



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual en mujeres peruanas de 12 a 49 años. ENDES 2017-2019

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS

VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTOR(ES)

Cristóbal Fernández, Kristhel Liz Milvia (<https://orcid.org/0000-0003-2268-0679>)

ASESOR(ES)

Dra. Loo Valverde, María Elena (<https://orcid.org/0000-0002-8748-1294>)

Lima, 2022

Metadatos complementarios

Datos de autora

AUTORA: Cristóbal Fernández, Kristhel Liz Milvia

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 76761269

Datos de asesora

ASESORA: Dra. Loo Valverde, María Elena

Tipo de documento de identidad de la ASESORA: DNI

Número de documento de identidad de la ASESORA: 09919270

Datos del jurado

PRESIDENTE (Mg. Cano Cárdenas, Luis Alberto, 10625112,
<https://orcid.org/0000-0002-6745-4846>)

MIEMBRO (MC Acosta Ramos, Delfín Rudorico, 29282145,
<https://orcid.org/0000-0001-8061-4843>)

MIEMBRO (Lic. Morales Moisela, Marlon Miguel,
72217598, <https://orcid.org/0000-0003-0308-3641>)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

Agradecimientos

A Dios por brindarme firmeza en todo momento.

A mis padres, por la educación que me brindaron, por el apoyo inmenso que me dieron día a día acompañándome en este viaje soñado para cumplir una de las metas más grandes que tuve desde niña.

A amigos, por el apoyo constante, gracias a ellos, este camino vino acompañado de anécdotas y alegrías que perdurarán toda la vida,

A toda mi familia, por confiar en mis competencias, por creer en mí y ayudarme de manera incondicional a levantarme ante cualquier obstáculo, dándome consejos para ser una persona íntegra.

A profesores y mentores, por la formación que me dieron, no solo a nivel académico, sino también, formándome con valores y principios para ser una profesional con ética y un gran ser humano.

A mi asesora de tesis, Dra. María Elena Loo Valverde, por el soporte y el tiempo que me brindó para la ejecución del presente trabajo de investigación.

Al director del curso