarde del día 08 de mayo del año dos mil diecisiete, reunidos en el Auditorium de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Comité Científico Evaluador presidido por la **Dra. RAQUEL HUAMÁN VIDAURRE** como Miembro de Comité Científico y en Representación del Director, **Mg. AMANDA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**, en calidad de Asesora; **Dra. MARLENI BARDALES SILVA**, **M.Cs. TITO URQUIAGA MELQUIADES**, como integrantes del Comité Científico. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la **SUSTENTACIÓN** de la Tesis titulada **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL. PUESTO DE SALUD CHOLOCAL. CAJABAMBA, 2015.”**, presentada por la alumna **ELIZABETH GIMENA VALDERRAMA UCSA**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Sección de Posgrado de Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Comité Científico, y luego de la deliberación, se acordó aprobar con la calificación de (12) Magna Cum Laude la mencionada Tesis; en tal virtud, la alumna **ELIZABETH GIMENA VALDERRAMA UCSA** está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Sección de Posgrado de Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 5:00 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Raquel Huamán Vidaurre
Miembro de Comité Científico


.....
Mg. Amanda Rodríguez Sánchez
ASESORA


.....
Dra. Marleni Bardales Silva
Miembro de Comité Científico


.....
M.Cs. Tito Urquiaga Melquiades
Miembro de Comité Científico

A:

Dios; por todo lo que soy y he logrado ser, porque está presente en cualquier lugar, en cualquier momento y circunstancia, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

Mi madre: **VILMA FERNANDA**; quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación, por todo su apoyo incondicional y por sus enseñanzas que han creado en mi sabiduría, haciendo que logre todo lo que me he propuesto.

La luz de mi vida: **ÁLVARO ZAHIR**; que gracias a su existencia logre comprender la grandeza y el sentido real de la vida y el amor.

Nunca me he sentido más viva que cuando he visto a mis hijos deleitarse con algo; nunca más viva que cuando he visto a un gran artista hacer su arte, y nunca tan rica como cuando he conseguido un gran cheque para combatir el SIDA.

- Elizabeth Taylor

CONTENIDO

Ítem	Página
AGRADECIMIENTO	ix
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIACIONES	xi
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	04
1.1. Planteamiento del Problema	04
1.2. Formulación del Problema.....	07
1.3. Justificación del Problema.....	07
1.4. Alcances y Limitaciones.....	09
1.5. Objetivos del Estudio	10
1.5.1. Objetivo General	10
1.5.2. Objetivos Específicos	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	11
2.1. Antecedentes de la Investigación	11
2.1.1. Antecedentes Internacionales	11
2.1.2. Antecedentes Nacionales	14
2.1.3. Antecedentes Locales	16
2.2. Bases Teóricas	17
2.2.1. Mujeres en Edad Fértil	17
2.2.2. Características Sociodemográficas	18

2.2.3. Actitud	20
2.2.4. Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	23
2.3. Hipótesis	39
2.4. Variables	40
2.5. Definición Operacional de Variables	40
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	45
3.1. Diseño de la Investigación y Tipo de Estudio	45
3.2. Ámbito de Estudio	46
3.3. Población y Muestra de Estudio	46
3.4. Unidad de Análisis	47
3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	47
3.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	48
3.7. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos	50
3.8. Procesamiento y Análisis de los Datos.....	51
3.9. Aspectos Éticos	52
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	83

AGRADECIMIENTOS

- A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca; por haberme albergado en sus aulas y así poder concluir con éxito los estudios de maestría.
- A la Mg. Obst. Amanda Elena Rodríguez Sánchez; porque con su acertada orientación, paciencia, amistad y confianza ha permitido mantener en mi la motivación y compromiso para la culminación de la presente investigación.
- A cada uno de los profesionales de ciencias de la salud; por su valiosa colaboración y participación en el presente estudio.
- A mis padres, esposo e hijo; porque me han permitido restarles tiempo y atención, así mismo me han brindado su amor y apoyo incondicional para continuar superándome como profesional.

Elizabeth Gimena.

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.	54
2. Actitud según Componentes Cognoscitivo, Conductual y Afectivo frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.	57
3. Características Sociodemográficas según Componente Cognoscitivo de la Actitud frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.	60
4. Características Sociodemográficas según Componente Conductual de la Actitud frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.	64
5. Características Sociodemográficas según Componente Afectivo de la Actitud frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.	68
6. Características Sociodemográficas y la Actitud frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.	71

LISTA DE ABREVIACIONES

AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CEPs:	Consejeros Educadores de Pares
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention
EASE:	Escala de Actitud ante el SIDA para Enfermería
ESNPyC ITS-VIH/SIDA:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA
ETS:	Enfermedades de Transmisión Sexual
GRID:	Gay-related Immune Deficiency
HSH:	Hombres que tienen Sexo con Hombres
INEI:	Instituto Nacional de Estadística
ITS:	Infección de Transmisión Sexual
MEF:	Mujeres en Edad Fértil
MINSA:	Ministerio de Salud
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PECOS:	Programa Especial de Control de SIDA
PEPs:	Promotores Educadores de Pares
PPR:	Presupuesto por Resultados

PROCETSS:	Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA
PTMI:	Prevención de la Transmisión Maternoinfantil
PVV:	Personas Viviendo con VIH
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARGA:	Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad
TMI:	Transmisión Maternoinfantil del VIH
TS:	Trabajadores Sexuales
UNAH-VS:	Universidad Autónoma de Honduras en el Valle de Sula
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal, de la provincia de Cajabamba, durante el año 2015. La muestra estuvo constituida por un total de 90 mujeres en edad fértil y se utilizó la técnica de la entrevista, a través de la cual se aplicó el cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil y el Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil. Los resultados revelan que la mayoría de las mujeres en edad fértil se encuentran en la etapa de vida joven, son casadas o convivientes, son amas de casa, profesan la religión católica, alcanzaron grado de instrucción primaria, pertenecen a familias nucleares y el medio de comunicación más empleado para informarse sobre el VIH/SIDA fue la televisión. La mayoría de las mujeres en edad fértil presentaron actitud favorable frente al VIH/SIDA, determinándose que existe relación significativa ($p < 0,05$) entre la ocupación, grado de instrucción, medios de comunicación y la actitud frente al VIH/SIDA, según la prueba estadística del Chi cuadrado con 95% de confiabilidad. Al analizar la actitud según sus componentes se pudo determinar que la mayoría de las mujeres presentaron actitud desfavorable frente al VIH/SIDA en su componente cognoscitivo, actitud favorable en el componente conductual y afectivo.

PALABRAS CLAVE: actitud, VIH/SIDA, mujeres en edad fértil.

ABSTRACT

The present study is a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study whose main objective was to determine the relationship between sociodemographic characteristics and the attitude towards HIV/AIDS of women of childbearing age who attend the Cholocal health post, province of Cajabamba, during the year 2015. The sample consisted of a total of 90 women of childbearing age and the interview technique was used, through which the questionnaire Sociodemographic Characteristics of Women of Fertile Age and the Attitude Test against HIV/ AIDS for Women of Aging. The results reveal that the majority of women of childbearing age are in the young stage of life, are married or living together, are housewives, profess the Catholic religion, reached primary education, belong to nuclear families and the means of The most commonly used communication for information about HIV/AIDS was television. The majority of women of childbearing age had a favorable attitude towards HIV/AIDS, it was found that there was a significant ($p < 0.05$) relationship between occupation, educational attainment, media and attitudes towards HIV/AIDS, according to the Chi square statistical test with 95% reliability. When analyzing the attitude according to its components, it was possible to determine that the majority of the women presented an unfavorable attitude towards HIV/AIDS in their cognitive component, favorable attitude in the behavioral and affective component.

KEY WORDS: attitude, HIV/AIDS, women in fertile age.

INTRODUCCIÓN

Desde la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha habido una evolución conceptual en la forma de caracterizar la epidemia: de la idea de “grupos de riesgo” se pasó a la de “prácticas de riesgo”, luego a las “situaciones de riesgo”, y finalmente, a la vulnerabilidad. La noción de vulnerabilidad permite comprender porque es más adecuado hablar de “vidas que transcurren en el riesgo”, que de “prácticas de riesgo” (1).

El VIH/SIDA continúa siendo un importante problema de salud pública; así pues, se estima que 35,3 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales 17,7 millones eran mujeres. Las mujeres son las más vulnerables a esta infección debido a una gama de factores o características biológicas, culturales y económicas, incluyendo la arraigada desigualdad social que ellas enfrentan dentro de las relaciones sexuales y el matrimonio (2). El VIH/SIDA no solo es potenciado por la desigualdad de género, sino que también la profundiza, dejando a las mujeres más vulnerables que a los hombres a su impacto. A la vez, las violaciones a sus derechos sociales, económicos y legales les impiden buscar atención, tratamiento y apoyo, como también proteger su salud y sus derechos sexuales y reproductivos (3).

En muchos contextos, los valores sociales y culturales en torno a la importancia de la pureza femenina significan que las mujeres que viven con VIH/SIDA son objeto de una mayor discriminación que los hombres. En los casos en que se culpabiliza a las mujeres, ello puede conducir a niveles más elevados de violencia sexual y doméstica: abandono por parte de familias y comunidades, al aborto o esterilización forzados, despido del empleo y a pérdida de oportunidades de subsistencia (3).

La mujer en edad fértil, se encuentra en una etapa en la que es sexualmente activa y posee características biológicas distintas al hombre que la hace mucho más vulnerable (1), así mismo, la mujer posee ciertas características sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, religión, grado de instrucción, tipo de familia y medios de comunicación por los cuales se informa sobre temas de salud), que de una u otra manera ejercen influencia sobre su actitud frente al VIH/SIDA. La actitud de la mujer en edad fértil se refiere a la manera de responder frente a dicha enfermedad y puede ser favorable o desfavorable, dependiendo en cierta forma de sus características sociodemográficas. La actitud se midió a través de sus componentes; componente cognoscitivo, componente conductual y componente afectivo.

El presente estudio buscó determinar la relación que existe entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil; siendo la mujer en su etapa fértil la protagonista, debido a que se encuentra mucho más vulnerable a la infección por VIH que el hombre.

Por lo que la presente investigación contribuirá para obtener información real y confiable sobre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA que tienen las mujeres en edad fértil. Para lo cual se ha estructurado en capítulos como se presenta a continuación:

En el capítulo I se presenta el problema de investigación, planteamiento del problema, la formulación del problema, la justificación, alcances y limitaciones y los objetivos del estudio.

En el capítulo II se presenta el marco teórico y se aborda la ubicación del problema y bases teóricas, los cuales son aspectos teóricos relacionados a las características

sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil. También se abordan los supuestos hipotéticos, las variables y la definición operacional de las mismas. En el capítulo III se aborda sobre el diseño y tipo de investigación, el ámbito de estudio, población y muestra, la unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, validez y confiabilidad de instrumentos, técnicas e instrumentos, el procesamiento de datos y aspectos éticos.

En el capítulo IV se presenta el análisis y discusión de los resultados, así como la contrastación de los resultados con otros estudios y con la hipótesis.

En el capítulo V se presentan las conclusiones y recomendaciones del presente estudio.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS); el VIH infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. El SIDA representa las etapas más avanzadas de la infección por el VIH y se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones oportunistas y otras manifestaciones clínicas graves (1).

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública en el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios. Hasta el final del 2012, cerca de 10 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medianos. No obstante, más de 16 millones de personas que reunían las condiciones para recibir esa terapia en virtud de las nuevas directrices de 2013, no tenían acceso a los medicamentos antirretrovirales (2).

A nivel mundial; desde el comienzo de la epidemia, aproximadamente 78 millones de personas; entre ellas gran porcentaje de mujeres en edad fértil, contrajeron la infección por el VIH y 39 millones de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el VIH. Además en el 2013; 2,1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH en comparación con los 3,4 millones de casos registrados en 2001, 35 millones de personas vivían con el VIH, fallecieron 1,5 millones de personas en todo el mundo por causas relacionadas con el SIDA, frente a los 2,4 millones registrados en 2005. En la región de África subsahariana en el 2013; se concentra casi el 70% del número total de

nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo, 24,7 millones de personas vivían con el VIH, las mujeres representan el 58% del total de personas que viven con el VIH, se produjeron aproximadamente 1,5 millones de nuevas infecciones por el VIH y 1,1 millones de personas murieron por causas relacionadas con el SIDA (4).

En América Latina en 2013, se produjeron en la región aproximadamente 94.000 nuevas infecciones por el VIH, 1,6 millones de personas vivían con el VIH y 47.000 personas murieron por causas relacionadas con el SIDA (4).

El comportamiento del VIH y del SIDA en el Perú es el de una epidemia concentrada, así desde el primer caso diagnosticado de SIDA en el año 1983 hasta el 31 de diciembre de 2013, se han reportado 30 mil 465 casos de SIDA y 51 mil 894 casos notificados de VIH, pero se estima que más de 100 mil personas estarían viviendo con el VIH hasta el año 2040 (5).

Frente a ello, en el Perú, desde que en 1995 se crea el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), sustituyendo al Programa Especial de Control de SIDA (PECOS), se plantean modernas propuestas de intervención, todas bajo la visión de la lucha contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA a nivel mundial. Bajo este contexto se promovió el diseño e implementación de la “Guía Nacional de manejo de casos de ITS” en 1998, esta guía incorporaba estrategias para el control y prevención con énfasis en el manejo del primer nivel de atención. En el 2004 se establece la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA a través de la Resolución Ministerial N°771-2004/Ministerio de Salud (MINSa). Esta Estrategia Sanitaria Nacional diseña y norma los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura del cuidado de la salud, prevención

y control de las ITS y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía (6).

En el año 2015, en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INEI), se reporta que del total de mujeres entrevistadas; el 98% conoce o ha oído hablar sobre VIH/SIDA, el 5,5% manifestó que desconocía alguna forma de prevención de las dos formas consideradas de importancia programática para evitar el VIH (menor número de parejas sexuales o uso del condón). Con respecto a las mujeres que desconocen aspectos relacionados con el VIH/SIDA, se observa que según característica seleccionada, los menores porcentajes se ubicaron en aquellas mujeres con educación superior (0,1%), en cambio, las mujeres que no tienen educación (21,8%) constituyen el mayor porcentaje de mujeres que desconoce sobre el VIH/SIDA. Según ámbito geográfico, Cajamarca fue el departamento donde se registró el mayor porcentaje de mujeres que respondieron desconocimiento sobre el VIH/SIDA (7,0%), seguido por Apurímac (6,3%), Amazonas (5,6%) y Puno (5,3%); por región natural, la sierra concentra a las mujeres que tienen menor conocimiento en este tema (7,4%); y por área de residencia, este porcentaje fue mayor en el área rural (7,5%) (7). En la región Cajamarca para el año 2013 la incidencia de VIH/SIDA fue de 3,4 x 100000 habitantes, existiendo un incrementado en 1,3 puntos en relación al año 2012 (8).

Sin embargo, a pesar de existir estudios sobre el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en la población de Cajamarca, existen escasos trabajos de investigación que evidencien la actitud de una población rural frente a dicha enfermedad, siendo necesario e impostergable realizar la presente investigación en el Centro Poblado de Cholocal; en donde según fuente estadística de la DIRESA Cajamarca, en el año 2013 se reportó 01 caso de VIH; de sexo femenino y ubicada en el grupo etáreo de 18 a 29 años de edad

(9). El Centro Poblado de Cholocal se encuentra ubicado en el distrito de Cachachi, provincia de Cajabamba y departamento de Cajamarca, así mismo dicho lugar cuenta con una población predominantemente rural; con costumbres, mitos, creencias y religiosidad muy arraigadas, existiendo también cifras elevadas de analfabetismo en las mujeres (22,2%); quienes constituyen la población objetivo del presente estudio, ya que son ellas las que se encuentran mucho más vulnerables a dicha enfermedad.

La presente investigación estudia la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal durante el año 2015, teniendo en cuenta algunas características sociodemográficas de dicha población y los tres componentes de la actitud, como son el componente cognoscitivo, conductual y afectivo; estudio que servirá para recoger información base para el diseño de futuras investigaciones, estrategias e intervenciones dirigidas a mejorar la situación actual de las mujeres en edad fértil de la población de Cholocal. Cajabamba, 2015.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA; de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015?.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Realizando una revisión de la historia de la humanidad, se podría decir que ninguna enfermedad ha tenido la repercusión a nivel sanitario y social como la ha tenido y mantenido el VIH/SIDA. Si bien desde su descubrimiento, el manejo a través de campañas de prevención de transmisión y tratamientos han experimentado un avance muy

significativo, continúa siendo alarmante la cantidad de infectados que se registra anualmente a nivel mundial, nacional y local; condición que mantiene y que le dio la connotación de “pandemia o la plaga del siglo XX” (3).

En 20 años de evolución de la enfermedad y con los avances en intervenciones, tratamientos y prevención implementadas y dirigidas para su control, se ha producido en la sociedad un cambio en la manera de enfrentar el VIH/SIDA como enfermedad y ante quienes la padecen. Así mismo, el descenso de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo se ha visto favorecido por cambios en las conductas de jóvenes, profesionales del sexo y sus clientes, usuarios de drogas inyectables, etc (2).

Esta no es una realidad ajena al Perú ni a la ciudad de Cajamarca, pues se conoce que existen casos de VIH/SIDA no solo en grupos de elevado riesgo como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) o Trabajadores Sexuales (TS), sino también en población general (9). A pesar de esto, las investigaciones respecto a esta enfermedad han enfatizado muy poco acerca de las características sociales y demográficas de la población, siendo estas muy importantes en cuanto a su influencia sobre la actitud frente al VIH/SIDA.

Por lo que la presente investigación es oportuna e importante ya que se ajusta a la realidad en la que estamos viviendo, confirmando la importancia de continuar monitoreando y así obtener información real y confiable sobre las características sociodemográficas, las cuales de cierta manera confluyen y determinan la actitud o manera de responder frente al VIH/SIDA, la cual podría ser favorable o desfavorable. Así pues, dependiendo si la actitud de una población es favorable o desfavorable, será posible conocer la vulnerabilidad de sus pobladores a dicha enfermedad y tomar las medidas preventivas necesarias.

Debido a las diferencias y desigualdades que aún persisten en la sociedad, las características sociodemográficas son distintas tanto en zonas rurales como urbanas y tanto en mujeres como en varones, siendo las mujeres de la zona rural mucho más vulnerables frente al VIH/SIDA. Por tanto, es necesario conocer más a fondo las características sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, religión, grado de instrucción, tipo de familia y los medios de comunicación a través de los cuales se informan sobre temas de salud) y su relación con la actitud frente al VIH/SIDA, de las mujeres de una población rural como lo es el Centro Poblado de Cholocal de la provincia de Cajabamba; en donde a pesar de ser una población relativamente pequeña, existe el reporte de un caso femenino de VIH, lo cual constituiría un reto para los profesionales de salud, de llegar oportunamente con actividades preventivas y promocionales a las poblaciones más vulnerables.

Se considera que los resultados fortalecerán tanto las acciones como las estrategias de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud frente a las falencias que actualmente se verifican; como las estrategias de difusión de la información sobre el VIH/SIDA y la deficiente atención de las mujeres con enfoque de género e interculturalidad. Así mismo contribuirá a las investigaciones sobre el tema por parte de otros profesionales poniéndose a consideración de los profesionales de salud un instrumento que permita evaluar las actitudes frente al VIH/SIDA.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

- **Alcances:** la presente investigación servirá de base y guía para futuras investigaciones sobre la actitud frente al VIH/SIDA en poblaciones rurales, ya que el instrumento elaborado por la investigadora (Test de Actitud frente al

VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil) se constituirá en una importante y novedosa contribución para futuras investigaciones.

- **Limitaciones:** la presente investigación presentó algunas limitaciones; entre las más importantes podemos mencionar a la falta de instrumentos disponibles para mediciones técnicas y ausencia o mínimas investigaciones acerca de la problemática actual en poblaciones rurales.

1.5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.5.1. Objetivo general:

- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

1.5.2. Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.
- Identificar la actitud frente al VIH/SIDA según componentes cognoscitivo, conductual y afectivo de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.
- Establecer la relación entre las características sociodemográficas y la actitud según componentes cognoscitivo, conductual y afectivo frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Solórzano E. (2012). En la investigación “Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en Mujeres que Acuden al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) de Quito: Julio 2012”, se obtuvo como resultados; el 63,57% tenía entre 19 y 34 años; el 57% tenían instrucción secundaria; el 67,85% vivían con su pareja. En cuanto al conocimiento sobre el VIH/SIDA, el 87,14% saben qué es esta enfermedad, de las cuales el 35% lo habían escuchado en el colegio y el 25,72% en la televisión; en relación a la transmisión por vía sanguínea, el 99,18% indicaron conocer que se transmite por esta vía; el 91,8% señalaron que siendo fiel a su pareja pueden evitar infectarse con el VIH; el 68,36% al tener relaciones sexuales no se protegen. Conclusiones: las pacientes que acuden al HGOIA tienen en su mayoría conocimientos, actitudes y prácticas correctas sobre VIH/SIDA, sin embargo, un grupo minoritario es completamente ignorante en el tema (10).

Organización Internacional del Trabajo (OIT), Universidad Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), ONUSIDA, Asociación Hondureña de Maquiladores, Asonapvsidah. (2012). En la investigación “Actitudes y Prácticas Sobre el VIH y el SIDA en la Población Trabajadora de la Maquila en Honduras- 2012”; los resultados fueron: el 78% afirmó que VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana; el 90% afirmó que el SIDA no

tiene cura y señalaron que existen medicamentos que permiten a las personas con el VIH tener una adecuada calidad de vida; el 95% considera que todas las personas pueden adquirir el VIH; el 61% no sabe que el VIH es la causa del SIDA y los consideran como una misma condición; 9% de las mujeres tiene una o más parejas ocasionales y el 74% no utilizó un condón en su última relación sexual. Los entrevistados tienen conocimientos sobre las formas de transmisión, prevención y los síntomas de una persona en etapa SIDA; sin embargo, conservan algunas creencias erradas con respecto a la transmisión del VIH; el método de prevención al que más refieren los entrevistados es la fidelidad de pareja; los resultados muestran que no existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas en relación con el riesgo de infección por el VIH (11).

López F, Cobos D, Reyes E. (2010). En la investigación “Actitudes, Conocimientos y Prácticas de Riesgo ante el VIH. Población Universitaria de Chontales (Nicaragua)- 2010”; se obtuvieron como resultados: existe aún un factor de desconocimiento importante sobre las vías de transmisión de la enfermedad (sólo el 14,57% de los estudiantes y el 8,43% de los profesores saben que es posible el contagio por transfusión sanguínea en determinadas condiciones); se dan problemas a nivel de actitudes y prácticas de riesgo (59% de alumnos manifiesta no utilizar ningún tipo de método anticonceptivo en sus relaciones sexuales). En sus conclusiones consideraron necesario desarrollar iniciativas socioeducativas de promoción de la salud en este entorno, transversalizando las intervenciones en salud, con un enfoque de respuestas multisectoriales ante el VIH, donde lo socioeducativo tenga un lugar preponderante (12).

López F. (2010). En la investigación titulada: “Actitudes y Conocimientos ante el VIH/SIDA de Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío – Bío, Chillán, 2010”; tuvo como objetivo general: aportar evidencia que apoye el mejoramiento de la formación de profesionales de enfermería en lo referido a cuidados biopsicosociales de pacientes con VIH-SIDA, se incluyó como población a los alumnos que se encontraban cursando cuarto y quinto año en la Escuela de Enfermería. En cuanto a la metodología; la actitud se evaluó mediante la Escala de Actitud ante el SIDA para Enfermería (EASE) (Tomás-Sábado 1999) y el conocimiento con un cuestionario semiestructurado de 7 preguntas. El análisis cualitativo de las actitudes, en términos generales arrojó resultados positivos, pero un análisis pormenorizado de cada ítem de la EASE reflejó actitudes negativas y prejuiciosas, en cuanto a los conocimientos se observa un déficit en la formación académica de los estudiantes con respecto a los derechos de los pacientes. Estos resultados indican una relación en cuanto al grado de conocimiento de la enfermedad y las actitudes reconocidas (13).

López Y. (2009). En la investigación “Conocimiento sobre VIH/SIDA en Mujeres de Edad Fértil del Municipio Libertador, Distrito Metropolitano de Caracas, 2009”; se aplicó una encuesta validada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para explorar aspectos sociodemográficos y conocimientos sobre VIH/SIDA. Dentro de las mujeres encuestadas predominaron las de edades comprendidas entre 15 y 24 años, estado civil soltera, nivel de escolaridad bachiller terminado y ama de casa. A pesar de que un gran número de estas mujeres consideran tener conocimientos sobre VIH/SIDA, se comprueban algunos temas deficientes como: las principales vías de transmisión de esta enfermedad y las medidas efectivas de prevención y además se evidenció que no

se emplean vías efectivas de comunicación como la del Médico y Enfermera del consultorio popular y los debates de Salud. El conocimiento sobre VIH/SIDA resultó desfavorable en el grupo estudiado (14).

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Peru-2015); en su sección sobre el conocimiento general de las mujeres acerca del VIH/SIDA obtuvo como resultados: el 98,0% conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA, el 5,5% manifestó que desconocía alguna forma de prevención de las dos formas consideradas de importancia programática para evitar el VIH (menor número de parejas sexuales o uso del condón), con respecto a las mujeres que desconocen los aspectos relacionados con el VIH/SIDA; se observa que las mujeres que no tienen educación y con educación primaria constituyen el mayor porcentaje que desconoce sobre dicha enfermedad (21,8%) y las que tienen educación superior tienen mayores porcentajes de conocimiento (91,6%). Sobre el conocimiento de las formas específicas de evitar el VIH, el 85,7% de las mujeres respondió “limitar el número de parejas sexuales o mutua fidelidad”; asimismo, el conocimiento sobre el uso del condón creció al 78,4% en el 2015. Por otra parte, entre las mujeres que identifican las formas de transmisión del VIH de madre a hija o hijo, un 69,0% mencionó que puede ocurrir durante el embarazo o parto y un 34,8% con la lactancia (7).

Pernaz G, Cárcamo C. (2015). En el artículo “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Mujer Peruana sobre la Infección por VIH/SIDA”, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales seguras frente a la infección por el VIH/SIDA de las mujeres peruanas de 15 a 49

años. Resultados: se encontró buen nivel de conocimientos 47,8% de las mujeres encuestadas, el 50,7% de ellas presentaron actitudes adecuadas respecto a la enfermedad, mientras que el ejercicio de prácticas sexuales seguras se observó en 48,8% de las mismas. Así mismo se encontró que a mayor nivel educativo, buen estado económico, vivir en zona urbana y el acceso frecuente a los medios de comunicación se relacionaron con mayores conocimientos, actitudes y prácticas seguras (15).

Vásquez P, Rojas M, Torres R. (2010). En el estudio “Conocimiento en VIH/SIDA y Comportamiento Sexual en Estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos -2010”, tuvo como resultados: 83,6% se encuentra de 17 a 20 años, siendo 52,4% del sexo masculino y 47,6% del sexo femenino, 96,2% solteros. El 62,6% evidencian adecuados conocimientos sobre VIH/SIDA y 37,4% inadecuado conocimiento, 61,8% del grupo constituido por mujeres refieren tener conducta sexual de bajo riesgo y del grupo de varones el 76% también refieren conducta sexual de bajo riesgo, pero 11,8% y 15,3% tanto en mujeres como en varones respectivamente refieren tener una conducta sexual de alto riesgo. El 69.2% evidencian inadecuado conocimiento sobre VIH/SIDA y refieren conducta sexual de alto riesgo, 64,1% evidencian adecuado conocimiento sobre VIH/SIDA y refieren conducta sexual de bajo riesgo y 81,6% evidencian adecuado conocimiento sobre VIH/SIDA y refieren conducta sexual sin riesgo (16).

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Sémpertegui C, Guerrero O. (2012). En su investigación titulada “Nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA y Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes Escolares. Institución Educativa Juan XXIII. Cajamarca. 2012”; obtuvo como principales resultados: el 51,5% tenían 15 años de edad, el 99,1% eran solteras y el resto convivientes, el 85,63% provenían de zonas urbanas, el 58,68% profesaban la religión católica, 84,73% indicaron vivir con sus padres y hermanos. Respecto a los conocimientos sobre VIH/SIDA; el 55,69% poseía un nivel de conocimiento alto, el 39,81% de estudiantes de 4° grado no utilizaron preservativo la última vez que tuvieron una relación coital, el 26,85% de las alumnas de 5° grado no usaron preservativo en la última relación coital; solo el 33,23% usaron preservativos en la última relación coital (17).

Aliaga T, Gallardo J, Sebillano E. (1990). En la investigación “Nivel de Conocimientos sobre el SIDA, de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca-1990”; se encontró que el 73,1% tiene un nivel de conocimientos regular, según la edad la mayoría de alumnos poseía un regular nivel de conocimientos pero resalta que el mayor porcentaje (80%) se presenta entre las edades de 16 a 20 años; en el sexo femenino, el 70,9% posee un nivel de conocimientos regular y el 18,2% nivel malo; según el estado civil soltero, el 73,9% poseían nivel de conocimientos regular y nivel bueno el 13,4%; del estado civil casado, el 60% poseía nivel de conocimiento regular y el 20% nivel bueno y malo; según el año de estudios se observa que el mayor porcentaje (87,5%) posee nivel de conocimientos regular (18).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Etapa de la vida de las mujeres durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. De 15 a 49 años de edad (19).

La mujer al poseer la capacidad biológica de la reproducción también posee derechos reproductivos que buscan proteger su libertad y autonomía para decidir con responsabilidad si tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién. Los derechos reproductivos dan la capacidad de decidir y determinar la vida reproductiva (20).

Históricamente la mujer ha realizado y todavía realiza el trabajo reproductivo, que incluye tanto la reproducción humana como los cuidados y atenciones que permiten la supervivencia de individuos y sociedades (21).

Durante la transición demográfica se produjo una reducción radical de la tasa bruta de mortalidad, posteriormente se produjo una fuerte reducción de las tasa de natalidad en lo que se ha llamado la segunda transición demográfica. A estos cambios hay que sumar otros, sociológicos, que afectan básicamente al papel tradicional de la mujer (22). En este nuevo contexto es donde surgen las demandas de Derechos Reproductivos, ya que el enorme crecimiento demográfico y el cambio de mentalidad permitirían su ejercicio. A esta situación hay que sumar los avances y difusión de los métodos anticonceptivos. El esfuerzo reproductivo realizado por las mujeres se reduce ya que la supervivencia de los individuos permitiría reducir sustancialmente el número de hijos. En las sociedades modernas se da una alta eficiencia reproductiva que libera a la mujer de buena parte del trabajo que desarrollaba tradicionalmente y le permite

incorporarse al mercado de trabajo modificándose sustancialmente las relaciones sociales antes establecidas y advirtiéndose cambios sustanciales: declive del trabajo reproductivo, derrumbamiento del patriarcado, privatización de la sexualidad y reducción del control social sobre la sexualidad, desaparición de la punibilidad de las relaciones sexuales no reproductivas, alto control sobre la procreación con el uso de métodos anticonceptivos y apoyo intergeneracional muy amplio a hijos y nietos, reforzamiento de los lazos familiares profundos, aumento de los años vividos o madurez de masas, centralidad de la familia y reforzamiento de los lazos e importancia de la misma (23).

2.2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Conjunto de características sociales, culturales y económicas que están presentes en la población (24).

Respecto a las características sociodemográficas, se conoce que las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y menor acceso al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes y con pocas posibilidades de acceder a información sobre temas relacionados a la salud y a servicios adecuados de salud. Así mismo se suman otras desigualdades como la pobreza o la discriminación por razones étnicas, de migración o de preferencias sexuales (3).

Entre las características sociodemográficas más importantes podemos considerar las siguientes:

- **Edad:** años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta la fecha actual. (25)
- **Estado civil:** condición de unión o matrimonio de la población de 12 a más años de edad, de acuerdo con las leyes o costumbres del país (25).

- **Ocupación:** tipo de trabajo, empleo, puesto u oficio que la población ocupada realizó en su trabajo principal en la semana de referencia (25).
- **Lugar de residencia:** lugar donde, sujetándose a determinada reglamentación, residen y conviven personas afines por la ocupación, sexo, estado, edad, etc (25).
- **Religión:** creencia o preferencia espiritual que declare la población, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado (25).
- **Grado de instrucción:** grado de estudio más alto aprobado por la población de 5 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero. La participación en el sistema educativo ofrece a las personas diversos medios para su desarrollo y el incremento de su calidad de vida. En ese sentido, es un factor que en interacción con otros, incide sobre la dinámica de la salud en la población y en el desarrollo económico y social de un país (26).
- **Familia:** “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (27). Tipo de familia:
 - Familia Nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar».
 - Familia Extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
 - Familia Monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
 - Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no

tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.

- ***Medios de comunicación:*** el acceso a los medios de comunicación es importante porque complementa las enseñanzas recibidas en la educación formal, prolonga indefinidamente el proceso de aprendizaje, culturización e información y permite la transmisión de conocimientos actualizados sobre aspectos de salud, saneamiento ambiental y planificación familiar (6).

2.2.3. ACTITUD

El concepto de actitud fue introducido en la Psicología Social por los sociólogos W. Thomas y F. Znaniecki. En un trabajo publicado en 1918 (*The Polish Peasant in Europe and América*), estos mismos autores afirmaban que la “La psicología social era el estudio científico de las actitudes”. El concepto de “actitud” designa un fenómeno que, en su dimensión más simple, es muy sencillo de observar: toda persona tiende a responder de manera relativamente estable o perdurable ante ciertos acontecimientos, situaciones o símbolos socialmente significativos (28).

- ***DEFINICIONES DE ACTITUD***

La actitud es “un estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”.

La definición enfatiza que las actitudes:

- Son tendencias o disposiciones.
- Son aprendidas, es decir, se organizan gracias a la experiencia.

- Implican la participación de procesos superiores del sistema nervioso (“estados neurales”).
- Influyen en las respuestas del individuo ante su entorno social (“objetos y situaciones con los que se relaciona” (28).

▪ **COMPONENTES DE LA ACTITUD**

Cada actitud social puede ser entendida como una especie de programa anticipado ante un objeto potencialmente significativo. Se trata de una tendencia u orientación más o menos consistente a actuar ante determinadas situaciones (28).

El componente cognoscitivo; una actitud involucra un punto de vista, una idea sobre el objeto en referencia, se trata de un esquema cognoscitivo acerca de dicho objeto. Estos esquemas cognoscitivos presentes en las actitudes se sintetizan en enunciados verbales. Es decir, lo que se cree o conoce acerca del “objeto de actitud” se condensa mediante relaciones entre conceptos (28).

Este conocimiento o “información” no es necesariamente verdadero. El componente ideacional de una actitud puede estar dado por formas de pensamiento cuyo contenido carece de fundamento crítico: ideas sobrevaloradas, supersticiones, prejuicios, estereotipos. Por último es conveniente referirse a lo que se suele llamar “actitudes irracionales”. A veces este adjetivo corresponde simplemente a la valoración que un observador hace de una actitud que considera destructiva, cruel o desagradable. Pero puede suceder también que una persona no tenga un esquema cognoscitivo claro ante un objeto y, no obstante, tenga una tendencia definida a actuar ante este (28).

El componente afectivo; se refiere a los sentimientos y emociones que el “objeto de actitud” despierta en nosotros. El componente afectivo de una actitud se forma por una asociación entre una categoría cognoscitiva y ciertas circunstancias, placenteras o desagradables. Nuestra disposición emocional ante los objetos es a menudo muy compleja, con frecuencia experimentamos sentimientos de aceptación (simpatía) o de rechazo (hostilidad) ante ciertas personas, grupos, conceptos, etc., sin que podamos comprender como se han originado (28).

Es importante referirse a la relación entre el componente afectivo y el cognoscitivo de las actitudes. Puede decirse, en principio, que para que tengamos una disposición afectiva ante un objeto es necesario tener algún conocimiento acerca de él, por lo menos una percepción diferenciadora (identificar el objeto). Sin embargo, esto no debe entenderse en el sentido de que la relación en referencia sea lineal. Al revés, un sentimiento de agrado o desagrado hacia un objeto puede influir decisivamente en la atención que le prestemos y en las cualidades que le atribuyamos. De ahí que, en pocas palabras, pueda decirse que entre ambos componentes existe una relación mutua y que ellos son, en definitiva, inseparable (28).

El componente conductual; se refiere al comportamiento del individuo en relación con el “objeto de actitud”. Es, en otras palabras; la manifestación objetiva de la actitud. Notamos e interpretamos las actitudes de una persona por medio de su actividad (lo que dice, hace y demuestra con relación al objeto). Las expresiones comportamentales de las actitudes están muy ligadas a las características personales de su portador. No obstante, nunca estará de mas enfatizar su determinación histórico - social: en toda sociedad existen pautas relativamente generalizadas para la expresión de actitudes (28).

2.2.4. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

VIH es la sigla correspondiente a “Virus de la Inmunodeficiencia Humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. Las personas inmunodeficientes son más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales es poco común entre personas sin inmunodeficiencia (29).

SIDA es un término que corresponde a “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH. El SIDA se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves (29, 2).

A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN EL MUNDO Y EN AMÉRICA LATINA

El VIH/SIDA continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una epidemiología actual compleja y dinámica. Se estima que a finales de 2012; 35,3 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales 32,1 millones eran adultos, 17,7 millones eran mujeres y 3,3 millones

eran menores de 15 años. La región más afectada sigue siendo África subsahariana, con una prevalencia de VIH en adultos de 4,7%, lo que representa el 70,8% de las personas seropositivas de todo el mundo, siendo mujeres el 51,6% de las personas que viven con VIH en esta región. Después de África subsahariana, las regiones más afectadas son el Caribe y Europa oriental - Asia central, donde el año 2012, el 1% y el 0,7% de los adultos respectivamente, vivía con el VIH (30).

En América Latina la epidemia de VIH permanece estable. En esta región, en 2012, cerca de 1,5 millones de personas vivían con el VIH, siendo la prevalencia estimada en adultos de 0.4%. Además, el número de personas que murieron por causas relacionadas con el SIDA disminuyó en un 13.3% entre los años 2005 y 2011 (30).

El VIH sigue afectando profundamente a mujeres y niñas en todas las regiones. Aunque la creciente disponibilidad de servicios de prevención y pruebas del VIH en los centros de atención prenatal ofrece a las mujeres un punto de acceso a los servicios relacionados con el virus, en general sigue siendo insuficiente para las mujeres embarazadas seropositivas y sus parejas masculinas. Por otro lado, cuanto menor es el poder socioeconómico y político de la mujer, como las desigualdades en el acceso a la educación y el empleo, y la violencia o el miedo a sufrirla, mayor es su vulnerabilidad al VIH (31).

B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN PERÚ

De acuerdo a los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, basado en los casos de VIH y SIDA notificados (Vigilancia de primera generación), desde el año 1983 en que se reportó el primer caso de SIDA en el

país, hasta diciembre de 2012, se han notificado un total de 48,809 casos de VIH y 29,454 casos de SIDA. En una primera fase de la epidemia, la notificación de casos de VIH y de SIDA mostró una tendencia creciente, hasta el año 1996, año en el que se implementa el Programa Nacional de Control de las ETS/VIH/SIDA. A partir de entonces la notificación de casos de SIDA se estabilizó hasta el año 2002, y los casos de VIH incrementan en su notificación, lo cual coincide con la transferencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ETS/VIH/SIDA del PROCETSS a la Oficina General de Epidemiología, hacia el año 2001. La notificación de los casos de VIH fue en aumento hasta el año 2008, con algunas fluctuaciones, para luego descender sostenidamente a partir del año 2009, habiéndose reportado el 2012 un total de 2,929 casos nuevos de infección por VIH. Desde el año 2005, junto con la implementación del Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) en los establecimientos del MINSA, la notificación de los casos de SIDA ha presentado una tendencia descendente hasta el 2012 (32).

La epidemia del VIH/SIDA ha afectado a los departamentos más densamente poblados de la costa y de la selva, siendo la prevalencia más baja en la sierra. El 62,3% de los casos de VIH y el 72,2% de casos de SIDA notificados en el periodo 1983-2012, se han presentado en Lima y Callao, regiones urbanas en las que habita un tercio de la población de todo el país. En las demás regiones, los casos se presentan mayoritariamente en las capitales de región, es decir, entre la población urbana (32).

La principal forma de transmisión en el país es la vía sexual. Entre los casos de VIH notificados en el periodo 1986-2012, el 94% indicó que la vía de transmisión fue la vía sexual; el 5,6% de los casos fue por transmisión madre a niño y un 0,4%

correspondió a transmisión por vía parenteral o sanguínea. Para el mismo periodo, en el 97% de los casos de SIDA notificados, la vía de transmisión indicada fue la vía sexual; el 2% de los casos fue por transmisión madre a niño y un 1% correspondió a transmisión por vía parenteral. La Transmisión Materno-infantil del VIH (TMI) es responsable del 90% de los casos de infección por VIH en los niños en todo el mundo, la misma que se produce en un 15-20% de los casos durante el embarazo, aproximadamente en un 50 a 65% durante el parto por exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cervicovaginales o líquido amniótico, y la lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14 hasta 29% (32).

Según la clasificación de causas de mortalidad recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la principal causa de defunción en el Perú siguen siendo las enfermedades transmisibles, y dentro de este grupo, la enfermedad por VIH/SIDA ocupa el octavo lugar como causa de fallecimiento. Así mismo, analizando la mortalidad por etapas de vida, a nivel nacional la enfermedad por VIH/SIDA ocupa el octavo lugar como causa de muerte en los jóvenes (18-29 años de edad) (32).

C. HISTORIA

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos convocaron una conferencia de prensa donde describieron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco (33)

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses (33).

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al SIDA, la «peste rosa», causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas, lo que llevó a hablar de un *club de las cuatro haches* que incluía a todos estos grupos considerados de riesgo para adquirir la enfermedad. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*, nombre que sustituyó a otros propuestos como *Gay-related Immune Deficiency (GRID)* (33).

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del SIDA. La teoría con más apoyo planteaba que el SIDA era una enfermedad básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con SIDA de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas (33).

La teoría del primate o del Virus de Inmunodeficiencia en Simios es la más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «Virus de Inmunodeficiencia en Simios» o SIV inglés (Simian immunodeficiency virus); el cual es un retrovirus hallado, en al menos 45 especies de primates africanos. Está emparentado con el VIH-1 y el VIH-2, los virus que causan el sida en humanos (33).

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus de SIDA y lo purificaron. El Dr. Robert Gallo, estadounidense, pidió muestras al laboratorio francés, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Después de diversas controversias legales, se decidió compartir patentes, pero el descubrimiento se le atribuyó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les concedió el Premio Nobel conjunto, junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus, aceptándose que Robert Gallo se aprovechó del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones. En 1986 el virus fue denominado VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna (33).

En esos tiempos las víctimas del SIDA eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían SIDA no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños; éste fue el caso del joven

estadounidense Ryan White. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado (33).

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del SIDA en Occidente. Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque en un principio el SIDA se expandió más de prisa a través de las comunidades homosexuales, y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en Occidente eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, la difusión del mismo en África fue principalmente por vía heterosexual (33).

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del SIDA no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión (33).

D. SIGNOS Y SÍNTOMAS

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la

seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.

La seroconversión alude al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras a la infección (29).

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la OMS:

- ✓ Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.
- ✓ Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.
- ✓ Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
- ✓ Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.
- ✓ Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen SIDA (2).

E. TRANSMISIÓN

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible contagiarse como resultado de contactos de tipo corriente y cotidiano como puedan ser los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas (2).

F. FACTORES DE RIESGO

Hay ciertos comportamientos y afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, entre ellos:

- Practicar coito anal o vaginal sin protección.
- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- Compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables.
- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado.
- Pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario (2).

G. DIAGNÓSTICO

Las pruebas de detección del VIH revelan si hay infección por la presencia o ausencia en la sangre de anticuerpos contra el virus. El sistema inmunitario genera anticuerpos para luchar contra agentes patógenos externos. La mayoría de las personas pasan por un "período silente", generalmente de entre 3 y 6 semanas, durante el cual los anticuerpos contra el virus se están fabricando y aún no son detectables. Esta primera etapa es el momento de mayor infectividad, aunque la transmisión puede producirse en todos los estadios de la infección. En caso de posible exposición, conviene confirmar los resultados de la prueba de detección repitiéndola al cabo de seis semanas, esto es, una vez transcurrido el tiempo suficiente para que las personas infectadas generen anticuerpos (2).

H. ASESORAMIENTO Y PRUEBAS DE DETECCIÓN

Las pruebas de detección han de ser voluntarias: se debe reconocer el derecho de las personas a declinar someterse a ellas. La realización de pruebas obligatorias o bajo coacción, ya sea por parte de un profesional sanitario, una autoridad, la pareja sexual o un miembro de la familia, es inaceptable pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos (2).

Todos los servicios de asesoramiento y pruebas de detección deben regirse por los cinco principios fundamentales recomendados a este respecto por la OMS: consentimiento informado, confidencialidad, facilitación de orientación (o asesoramiento), garantía de que los resultados de la prueba son correctos, y vinculación con la asistencia, el tratamiento y otros servicios (2).

I. PREVENCIÓN

Las personas pueden reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. Los principales métodos para prevenir el contagio, a menudo utilizados de manera combinada, incluyen los que siguen:

1. Uso de preservativos: el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración vaginal o anal puede proteger contra la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector del 85% o más contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (2).

2. Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS: la realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS está altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, de modo que puedan conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los oportunos servicios de prevención y tratamiento. La OMS también recomienda ofrecer pruebas de detección para el/la compañero/a sexual o para parejas (2).

3. Prevención basada en el uso de antirretrovíricos

- ✓ **Uso del tratamiento antirretrovírico como método de prevención:** cuando una persona VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con antirretrovíricos, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%. En el caso de las parejas en que una de las personas es VIH-positiva y otra VIH-negativa, la OMS recomienda administrar tratamiento antirretrovírico a la persona infectada, con independencia de su recuento de células CD4 (2).
- ✓ **Profilaxis preexposición para la pareja VIH-negativa:** los ensayos realizados entre parejas serodiscordantes han demostrado que el consumo de antirretrovíricos por el sujeto VIH-negativo puede ser una medida eficaz para prevenir el contagio por el sujeto seropositivo (2).
- ✓ **Profilaxis postexposición al VIH:** consiste en tomar antirretrovíricos, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición al VIH para prevenir la infección, incluye servicios de

asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del VIH y, dependiendo del nivel de riesgo, la administración de terapia antirretrovírica durante 28 días junto con atención complementaria (2).

4. Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables: las personas que se inyectan drogas pueden protegerse de la infección por el VIH utilizando material estéril, en particular agujas y jeringuillas, para cada inyección. Los paquetes integrales de medidas de prevención y tratamiento de la infección por el VIH, incluyen los componentes siguientes: acceso a agujas y jeringuillas desinfectadas, asesoramiento y pruebas de detección del VIH, tratamiento contra el VIH y atención a los infectados, acceso a preservativos y tratamiento de las ETS, la tuberculosis y la hepatitis vírica (2).

5. Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño: la transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo(a) durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento se denomina transmisión vertical o materno infantil. En ausencia de cualquier tipo de intervención, las tasas de transmisión oscilan entre un 15% y un 45%. Es posible prevenir casi totalmente esta clase de transmisión administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño, y ello en todas las etapas en que pudiera producirse la infección (2).

J. TRATAMIENTO:

El VIH se puede combatir mediante una politerapia que comprenda tres o más antirretrovíricos. Aunque no cura la infección por VIH, este tipo de tratamiento controla la replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones. El tratamiento antirretrovírico permite a las personas afectadas por el VIH llevar una vida sana y productiva (2).

K. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE VIH

Al MINSA le corresponde el ejercicio de la rectoría en salud del país, siendo el responsable de establecer las líneas de acción y las normas que guían la respuesta nacional para el control de la epidemia de VIH en el país (34).

Desde el año 2004, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (ESNPyc ITS-VIH/SIDA) es la responsable de diseñar, normar y gestionar las acciones de lucha contra el VIH y SIDA a nivel nacional y regional. Su organización fue producto de una secuencia de cambios en la organización ministerial, desde un programa vertical (PROCETSS) con ejercicio de poder hacia una estrategia nacional operante pero disminuida en la toma de decisiones (34).

A nivel normativo y de planificación, en el 2006 se estableció el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú (PEM), documento que señala los objetivos estratégicos y las intervenciones más eficaces para la prevención y control de las ITS-VIH/SIDA (34).

La ESNPyC ITS-VIH/SIDA tiene por objetivo fortalecer la respuesta nacional para prevenir la transmisión de las ITS, el VIH/SIDA y la hepatitis B, disminuyendo su impacto en el individuo, la sociedad y la economía del país. Para ello, considera tres líneas de acción: en las áreas de Prevención y Promoción, Prevención de la Transmisión Maternoinfantil (PTMI) y Atención integral (Tratamiento ARV) (34).

Las actividades de *prevención y promoción* han estado enmarcadas en las siguientes líneas de acción:

- Intervención en poblaciones clave expuestas a mayor riesgo de infección: trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres. Se realiza mediante la estrategia de Promotores Educadores de Pares (PEPs) tanto en TS y HSH (incluye a personas transgénero). Los PEPs son TS y HSH seleccionados y capacitados en prevención de las ITS-VIH/SIDA que tienen como objetivo informar a sus pares sobre las medidas de prevención y promoción de los servicios especializados para su atención, en los espacios de socialización y encuentro sexual de esta población. (34).
- Intervención de Consejeros Educadores de Pares (CEPs). La Consejería de Pares que brindan las personas viviendo con VIH (PVV) es el proceso de intercambio de información y educación que se da entre una persona que vive con el VIH/SIDA y que está capacitada y sensibilizada para realizar esta actividad, y otra persona que vive con el VIH. Los CEPs brindan apoyo psicosocial y educación preventiva a toda PVV, lo cual contribuye a una mejor adherencia al seguimiento y al tratamiento ARV (34).
- Fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA. Se viene realizando con la conformación de las Red de Especialistas en Consejería que, en base a su

capacidad profesional y experiencia en el tema, brindan aportes importantes para su mejora (34).

- **Intervenciones en Población General.** La extensión de la epidemia en la población general, en la medida que la principal forma de transmisión es la vía sexual, y que la epidemia se concentra en poblaciones clave con mayor riesgo de exposición al VIH, depende de una serie de factores entre los que destacan los siguientes: el acceso a información y grado de conocimientos sobre prevención de las ITS/VIH, el inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el uso consistente del condón y el acceso a los servicios de salud no solo de la población en mayor riesgo de exposición sino también de la población general, más aún si consideramos que por la información disponible, la mayor exposición al VIH se estaría produciendo entre los adolescentes y jóvenes. En ese sentido, la ESNPyC ITS-VIH/SIDA promueve la prevención del VIH en la población general, bajo un enfoque de derechos humanos y participación social, mediante:

- Campañas de información y sensibilización para la prevención de las ITS y el VIH/SIDA, dirigidas a la población general y también a las poblaciones clave.
- La promoción de la reducción del estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH y los grupos poblacionales clave.
- La promoción de la prueba de VIH y tamizaje de sífilis a las gestantes, así como el tamizaje con prueba rápida a las mujeres en edad fértil.
- Estrategia de Promotores Educadores de Pares para los adolescentes, mediante la capacitación de sus pares en los colegios.

- Mercadeo social del condón, como una estrategia importante para lograr cambios de comportamiento sexual, junto con la promoción de estilos de vida saludable y la educación sexual.
- Introducción del condón femenino (34).

Las acciones de ***Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH*** (PTMI) están dirigidas básicamente a las gestantes, a los niños nacidos expuestos al VIH y a las mujeres en edad reproductiva. Para las gestantes, las actividades que se han desarrollado han sido las siguientes:

- Fortalecimiento del tamizaje para VIH durante la atención prenatal o en el momento del parto, para un diagnóstico oportuno y aplicación de la profilaxis a la madre con VIH y el niño expuesto.
- Las aplicación de las medidas de prevención fueron normadas a partir del año 2005, con la primera Norma Técnica de Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y sífilis, la misma que fue actualizada el año 2008 y el año 2012. En la versión vigente de esta Norma Técnica emitida el año 2012 (NTS N°064-MINSA/DGSP-V02) se detallan los esquemas de profilaxis antiretrovirales para la madre con VIH y el niño expuesto según el escenario de atención, y se indica la culminación del embarazo por cesárea, así como la suspensión de la lactancia materna (34).

Las actividades de ***Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad***; han estado dirigidas a la implementación de la atención y tratamiento de las personas viviendo con VIH/SIDA en el país. Para ello se diseñó un sistema de modo que se pudiera brindar una atención multidisciplinaria y que promueva

la adherencia al tratamiento. La implementación del programa de TARGA, es definitivamente uno de los principales logros alcanzados por el país en la lucha contra la epidemia del VIH, ya que busca prolongar la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas que están infectadas con el VIH/SIDA (34).

La ESNPyC ITS-VIH/SIDA informa que en todas las regiones se ha implementado al menos un establecimiento donde se brinda TARGA de manera gratuita. A la fecha, son 94 los establecimientos que brindan TARGA en el país y que reportan periódicamente a la ESNPyC ITS-VIH/SIDA (34).

El TARGA pudo ser implementado gracias a los recursos provenientes de los Programas del Fondo Mundial que se iniciaron en el país a partir del 2003, siendo a partir del 2006 el Estado el que asume el costo de los medicamentos ARV, siendo actualmente totalmente gratuito, y con normas legales que aseguran su financiamiento (SIS, AUS). Es importante mencionar que parte del gasto en SIDA que se realiza en el país, está considerado en el Presupuesto Por Resultados (PPR) desde el año 2010 (34).

2.3. HIPÓTESIS

Ha: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

Ho: No existe relación significativa entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variable Independiente: características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil.

2.4.2. Variable Dependiente: actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil.

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

2.5.1. Variable Independiente:

➤ **Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil:**

- **Edad:** es el intervalo de tiempo estimado de una mujer; desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Indicadores:

- ≤ a 17 años
- 18 a 29 años
- ≥ a 30 años

Escala: Intervalo

- **Estado civil:** es la situación o condición de la mujer determinada por sus relaciones de familia, provenientes de la unión o del matrimonio, que establece ciertos derechos y deberes de acuerdo con las leyes o costumbres del país.

Indicadores:

- Casada/conviviente
- Soltera

Escala: nominal

- **Ocupación:** es el tipo de trabajo, empleo, puesto u oficio que la mujer realizó en su trabajo principal o en forma acostumbrada.

Indicadores:

- Estudiante
- Ama de casa
- Otros

Escala: nominal

- **Religión:** es la creencia o preferencia espiritual que declare la mujer al momento de la entrevista, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado.

Indicadores:

- Católica
- No católica

Escala: nominal

- **Grado de instrucción:** es el grado de estudio más alto aprobado por la mujer en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero.

Indicadores:

- Primaria
- Secundaria

- Superior

Escala: nominal

- **Tipo de familia:** forma o manera en que se establecen relaciones dinámicas entre los miembros de una familia.

Intervalo:

- Familia Nuclear
- Familia Monoparental
- Familia Extensa

Escala: nominal

- **Medios de comunicación:** medio a través del cual la mujer en edad fértil ha adquirido información sobre un tema.

Intervalo:

- Televisión
- Radio
- Otros medios de comunicación

Escala: nominal

2.5.2. Variable dependiente:

- **Actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil:** manera de responder de las mujeres en edad fértil frente al VIH/SIDA, según sus diferentes componentes: cognoscitivo, conductual y afectivo. Se evaluará

mediante el Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil (Anexo N° 03), cuyos resultados permiten evaluar:

- Actitud favorable: cuando la puntuación alcanza valores de 63 a 100 puntos.
- Actitud desfavorable: cuando la puntuación alcanza valores de 25 a 62 puntos.

Componentes de la actitud:

- **Componente cognoscitivo:** conocimientos que tienen las mujeres en edad fértil frente al VIH/SIDA. Se evaluó teniendo en consideración los ítems del 1 al 12 del Test de Actitud Frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil (Anexo N° 03).

Indicadores:

- Favorable: cuando la puntuación obtenida es entre 31 a 48 puntos.
- Desfavorable: cuando la puntuación obtenida es entre 12 a 30 puntos.

Escala: nominal.

- **Componente conductual:** comportamientos que tienen las mujeres en edad fértil frente al VIH/SIDA. Se evaluó teniendo en consideración los ítems del 13 al 20 del Test de Actitud Frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil (Anexo N° 03).

Indicadores:

- Favorable: cuando la puntuación obtenida es entre 21 a 32 puntos.
- Desfavorable: cuando la puntuación obtenida es entre 8 a 20 puntos.

Escala: nominal.

- **Componente afectivo:** sentimientos y emociones que tienen las mujeres en edad fértil frente al VIH/SIDA. Se evaluó teniendo en consideración los ítems del 21 al 25 del Test de Actitud Frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil (Anexo N° 03).

Indicadores:

- Favorable: cuando la puntuación obtenida es entre 13 a 20 puntos.
- Desfavorable: cuando la puntuación obtenida es entre 5 a 12 puntos.

Escala: nominal.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO

3.1.1. Diseño de la investigación: la presente investigación es de diseño no experimental; ya que se realiza sin manipular deliberadamente variables y se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (35). Por lo que se obtuvo la información tal cual como se recogió las respuestas del cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil y del Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil, aplicados a las mujeres en edad fértil que acudieron al Puesto de Salud Cholocal, Cajabamba durante el año 2015.

3.1.2. Tipo de estudio: el presente estudio es de tipo cuantitativo y a su vez descriptivo, correlacional y de corte transversal.

- **Descriptivo:** busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las mujeres en edad fértil (35). En el estudio se describieron las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil.
- **Correlacional:** tuvo como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (35). El presente estudio permitió establecer la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil.

- **De corte transversal:** porque los datos se recolectaron en un momento determinado.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Puesto de Salud Cholocal, el cual pertenece al Centro Poblado de Cholocal y se encuentra ubicado en el distrito de Cachachi, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca.

El Centro Poblado de Cholocal cuenta con una extensión territorial de 670 km², presenta un clima frío en la altura y cálido en la zona del valle, su accesibilidad es a través de carreteras afirmadas en malas condiciones de mantenimiento, trochas carrozables y caminos de herradura. Además cuenta con una población de 3579 habitantes distribuidos en 14 comunidades, las cuales son eminentemente rurales, variando la distancia en tiempo de 15 minutos hasta 5 horas aproximadamente la comunidad más alejada.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

3.3.1. Población: en la presente investigación se tuvo como población a las mujeres en edad fértil registradas en la jurisdicción del Puesto de Salud Cholocal de la provincia de Cajabamba en el año 2014, que según registro del Instituto Nacional de Estadística fue de 253 mujeres.

3.3.2. Muestra: la muestra fue de tipo probabilística, en donde todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos. Así mismo, para la selección se empleó el método de muestreo aleatorio simple.

El cálculo del tamaño de la muestra se hizo tomando el número total de mujeres en edad fértil (N=253), con un margen de Error (E) de 5% y con un valor

probabilístico de confianza de (Z) del 95%. La cual ha sido calculada mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

$$n = \frac{(253)(1.96)^2(0.9)(0.1)}{(0.05)^2(253-1) + (1.96)^2(0.9)(0.1)}$$

$$n = 90$$

Dónde:

n = total de muestra

N = 253 (Total de MEF)

Z = 1.96 (Valor Probabilística de Confiabilidad al 95%)

P = 0.9 (90 % se estima que tienen actitud desfavorable frente al VIH/SIDA)

Q = 0.1 (10 % se estima que tienen actitud favorable frente al VIH/SIDA)

E = 0.05

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por un total de 90 mujeres en edad fértil que acudieron al Puesto de Salud Cholocal, durante el año 2015.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las mujeres en edad fértil que acudieron al Puesto de Salud Cholocal, Cajabamba durante el año 2015.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil que acudieron al Puesto de Salud Cholocal, Cajabamba durante el año 2015.
- Mujeres en edad fértil que aceptaron voluntariamente participar de la investigación.

- Mujeres en edad fértil que dieron su consentimiento para la aplicación del instrumento.

3.5.2. Criterios de exclusión:

- Mujeres que acudieron al Puesto de Salud Cholocal, pero no se encuentran entre los 15 a 49 años de edad.
- Mujeres en edad fértil que NO aceptaron voluntariamente participar de la investigación.
- Mujeres en edad fértil que NO firmaron el consentimiento para la aplicación del instrumento.
- Mujeres en edad fértil que respondieron en el cuestionario tener como lugar de residencia la zona urbana.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. Técnicas: para la presente investigación se empleó la técnica de la *entrevista personal*, siendo la investigadora quien hizo el papel de entrevistadora, por lo que hizo las preguntas a cada entrevistada y anotó las respuestas de cada una de las mujeres en edad fértil en forma confidencial y anónima (35). Para no sesgar o influir en las respuestas de las mujeres en edad fértil la entrevistadora (investigadora), consideró las siguientes premisas:

- Reservarse de expresar aprobación o desaprobación respecto de las respuestas de la entrevistada.
- Reaccionar de manera ecuánime cuando las participantes se perturben.
- Controlar los gestos cuando las entrevistadas busquen generar una reacción en la entrevistadora.

- Dar explicaciones breves pero suficientes.
- Transmitir a todos los participantes que no hay respuestas correctas o equivocadas.

3.6.2. Instrumentos: se utilizó como instrumentos: el cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil para determinar las características sociodemográficas y el Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil para determinar la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil, los cuales fueron elaborados por la investigadora.

El cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil incluyó 8 preguntas y contiene los datos sobre las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil (edad, estado civil, ocupación, religión, grado de instrucción, tipo de familia y medios de comunicación).

El Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil consistió en un conjunto de 25 proposiciones presentados en forma de afirmaciones y negaciones, que fueron agrupados según componentes de la actitud: cognoscitivos (proposición del 1 al 12), conductual (proposición del 13 al 20) y afectivo (proposición del 21 al 25), posteriormente se solicitó a la participante que extreme su reacción eligiendo una de las cuatro respuestas de cada proposición de la escala: TA: Totalmente de acuerdo, A: De acuerdo, D: En desacuerdo y TD: Totalmente en desacuerdo.

A cada respuesta se le asignó un valor numérico; que va desde 1 hasta 4 puntos, obteniendo 1 punto cuando la respuesta es muy desfavorable, 2 puntos respuesta desfavorable, 3 puntos respuesta favorable y 4 puntos respuesta muy favorable. Así el participante obtuvo una puntuación respecto a la afirmación y/o negación;

para finalmente sumar las puntuaciones obtenidas en relación a todas las respuestas, por lo que el puntaje final permitirá medir la actitud frente al VIH/SIDA, considerándose una actitud favorable una puntuación entre 63 a 100 puntos y desfavorable una puntuación entre 25 a 62 puntos.

Así mismo para evaluar la actitud en sus componentes se consideraron las siguientes puntuaciones:

Componentes de Actitud	Actitud favorable	Actitud desfavorable
Cognoscitivo	31-48 puntos	12-30 puntos
Conductual	21-32 puntos	8-20 puntos
Afectivo	13-20 puntos	5-12 puntos

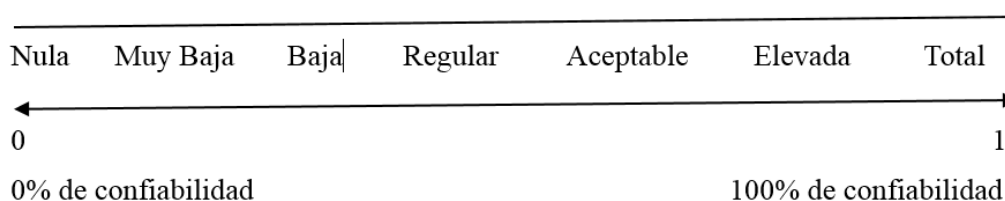
3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

3.7.1. Validez: el cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil y el Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil fueron sometidos a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos; que consistió en enviar los instrumentos a seis especialistas sobre el tema y así poder obtener sus opiniones, obteniéndose como resultado 0,94 de proporción de concordancia, lo cual demuestra una alta validez del contenido del instrumento.

3.7.2. Confiabilidad: se realizó a través de la prueba piloto; que consistió en aplicar los instrumentos a 20 mujeres en edad fértil que acudieron al Puesto de Salud Cholocal, quienes tenían las mismas características de la muestra y que posteriormente no participaron en la investigación.

Para analizar los datos obtenidos de la prueba piloto y demostrar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0,759.

Respecto a la interpretación, de manera más o menos general, podemos decir que si obtiene 0,25 en el coeficiente, esto indica baja confiabilidad; si el resultado es 0,50 la confiabilidad es media o regular. En cambio, si supera el 0,75 es aceptable, y si es mayor a 0.90 es elevada, para tomar muy en cuenta.



Por lo tanto la confiabilidad de 0,759 obtenido en la presente investigación corresponde a un nivel de confiabilidad aceptable.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

3.8.1. Procesamiento: luego de la obtención de la información mediante el cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil y el Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil, la información se sometió a un proceso de revisión y corrección y luego se procedió a la codificación, vaciado y elaboración de la base de datos para el procesamiento, mediante el uso de la tecnología y el software de aplicación estadística siguiente: IBM SPSS Statistics 20 y Excel XP 2010.

3.8.2. Análisis de Datos: la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil se midió a través de indicadores porcentuales y empleando el Chi Cuadrado.

Los resultados han sido procesados en tablas estadísticas. El análisis del estudio se realizó en base a los resultados, se describieron los hallazgos más importantes y se confrontó su semejanza con antecedentes y teorías a fin de dar respuestas a los objetivos y supuestos hipotéticos. Se verificó la hipótesis formulada, mediante el uso del Chi cuadrado como prueba de independencia de criterios.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación tiene como fundamentos criterios éticos para asegurar la calidad y objetividad de la Investigación, así mismo se evitó en todo momento afectar la necesidad de servicio de las mujeres en edad fértil; puesto que el cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil y el Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil se aplicaron después de la atención solicitada y luego de haber aceptado voluntariamente el consentimiento informado. Entre los criterios éticos fundamentales podemos mencionar los siguientes:

- Autonomía: la entrevistada tuvo la libertad de emitir sus respuestas sin ser influenciadas por parte de otras personas o de la investigadora.
- Consentimiento informado: luego que la entrevistada fue informada en forma clara y precisa sobre el propósito de la investigación, emitió su autorización para la entrevista firmando la autorización de consentimiento informado.

(ANEXO N°01)

- Privacidad: Se respetó el anonimato de la entrevistada, desde el inicio hasta el final de la investigación.
- Confidencialidad: la información referida por la entrevistada, no puede ser revelada, solo para fines de investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil.

Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

Características Sociodemográficas	Total de mujeres en edad fértil	
	N°	%
Edad (años)		
≤17	4	4,4
18 a 29	44	48,9
≥30	42	46,7
Estado civil		
Casada/conviviente	76	84,4
Soltera	14	15,6
Ocupación		
Ama de casa	72	80,0
Estudiante	6	6,7
Otros	12	13,3
Religión		
Católica	61	67,8
No católica	29	32,2
Grado de instrucción		
Primaria	58	64,4
Secundaria	23	25,6
Superior	9	10,0
Tipo de familia		
Nuclear	56	62,2
Monoparenteral	16	17,8
Extensa	18	20,0
Medios de comunicación		
Radio	35	38,9
Televisión	37	41,1
Otros	18	20,0
Total	90	100,0

Fuente: Cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil, 2015.

La tabla 1. Muestra las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil que acudieron al Puesto de Salud Cholocal, durante el año 2015. En cuanto a la edad, la mayoría de las mujeres se encontraba entre los 18 a 29 años de edad, es decir en la etapa de vida joven, correspondiendo a un 48,9%; seguido de 46,7% de mujeres con 30 o más años de edad o etapa de vida adulto y 4,4% se encontraba con 17 o menos años de edad. En cuanto al estado civil se encontró que el 84,4% eran casadas o convivientes y el 14% eran solteras. Las mujeres presentaron como principal ocupación el ser ama de casa, representado por el 80%; seguido de otras ocupaciones (agricultora, empleada del hogar y negociantes) con un 13,3% y estudiantes fueron el 6,7%. La religión que profesaban la mayoría de mujeres era católica con 67,8% y no católica (evangélicas y adventistas) con 32,2%. En relación al grado de instrucción, el 64,4% de mujeres alcanzó primaria, el 25,6% secundaria y solo el 10% logró un grado de instrucción superior. Así mismo el 62,2% de las mujeres pertenecían a familias nucleares; el 20% a familias extensas y el 17,8% a monoparentales. Además el 41,1% de las mujeres se han informado sobre temas de salud incluido el VIH/SIDA en la televisión; 38,9% en la radio y 20% de otros medios de comunicación como periódicos.

Los resultados son similares al estudio de Solórzano E. (2012) quien encontró que la mayoría de las mujeres se encontraban en la etapa de vida joven y vivían con su pareja o eran convivientes (10). Así mismo Sempertegui C, Guerrero O. (2012) encontraron que la mayoría profesaban la religión católica y pertenecían a familias nucleares (17); Vásquez P, Rojas M, Torres R. (2010) también encontraron que la mayoría pertenecía a una etapa de vida joven (16). Diferenciando los resultados de los de López Y. (2009), quien encontró que predominaron algunas características sociodemográficas como: el estado civil soltero y grado de instrucción bachiller terminado, esto debido a que el estudio fue

realizado con mujeres de una zona urbana, a diferencia del presente estudio que se realizó en una zona rural (14).

Es así, que los resultados encontrados corresponden a una población eminentemente rural, por tanto es una población ubicada en una zona no urbanizada, en donde las mujeres debido a las diferencias sociales que aún persisten y desigualdades entre las áreas urbanas y rurales la mayoría se dedica a los quehaceres del hogar (ama de casa) como principal ocupación (36) y a pesar de ser jóvenes en su mayoría son casadas o convivientes, quienes por su cultura forman parte de familias nucleares, así también la mayoría no tienen estudios superiores y han logrado alcanzar algún grado de instrucción primaria, lo que muestra las pocas posibilidades de crecimiento y mejora de la mujer dentro de la sociedad; evidenciándose que las diferencias y desigualdades sociales aún se mantiene en la zona rural, siendo la mujer poco favorecida en oportunidades de desarrollo como son la educación y la ocupación.

A pesar de que en nuestro país se ha logrado que las mayoría de mujeres alcancen educación primaria, es necesario que tanto los gobiernos, ciudadanos, organizaciones de desarrollo y medios de comunicación asuman el compromiso de continuar con una educación de calidad y que asegure la permanencia suficiente en el sistema educativo para que las mujeres logren alcanzar su desarrollo y avance dentro de la sociedad.

Tabla 2. Actitud según Componentes Cognoscitivo, Conductual y Afectivo frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

Actitud frente al VIH/SIDA	Componentes de la actitud						Total de mujeres en edad fértil	
	Cognoscitivo		Conductual		Afectivo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Favorable	41	45,6	63	70,0	54	60,0	52	57,8
Desfavorable	49	54,4	27	30,0	36	40,0	38	42,2
Total	90	100,0	90	100,0	90	100,0	90	100,0

Fuente: Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil, 2015.

En términos generales se puede observar en la Tabla 2 que la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acudieron al P.S Cholocal en su mayoría es favorable con un 57,8% y desfavorable en 42,2%. Los resultados obtenidos guardan relación con Solórzano E. (2012); Pernaz G, Cárcamo C. (2015), quienes en su estudio concluyeron que las mujeres presentaron en su mayoría actitudes correctas (favorables) frente al VIH/SIDA (10,15) y López F. (2010) de modo similar encontró en su estudio que la mayoría presentaron una actitud positiva frente al VIH/SIDA (13).

Teniendo en cuenta la actitud de las mujeres en edad fértil frente al VIH/SIDA en sus tres componentes; cognoscitivo, conductual y afectivo, podemos observar que la mayoría de las mujeres presentaron actitud desfavorable en el componente cognoscitivo (54,4%); favorable en el componente conductual y afectivo (70% y 60% respectivamente). Los resultados obtenidos guardan relación con López F. (2010) y López Y. (2009) quienes en sus estudios concluyeron que existe un déficit o inadecuados (desfavorable) conocimientos frente al VIH/SIDA (13,14). Sin embargo, difieren con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2015) cuyos resultados muestran que el 98,0% conoce sobre el VIH/SIDA (7), difiere también con la Organización Internacional del Trabajo,

Universidad Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), ONUSIDA, Asociación Hondureña de Maquiladores, Asonapvsidah. (2012) y Sempertegui C, Guerrero O. (2010) quienes encontraron que la mayoría de los entrevistados tenían conocimientos adecuados o favorables frente al VIH/SIDA (11,17) y López F, Cobos D, Reyes E. (2010) quienes encontraron que existen problemas en cuanto a prácticas o conductas (desfavorable) frente al VIH/SIDA (12).

La actitud en su componente cognoscitivo involucra tener una idea o un punto de vista sobre un determinado tema, es decir; un esquema cognoscitivo acerca de un tema, el cual no necesariamente tiene que ser verdadero, por lo que el conocimiento puede ser favorable o desfavorable dependiendo en gran medida de ciertas características sociodemográficas de las mujeres como son el grado de instrucción, ocupación, entre otras (28).

Las mujeres en edad fértil presentaron mayor actitud desfavorable en el componente cognoscitivo, pudiéndose atribuir estos resultados a que la mayoría de ellas han alcanzado algún grado de instrucción primaria y su ocupación principal es ser amas de casa, siendo esta una situación realmente alarmante, ya que a pesar de la existencia de esta enfermedad por muchos años y en todas las partes del mundo existe aún un gran número de mujeres que desconocen sobre el tema, haciéndose visible una vez más las desigualdades sociales tan grandes que existen en nuestro país y los riesgos a los que se encuentra expuestas las poblaciones rurales.

Por otro lado tanto la actitud en sus componentes conductual y afectivo son favorables a diferencia de la actitud cognoscitiva, pues probablemente debido a la misma cultura y formación de esta población, las mujeres actúan o se comportan dejándose llevar por sus sentimientos y emociones, ya que asocian el VIH/SIDA con cualquier otra enfermedad y por tanto las mujeres responden frente al VIH/SIDA con sentimientos favorables y de solidaridad.

Tabla 3. Características Sociodemográficas según Componente Cognoscitivo de la Actitud frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

Características sociodemográficas	Componente cognoscitivo de la Actitud frente al VIH/SIDA				Total		X ²	P
	Favorable		Desfavorable		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad (años)							1,78	0,412
≤17	2	4,9	2	4,1	4	4,4		
18 a 29	23	56,1	21	42,9	44	48,9		
≥30	16	39,0	26	53,1	42	46,7		
Estado civil							4,48	0,034
Casada/conviviente	31	75,6	45	91,8	76	84,4		
Soltera	10	24,4	4	8,2	14	15,6		
Ocupación							8,08	0,018
Ama de casa	31	75,6	41	83,7	72	80,0		
Estudiante	6	14,6	0	0,0	6	6,7		
Otros	4	9,8	8	16,3	12	13,3		
Religión							1,00	0,317
Católica	30	73,2	31	63,3	61	67,8		
No católica	11	26,8	18	36,7	29	32,2		
Grado de instrucción							15,33	0,000
Primaria	18	43,9	40	81,6	58	64,4		
Secundaria	15	36,6	8	16,3	23	25,6		
Superior	8	19,5	1	2,0	9	10,0		
Tipo de familia							0,91	0,634
Nuclear	24	58,5	32	65,3	56	62,2		
Monoparental	9	22,0	7	14,3	16	17,8		
Extensa	8	19,5	10	20,4	18	20,0		
Medios de comunicación							8,06	0,018
Radio	17	41,5	18	36,7	35	38,9		
Televisión	21	51,2	16	32,7	37	41,1		
Otros	3	7,3	15	30,6	18	20,0		
Total	41	100,0	49	100,0	90	100,0		

Fuente: Cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil, 2015 y Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil, 2015.

En la presente tabla se puede apreciar la relación entre las características sociodemográficas y el *componente cognoscitivo* de la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil; así pues las mujeres jóvenes (entre 18 a 29 años de edad) presentaron mayor actitud favorable (56,1%) comparado con las mujeres con 30 o más años de edad que presentaron mayor actitud desfavorable (53,1%); en cuanto al estado civil las mujeres casadas o convivientes presentaron mayor porcentaje de actitud desfavorable (91,8%) frente al grupo de mujeres solteras, en quienes predominó la actitud favorable (24,4%). Las amas de casa presentaron mayor actitud desfavorable (83,7%) en comparación con las estudiantes que en su totalidad manifestaron una actitud favorable (14,6%); las mujeres que profesaban la religión católica presentaron mayor porcentaje de actitud favorable (73,2%) comparado con las no católicas que presentaron mayor actitud desfavorable (36,7%); las mujeres con grado de instrucción primaria presentaron mayor actitud desfavorable en el componente cognoscitivo (81,6%) frente al grupo de mujeres con grado de instrucción secundaria y superior que presentaron mayor actitud favorable (36,6% y 19,5% respectivamente). En relación al tipo de familia, las mujeres que forman parte de familias nucleares presentaron mayor actitud desfavorable (65,3%) frente a las mujeres que pertenecen a familias monoparentales que presentaron mayor actitud favorable (22%), en las mujeres que pertenecen a familias extensas la actitud favorable y desfavorable se presentaron porcentajes similares (19,5% y 20,4%); respecto a los medios de comunicación a través de los cuales las mujeres obtuvieron información sobre esta enfermedad, se encontró mayor actitud favorable en quienes recibieron la información a través de la televisión y radio (51,2% y 41,5%) a diferencia de quienes se informaron por otros medios presentaron mayor actitud desfavorable (30,6%).

Se ha determinado que existe relación significativa ($p < 0,05$) entre el estado civil, la ocupación, grado de instrucción, medios de comunicación y el componente cognoscitivo de la actitud frente al VIH/SIDA, según la prueba estadística del Chi cuadrado con 95% de confiabilidad.

Los resultados obtenidos se asemejan a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2015), cuyos resultados muestran que las mujeres que no tienen educación y con educación primaria constituyen el mayor porcentaje que desconoce sobre dicha enfermedad (21,8%) y las que tienen educación superior tienen mayores porcentajes de conocimiento (91,6%) (7). Así mismo los resultados guardan relación con Pernaz G, Cárcamo C. (2015); que encontraron que un mayor nivel educativo se relaciona con mayores conocimientos (15).

La ocupación estudiante, el mayor grado de instrucción alcanzado (secundaria y superior) y los medios de comunicación (televisión) son características sociodemográficas que guardan estrecha relación con el nivel de conocimientos de toda población, y por ende el componente cognoscitivo de la actitud de las mujeres entrevistadas depende en gran medida del grado de instrucción logrado, de la ocupación principal y de los medios a través de la cual la mujer se informa y conoce sobre determinada enfermedad. El estado civil soltera de las mujeres también guarda relación con el componente cognoscitivo de la actitud, pues posiblemente a que estas por ser en su mayoría más jóvenes tienen mayor interés en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Como es conocido la educación es uno de los factores que más influye en el avance y progreso de la mujer dentro de la sociedad, además de proveer conocimientos, la educación enriquece la cultura, el espíritu, los valores, el entendimiento y todo aquello que nos caracteriza como seres humanos (37), por otro lado los medios de comunicación,

dígase: periódico, internet, televisión y radio adquieren una gran importancia en el crecimiento de la mujer, ya que es indudable la repercusión que tienen estos sobre los conocimientos de las personas que los escuchan, leen y observan (38).

El conocimiento se puede considerar uno de los factores más importantes para lograr estados productivos y lograr avances tanto económico como social. Por lo que para lograr que las mujeres presenten conocimientos favorables frente a su salud y a distintas situaciones; la educación y los medios de comunicación deben ser considerados como pilares importantes en todo estado y por ende ser abordados como prioridades para mejorar la salud y lograr mejores sociedades, pues estos juegan un papel importante en cuanto a la adquisición y reforzamiento de conocimientos de las mujeres.

TABLA 4. Características Sociodemográficas según Componente Conductual de la Actitud frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

Características sociodemográficas	Componente conductual de la Actitud frente al VIH/SIDA				Total		X ²	p
	Favorable		Desfavorable		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad (años)							1,22	0,542
≤17	3	4,8	1	3,7	4	4,4		
18 a 29	33	52,4	11	40,7	44	48,9		
≥30	27	42,9	15	55,6	42	46,7		
Estado civil							0,58	0,446
Casada/conviviente	52	82,5	24	88,9	76	84,4		
Soltera	11	17,5	3	11,1	14	15,6		
Ocupación							1,31	0,520
Ama de casa	51	81,0	21	77,8	72	80,0		
Estudiante	5	7,9	1	3,7	6	6,7		
Otros	7	11,1	5	18,5	12	13,3		
Religión							0,70	0,403
Católica	41	65,1	20	74,1	61	67,8		
No católica	22	34,9	7	25,9	29	32,2		
Grado de instrucción							5,15	0,076
Primaria	36	57,1	22	81,5	58	64,4		
Secundaria	20	31,7	3	11,1	23	25,6		
Superior	7	11,1	2	7,4	9	10,0		
Tipo de familia							0,95	0,622
Nuclear	39	61,9	17	63,0	56	62,2		
Monoparental	10	15,9	6	22,2	16	17,8		
Extensa	14	22,2	4	14,8	18	20,0		
Medios de comunicación							3,69	0,158
Radio	22	34,9	13	48,1	35	38,9		
Televisión	30	47,6	7	25,9	37	41,1		
Otros	11	17,5	7	25,9	18	20,0		
Total	63	100,0	27	100,0	90	100,0		

Fuente: Cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil, 2015 y Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil, 2015.

Se puede apreciar en la Tabla 4, la relación entre las características sociodemográficas y el *componente conductual* de la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil. En cuanto a la edad de las mujeres, las que se encuentran con 30 o más años de edad presentaron mayor actitud desfavorable (55,6%) frente a las mujeres que se encuentran entre 18 a 29 años de edad, en quienes predominó una actitud favorable (52,4%); respecto al estado civil, las mujeres casadas o convivientes presentaron mayor actitud desfavorable (88,9%) en comparación con la mujeres solteras que presentaron mayor actitud favorable (17,5%). Las amas de casa y las que tienen como ocupación estudiante presentaron mayor actitud favorable (81% y 7,9% respectivamente) mientras las que tienen otra ocupación (agricultura, negociantes) presentaron mayor actitud desfavorable (18,5%); las mujeres que profesaban la religión católica presentaron mayor actitud desfavorable (74,1%) frente a las no católicas en quienes predominó una actitud favorable (34,9%); en relación al grado de instrucción, las mujeres con primaria presentaron mayor actitud desfavorable (81,5%) en comparación con las mujeres que tienen secundaria y superior en quienes predominó una actitud favorable (31,7% y 11,1% respectivamente). Las mujeres que pertenecían a familias nucleares presentaron actitud favorable y desfavorable similares (61,9% y 63% respectivamente), mientras que las que pertenecían a familias monoparentales presentaron mayor actitud desfavorable (22,2%) a diferencia de quienes pertenecían a familias extensas presentaron mayor actitud favorable (22,2%); y en cuanto a los medios de comunicación a través de los cuales las mujeres se informaron sobre VIH/SIDA, se encontró mayor actitud desfavorable en las que se informaron a través de la radio y otros medios de comunicación (48,1% y 25,9% respectivamente) frente a las que se informaron a través de la televisión que presentaron mayor actitud favorable (47,6%).

Se ha determinado que no existe relación significativa ($p < 0,05$) entre las características sociodemográficas como: la edad, el estado civil, la ocupación, la religión, el grado de instrucción, el tipo de familia, los medios de comunicación y el componente conductual de la actitud frente al VIH/SIDA, según la prueba estadística del Chi cuadrado con 95% de confiabilidad.

Los resultados son semejantes a Pernaz G, Cárcamo C. (2015), que encontraron que un mayor nivel educativo o grado de instrucción y acceso frecuente a los medios de comunicación se relacionan con prácticas seguras o conductas favorables frente al VIH/SIDA (15).

Por tanto la edad, estado civil, ocupación, religión, grado de instrucción, tipo de familia y medios de comunicación; son características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil que no guardan relación significativa con el componente conductual de la actitud frente al VIH/SIDA.

Estos resultados podrían reflejar que las mujeres en edad fértil actúan o se comportan en relación a su cultura, es decir, al pertenecer las mujeres a una comunidad rural se comportan dependiendo de sus costumbres, creencias y enseñanzas de sus antepasados, pues éstas son tan arraigadas que influirán de manera importante en el comportamiento de las mujeres.

Para poder lograr en la mujer conductas favorables sobre su salud, además de ser indispensable lograr una educación de calidad en las diferentes instituciones educativas, también es necesario lograr que los medios masivos de comunicación asuman con seriedad y responsabilidad sus funciones, pues la conducta de las personas es influenciada de manera importante por estos, los cuales son capaces de cambiar conductas negativas o

positivas a través de lo que comunican o muestran, por lo que es esencial que los medios de comunicación asuman el compromiso de educar y no de obstaculizar o confundir por información errada o por un exceso de información.

TABLA 5. Características Sociodemográficas según Componente Afectivo de la Actitud frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

Características sociodemográficas	Componente afectivo de la Actitud frente al VIH/SIDA				Total		X ²	p
	Favorable		Desfavorable		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad (años)							7,16	0,028
≤17	3	5,6	1	2,8	4	4,4		
18 a 29	32	59,3	12	33,3	44	48,9		
≥30	19	35,2	23	63,9	42	46,7		
Estado civil							4,57	0,033
Casada/conviviente	42	77,8	34	94,4	76	84,4		
Soltera	12	22,2	2	5,6	14	15,6		
Ocupación							6,70	0,035
Ama de casa	42	77,8	30	83,3	72	80,0		
Estudiante	6	11,1	0	0,0	6	6,7		
Otros	6	11,1	6	16,7	12	13,3		
Religión							0,54	0,461
Católica	35	64,8	26	72,2	61	67,8		
No católica	19	35,2	10	27,8	29	32,2		
Grado de instrucción							13,57	0,001
Primaria	27	50,0	31	86,1	58	64,4		
Secundaria	18	33,3	5	13,9	23	25,6		
Superior	9	16,7	0	0,0	9	10,0		
Tipo de familia							2,80	0,247
Nuclear	30	55,6	26	72,2	56	62,2		
Monoparental	12	22,2	4	11,1	16	17,8		
Extensa	12	22,2	6	16,7	18	20,0		
Medios de comunicación							15,96	0,000
Radio	17	31,5	18	50,0	35	38,9		
Televisión	31	57,4	6	16,7	37	41,1		
Otros	6	11,1	12	33,3	18	20,0		
Total	54	100,0	36	100,0	90	100,0		

Fuente: Cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil, 2015 y Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil, 2015.

La tabla 5 evidencia la relación entre las características sociodemográficas y el *componente afectivo* de la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil; así pues del total de mujeres entrevistadas, las mujeres con 30 años o más presentaron mayor actitud desfavorable (63,9%) frente a las mujeres que se encuentran entre 18 a 29 años, quienes presentaron mayor actitud favorable (59,3%); respecto al estado civil, las mujeres casadas o convivientes presentaron mayor actitud desfavorable (94,4%) comparado con las mujeres solteras en quienes predominó una mayor actitud favorable (22,2%) y en cuanto a la ocupación, las amas de casa y las que tienen otras ocupaciones (agricultura, comerciantes) presentaron mayor porcentaje de actitud desfavorable (83,3% y 16,7% respectivamente) mientras que todas las estudiantes presentaron actitud favorable (11,1%). Las mujeres cuya religión fue católica, presentaron mayor actitud desfavorable (72,2%) frente a las no católicas que presentaron mayor actitud favorable (35,2%); en relación al grado de instrucción, las mujeres con primaria presentaron mayor actitud desfavorable (86,1%), las mujeres con secundaria presentaron mayor porcentaje de actitud favorable (33,3%) y todas las mujeres con grado de instrucción superior presentaron actitud favorable (16,7%); las mujeres que pertenecían a familias nucleares presentaron mayor actitud desfavorable (72,2%) comparado con las mujeres que pertenecían a familias monoparentales y extensas que presentaron mayor actitud favorable (22,2% en ambos casos) y respecto a los medios de comunicación a través de los cuales las mujeres se informaron sobre VIH/SIDA, las que se informaron mediante la televisión presentaron mayor actitud favorable (57,4%) frente a las que se informaron a través de la radio y otros medios que presentaron mayor actitud desfavorable (50% y 33,3% respectivamente).

Se ha determinado que existe relación significativa ($p < 0,05$) entre la edad, el estado civil, la ocupación, grado de instrucción, medios de comunicación y la actitud afectiva frente al VIH/SIDA, según la prueba estadística del Chi cuadrado con 95% de confiabilidad.

Los resultados obtenidos muestran que algunas características sociodemográficas; como la edad, el estado civil, la ocupación, grado de instrucción y medios de comunicación se relacionan con el componente afectivo de la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres entrevistadas. Así pues la edad de 18 a 29 años de edad o etapa de vida joven, estado civil soltero, ocupación estudiante, el grado de instrucción secundaria y superior y los medios de comunicación (televisión) hacen que las mujeres presenten actitud favorable en el componente afectivo.

La actitud favorable en el componente afectivo probablemente responde a que este grupo de mujeres asocian el VIH/SIDA con sus sentimientos y sus emociones, así pues responden frente al VIH/SIDA con sentimientos de bondad, solidaridad y ayuda a quien lo padezca a pesar de no tener conocimientos favorables o adecuados sobre dicho padecimiento.

Tabla 6. Características Sociodemográficas y la Actitud frente al VIH/SIDA de las Mujeres en Edad Fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

Características sociodemográficas	Actitud frente al VIH/SIDA				Total		X ²	P
	Favorable		Desfavorable		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad (años)							2,15	0,342
≤17	3	5,8	1	2,6	4	4,4		
18 a 29	28	53,8	16	42,1	44	48,9		
≥30	21	40,4	21	55,3	42	46,7		
Estado civil							1,27	0,260
Casada/conviviente	42	80,8	34	89,5	76	84,4		
Soltera	10	19,2	4	10,5	14	15,6		
Ocupación							7,86	0,020
Ama de casa	41	78,8	31	81,6	72	80,0		
Estudiante	6	11,5	0	0,0	6	6,7		
Otros	5	9,6	7	18,4	12	13,3		
Religión							0,01	0,911
Católica	35	67,3	26	68,4	61	67,8		
No católica	17	32,7	12	31,6	29	32,2		
Grado de instrucción							11,51	0,003
Primaria	26	50,0	32	84,2	58	64,4		
Secundaria	18	34,6	5	13,2	23	25,6		
Superior	8	15,4	1	2,6	9	10,0		
Tipo de familia							0,36	0,834
Nuclear	31	59,6	25	65,8	56	62,2		
Monoparental	10	19,2	6	15,8	16	17,8		
Extensa	11	21,2	7	18,4	18	20,0		
Medios de comunicación							8,09	0,018
Radio	19	36,5	16	42,1	35	38,9		
Televisión	27	51,9	10	26,3	37	41,1		
Otros	6	11,5	12	31,6	18	20,0		
Total	52	100,0	38	100,0	90	100,0		

Fuente: Cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil, 2015 y Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil, 2015.

En la tabla 6, se puede apreciar la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acudieron al Puesto de Salud Cholocal, siendo las mujeres con 30 o más años de edad quienes presentaron mayor actitud desfavorable (55,3%) en comparación a las mujeres que se encuentran entre 18 a 29 años de edad y a las menores de 17 años en quienes predominó mayor actitud favorable (53,8% y 5,8% respectivamente); las mujeres casadas o convivientes presentaron mayor actitud desfavorable (89,5%) frente a las mujeres solteras que presentaron mayor actitud favorable (19,2%); las mujeres con ocupación ama de casa y otros presentaron mayor actitud desfavorable (81,6% y 18,4%) mientras que la totalidad de estudiantes presentaron actitud favorable (11,5%). En cuanto a la religión, las mujeres católicas presentaron mayor actitud desfavorable (68,4%) y las no católicas presentaron mayor actitud favorable (32,7%); respecto al grado de instrucción, las mujeres con primaria presentaron mayor actitud desfavorable (84,2%) en comparación con las mujeres con grado de instrucción secundaria y superior en quienes prevaleció una mayor actitud favorable (34,6% y 15,4% respectivamente). Las mujeres que pertenecían a familias nucleares presentaron mayor actitud desfavorable (65,8%) a diferencia de las mujeres que pertenecían a familias monoparentales y extensas presentaron mayor actitud favorable (19,2% y 21,2% respectivamente) y en relación a los medios de comunicación empleados por las mujeres para informarse sobre el VIH/SIDA, se encontró: mayor actitud favorable en las que se informaron a través de la televisión (51,9%) y mayor actitud desfavorable en quienes se informaron a través de la radio y otros medios de comunicación (42,1% y 31,6% respectivamente).

Se ha determinado que existe relación significativa ($p < 0,05$) entre la ocupación, grado de instrucción, medios de comunicación y la actitud frente al VIH/SIDA, según la prueba estadística del Chi cuadrado con 95% de confiabilidad.

Respecto a los datos obtenidos es necesario resaltar que algunas características sociodemográficas como la ocupación, grado de instrucción y medios de comunicación tienen relación con la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acudieron al P.S Cholocal; mientras que otras como la edad, estado civil, religión y tipo de familia no tienen relación con la actitud frente al VIH/SIDA.

La población estudiada presentó características sociodemográficas propias de una zona predominantemente rural, así pues tanto la ocupación como el grado de instrucción de las mujeres tienen relación muy significativa con la actitud que tienen estas frente al VIH/SIDA, ya que como es sabido el grado de instrucción y la ocupación constituyen pilares muy importantes para el desarrollo de toda población, así pues mientras mayor grado de instrucción de una mujer mejor será la actitud (favorable) que tenga frente a determinada situación, los medios de comunicación juegan también un rol importante en cuanto a la actitud, pues es través de estos medios que las mujeres obtienen información y conocimientos actualizados y que permitirán tener determinada actitud frente a determinada situación.

Para lograr que la mujer presente una actitud favorable frente a su salud, incluido el VIH/SIDA; se tiene que abordar aspectos importantes como son la educación y los medios de comunicación masivos. La educación que se imparte en las instituciones a través de los estudios es un proceso de socialización que permite formar y transformar la actitud de las mujeres frente a distintas situaciones, así mismo desarrolla al máximo sus potencialidades, permitiendo que la mujer logre sus metas y objetivos dentro de la sociedad. Los medios de comunicación masivos influyen permanentemente en la sociedad, modificando conductas, modos de vida, opiniones, elecciones, etc. Hoy en día constituye una herramienta eficaz para mantenernos en continua comunicación e informarnos permanentemente, pero también pueden convertirse en grandes

inconvenientes si no son utilizados correctamente. Por lo que estos, tienen que asumir el compromiso de ayudar en la educación de las personas, logrando actitudes favorables en sus receptores.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La mayoría de las mujeres en edad fértil que acudieron al Puesto de salud Cholocal durante el año 2015; se encontraban en la etapa de vida joven; eran casadas o convivientes, tenían como ocupación principal ama de casa, profesaban la religión católica, alcanzaron algún grado de instrucción primaria, pertenecían a familias nucleares y el medio de comunicación más empleado para informarse sobre VIH/SIDA fue la televisión.
- La actitud de las mujeres en edad fértil frente al VIH/SIDA fue favorable. Según sus componentes la mayoría de mujeres en edad fértil presentaron actitud cognoscitiva desfavorable y actitud conductual y afectiva favorable.
- Existe relación significativa entre algunas características sociodemográficas como: la ocupación, grado de instrucción, medios de comunicación y la actitud frente al VIH/SIDA, mientras que otras características sociodemográficas como la edad, estado civil, religión y tipo de familia no tienen relación con la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acudieron al P.S Cholocal. Cajabamba, 2015.

5.2. RECOMENDACIONES

- A las autoridades de la Red V Cajabamba, reforzar los programas de prevención, atención y apoyo que ayudarán a reducir considerablemente nuevas infecciones por VIH/SIDA, promover y proteger los derechos humanos y la dignidad de todas la personas que viven con esta enfermedad, en riesgo de contraerlos o afectados por estos.
- A los profesionales de Ciencias de la Salud, que continuen con las investigaciones referentes al VIH/SIDA; que muestran la realidad regional y nacional de esta patología y así contribuir con posibles soluciones.
- A las mujeres en etapa reproductiva, tener la disposición de acudir a los servicios de salud, informarse y tomar la decisión de cuidar y conservar su salud sexual y reproductiva para prevenir la transmisión del VIH/SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2002 noviembre [fecha de acceso el 12 de enero de 2017]; 44(6): 554-564. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036-36342002000600008&lng=es
2. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. [en línea]. Ginebra: OMS; 2011 - [actualizada el 3 de enero del 2012; fecha de acceso el 30 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/71/es/>
3. Esplen E. Mujeres y Niñas viviendo con VIH/SIDA: Panorama general y bibliografía comentada. Guatemala: Institute of Development Studies; 2007,18.
4. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Datos Estadísticos Mundiales. [en línea]. Ginebra: ONUSIDA; 2014 [actualizada el 3 de marzo del 2014; fecha de acceso el 30 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_es_0.pdf
5. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Situación de VIH e ITS. [en línea] Lima: MINSA; 2013 [fecha de acceso el 24 de octubre del 2014]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/vihsida>
6. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual, 2006. [en línea] Perú: MINSA; 2013 [fecha de acceso el 14 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/xxxx>

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2015. Informe Principal. [en línea]. Perú; 2016 [fecha de acceso el 24 de setiembre del 2016]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2015/>
8. Dirección Regional de Salud. Oficina de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud Cajamarca 2013. Cajamarca; 2013.
9. Dirección Regional de Salud. Oficina de Estadística. Casos VIH/SIDA. Cajamarca; 2015.
10. Solórzano E. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en Mujeres que Acuden al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) de Quito: Julio 2012. [Tesis de especialidad]. Quito: UCE; 2012.
11. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Universidad Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA, Asociación Hondureña de Maquiladores y la Asonapvsidah. Actitudes y Prácticas Sobre el VIH y el SIDA en la Población Trabajadora de la Maquila en Honduras-2012. Honduras: Oficina Internacional del Trabajo; 2012.
12. López F, Cobos D y Reyes E. Actitudes, Conocimientos y Prácticas de Riesgo ante el Virus de la Inmunodeficiencia Humana entre la Población Universitaria de Chontales (Nicaragua). *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria* 2014; (23): 173-197.
13. López F. Actitudes y Conocimientos ante el VIH/SIDA de Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío – Bío, Chillán, 2010. [Tesis de grado]. Chile: Universidad Austral de Chile: Facultad de Medicina; 2010.
14. López Y. Conocimiento sobre VIH/SIDA en Mujeres de Edad Fértil del Municipio Libertador, Distrito Metropolitano de Caracas, 2009. *Rev Méd*

- Electrón [revista en línea]. 2011 [fecha de acceso el 15 de abril del 2015]; 33(3).
Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema07.htm>
- 15.** Pernaz G, Cárcamo C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Mujer Peruana Sobre la Infección por VIH/SIDA. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública [revista en línea]. 2015 [fecha de acceso el 10 de febrero del 2017]; 32(4): 20-32. Disponible en: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid = S1726-46342015000400006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-4634.
 - 16.** Vásquez P, Rojas M y Torres R. Conocimiento en VIH/SIDA y Comportamiento Sexual en Estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. [Tesis de grado]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2010.
 - 17.** Sempertegui C y Guerrero O. Nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA y Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes Escolares. Institución Educativa Juan XXIII. [Tesis de grado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2012.
 - 18.** Aliaga T, Gallardo J y Sebillano E. Nivel de Conocimientos sobre el SIDA, de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca. [Tesis de grado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 1990.
 - 19.** Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. N.T. N° 032-MINSA/DGSP-V.01. Lima; 2005.
 - 20.** Pérez J. La Segunda Transición Demográfica en Van de Kaa y Lestahege, Síntesis de Borja Domingo Fernández. Apuntes de demografía. [sede web]. Departamento de población; 2010 [fecha de acceso el 27 de agosto del 2014]. Disponible en:

<https://apuntesdedemografia.com/2011/08/26/la-segunda-transicion-demografica-en-van-de-kaa-y-lestahege/>

21. Federici T. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria, 2012, Traficantes de sueños. Revista de Economía Crítica 2011; 11(12): 253-259.
22. Mac J, Pérez J. La tercera revolución de la modernidad. La revolución reproductiva. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis) 2008; (122): 89-118.
23. Mac J y Pérez J. The reproductive revolution. Sociological Review 2009; 57(2): 262-284.
24. Rabines A. Factores de Riesgo para Consumo de Tabaco en Adolescentes. [tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Definiciones. [en línea]. Perú; 2014 [fecha de acceso el 20 de setiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/glogen/default.aspx?t=c&s=est&c=10249>
26. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, 2013. [en línea] Perú: MINSA; 2013 [fecha de acceso el 29 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/ASISVIH2013.pdf>
27. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. [en línea]. Ginebra: 1948 [fecha de acceso 15 de julio del 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
28. Campos A. Introducción a la Psicología Social. Novena reimpresión de la primera edición. Costa Rica: Editorial Universidad Nacional a Distancia San José; 2006.

29. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Información básica sobre el VIH. [en línea]. Ginebra: ONUSIDA 2016 [fecha de acceso 14 de marzo del 2016]. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
30. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA. [en línea]. Ginebra: ONUSIDA 2013 [fecha de acceso 14 de julio del 2015]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
31. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Global HIV/AIDS Response – Epidemic update and health sector progress towards Universal Access – Progress Report. [en línea]. Ginebra: ONUSIDA 2011 [fecha de acceso 15 de julio del 2015]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_ua_report_en.pdf
32. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud del Perú, 2010. [en línea]. Perú: MINSA; 2010 [fecha de acceso 14 de junio del 2015]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf
33. Soriano S. Origen y evolución del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Med Clin [en línea]. 2000. [fecha de acceso el 20 de setiembre del 2014]; 115 (20); 90. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-origen-evolucion-del-virus-inmunodeficiencia-12946#affa>

34. MINSA-CONAMUSA. PEM VIH y Sida 2007-2011. Plan Estratégico Multisectorial para la prevención y control de las ITS, VIH y Sida en el Perú. Perú; 2007.
35. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5 ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2016.
36. Bonder G. Mujer y Educación en América Latina: hacia la igualdad de oportunidades. Revista Iberoamericana de Educación. [revista en línea]. 1999 [fecha de acceso 5 de enero del 2016]; 6 (5). Disponible en: <http://www.rieoei.org/oeivirt/rie06a01.htm>
37. Narro J, Martuscelli Quintana J y Barzana García E. Plan de diez años para desarrollar el Sistema Educativo Nacional. 1 ed. Mexico: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM; 2012. Disponible en: <http://www.planeducativonacional.unam.mx>
38. Iran Spanish Radio. Los medios de comunicación influyen el cambio de estilo de vida. [sede web]. Teherán, Irán; 2013. [fecha de acceso 12 de enero del 2016]. Disponible en: <http://spanish.irib.ir/noticias/iran1/item/134545-los-medios-de-comunicaci%C3%B3n-influyen-en-el-cambio-de-estilo-de-vida-i>

ANEXOS

ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARACTERÍSTICAS SOCIOD

**EMOGRÁFICAS Y ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA DE LAS MUJERES EN
EDAD FÉRTIL. PUESTO DE SALUD CHOLOCAL. CAJABAMBA, 2015.**

Fecha: / /

A quien corresponda:

Declaro libre y voluntariamente que yo _____, acepto participar en la presente investigación, cuyo objetivo es determinar la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015. Se me ha indicado que los procedimientos no significan riesgo alguno para mi integridad personal.

Se me ha informado explícitamente que la entrevista es anónima y que soy libre de retirarme del estudio en el momento que así lo decida y estoy consciente de que puedo solicitar mayor información acerca del presente estudio si así lo deseo.

Firma

Elizabeth Gimena Valderrama Ucsa

Investigadora.

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

El presente cuestionario es de carácter anónimo; tiene por finalidad recolectar información necesaria para determinar la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015. Por ello se le solicita responda los siguientes enunciados con veracidad. Agradeciéndole atentamente su colaboración.

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de enunciados a los cuales Usted deberá responder marcando con un aspa (X) de acuerdo a lo que considere conveniente

1. Edad:
2. Estado civil actual:
 - Casada ()
 - Conviviente ()
 - Soltera ()
3. Actividad actual:
 - Estudiante ()
 - Ama de casa ()
 - Otros:.....
4. Lugar de residencia:
 - Urbana ()
 - Rural ()
5. Religión que profesa actualmente:
 - Católica ()
 - No católica ()
6. Nivel de educación:
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()

7. Integrantes de su familia:

- Padre, madre e hijos. ()
- Madre o padre e hijos ()
- Padre, madre, hijos, suegros, tíos. ()

8. Medios de comunicación por los que recibe información sobre temas de salud, incluido el VIH/SIDA:

- Televisión ()
- Radio ()
- Otros medios de comunicación ()

ANEXO N° 03

TEST DE ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA PARA MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Estimada señora (señorita), el presente test es anónimo y tiene como finalidad recolectar información necesaria para determinar la relación entre las características sociodemográficas y la actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

A continuación se le mencionará algunos enunciados, los cuales usted deberá responder con veracidad escogiendo algunas de las alternativas:

- TA: Totalmente de acuerdo
- A: De acuerdo
- D: En desacuerdo
- TD: Totalmente en desacuerdo

N°	PROPOSICIONES	TA	A	D	TD
1	El VIH/SIDA ataca nuestras defensas y debilita las diferentes partes de nuestro cuerpo.	4	3	2	1
2	Los síntomas de la infección del VIH/SIDA varían de acuerdo al tiempo que las personas tienen la enfermedad.	4	3	2	1
3	Luego del contagio del VIH/SIDA, algunas personas presentan algunos síntomas y otras no presentan ningún síntoma.	4	3	2	1
4	A medida que la infección va debilitando las defensas del cuerpo, la persona puede presentar algunos signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos.	4	3	2	1
5	El VIH/SIDA se puede transmitir o aumenta el riesgo de contraerlo a través del uso de objetos contaminados como agujas, inyecciones, navajas de afeitar, cuchillos, etc.	4	3	2	1
6	Una persona puede contagiarse con el VIH/SIDA a través de besos, abrazos, apretones de mano y por compartir alimentos, la ropa o los baños.	1	2	3	4
7	Practicar relaciones sexuales (oral, anal o vaginal) sin usar condón puede aumentar el riesgo de contraer el VIH/SIDA.	4	3	2	1
8	Una mujer infectada del VIH/SIDA puede pasar la enfermedad a su bebe durante el embarazo o parto si no recibe un tratamiento adecuado.	4	3	2	1

9	Existen medidas preventivas para protegerse contra la infección del VIH/SIDA, como abstención de relaciones sexuales (oral, anal o vaginal), fidelidad con la pareja y el uso correcto de condones.	4	3	2	1
10	Las pruebas para diagnosticar el VIH/SIDA se lo puede realizar a cualquier persona.	4	3	2	1
11	El tratamiento para el VIH/SIDA, es gratuito en todos los Establecimientos de Salud.	4	3	2	1
12	En mi comunidad debería haber grupos de apoyo para brindar educación a las personas sobre el VIH/SIDA	4	3	2	1
13	Aceptaría realizarme la prueba para descartar el VIH/SIDA.	4	3	2	1
14	En mi primera relación sexual (oral, anal o vaginal), mi pareja usó condón para prevenir el VIH/SIDA.	4	3	2	1
15	He tenido relaciones sexuales con más de tres personas en el último año.	1	2	3	4
16	En mi familia se permite usar o compartir los mismos objetos punzocortantes como navajas de afeitar, agujas o jeringas.	1	2	3	4
17	Si sospecharía haberme contagiado con el VIH/SIDA o padecer la enfermedad acudiría a un establecimiento de salud lo más pronto posible.	4	3	2	1
18	Si me entero que mi vecina (o), amiga (o) o familiar padece del VIH/SIDA me alejaría y no compartiría absolutamente nada con él o con ella.	1	2	3	4
19	No me interesa averiguar nada sobre el VIH/SIDA, porque no tengo riesgo de padecerla.	1	2	3	4
20	Compartiría un almuerzo en mi comunidad a pesar de conocer que alguno de los asistentes padece del VIH/SIDA.	4	3	2	1
21	Cuando me hablan sobre el VIH/SIDA me causa mucho miedo, por eso prefiero evitar esas conversaciones.	1	2	3	4
22	Siento pena y tristeza por las personas que padecen con VIH/SIDA.	4	3	2	1
23	Si me entero que algún amigo (a) o familiar padece del VIH/SIDA le mostraría mi apoyo y solidaridad.	4	3	2	1
24	Las personas que padecen del VIH/SIDA no merecen respeto ni consideración alguna.	1	2	3	4
25	Si mi pareja se contagiara con el VIH/SIDA cambiaría mis sentimientos hacia él y le pediría separarnos.	1	2	3	4

ANEXO N° 04

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO SEGÚN JUICIO DE EXPERTO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL. PUESTO DE SALUD CHOLOCAL. CAJABAMBA, 2015.

Nombres y Apellidos:

.....

A continuación se presenta algunos criterios de evaluación al Cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil y al Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil, por favor valore con una escala del 0 al 10 cada uno de ellos, teniendo en cuenta que un mayor puntaje expresa mayor proporción de concordancia de cada uno de los criterios evaluados.

CRITERIOS	INDICADORES	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.	
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables.	
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación y de acuerdo a avances científicos.	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación.	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento.	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones.	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	
TOTAL		
Proporción de Concordancia (P)		

FIRMA

ANEXO N° 05

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Yo, identificado
con DNI;....., de profesión:
.....ejerciendo actualmente como:
....., en la Institución:.....

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Cuestionario Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil y el Test de Actitud frente al VIH/SIDA para Mujeres en Edad Fértil; a efectos de su aplicación en las mujeres en edad fértil que acuden al Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba, 2015.

FIRMA

ANEXO N° 06

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

CRITERIOS	INDICADORES	A	B	C	D	E	F	TOTAL	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado	0.80	0.80	0.90	0.90	1.00	1.00	5.40	0.90
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	1.00	0.80	0.90	0.90	0.80	0.80	5.20	0.87
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.90	0.90	1.00	1.00	1.00	1.00	5.80	0.97
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	1.00	0.90	0.90	1.00	1.00	1.00	5.80	0.97
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	1.00	0.90	1.00	1.00	0.80	0.90	5.60	0.93
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	1.00	0.90	1.00	1.00	0.80	0.90	5.60	0.93
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	1.00	1.00	0.90	1.00	1.00	1.00	5.90	0.98
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	1.00	0.90	0.90	1.00	1.00	1.00	5.80	0.97
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.90	5.90	0.98
TOTAL		0.97	0.90	0.94	0.98	0.93	0.94		8.50
Es válido si P es ≥ 0.60								P =	0.94

CÓDIGO	JUECES
A	Obst. Margarita Sáenz Córdova
B	Lic. Carlos Enrique Vásquez Orillo
C	Mg. Ruth Elizabeth Vigo Bardales
D	Obst. Alina Rosales Aredo
E	Obst. Karin Zegarra Linares
F	Obst. Luzmila Chávez Vergara

ANEXO N° 07

ANÁLISIS DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH (VALIDEZ)

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

Casos		N	%
	Validos	20	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	20	100,0

- a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,759	25

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	70,9000	25,147	,154	,707
VAR00002	71,4000	26,884	-,228	,729
VAR00003	71,3000	23,379	,406	,688
VAR00004	71,2000	25,116	,192	,705
VAR00005	71,0000	26,211	-,084	,722
VAR00006	70,8500	27,187	-,222	,745
VAR00007	71,4000	21,621	,466	,677
VAR00008	70,6000	25,516	,049	,714
VAR00009	70,8500	26,134	-,068	,721
VAR00010	71,2000	25,747	,032	,713
VAR00011	71,6500	23,397	,385	,689
VAR00012	71,5500	23,313	,408	,688
VAR00013	71,0500	22,682	,481	,680
VAR00014	71,9500	21,103	,695	,657
VAR00015	70,5000	24,789	,205	,704
VAR00016	70,5000	24,895	,183	,705
VAR00017	70,7000	24,116	,330	,695
VAR00018	71,6500	23,503	,367	,691
VAR00019	71,2000	25,011	,108	,712
VAR00020	71,6500	21,713	,388	,687
VAR00021	71,8000	24,274	,244	,701
VAR00022	70,8500	23,608	,482	,686
VAR00023	70,8500	22,766	,678	,673
VAR00024	70,8000	22,695	,451	,682
VAR00025	72,2000	26,168	-,083	,714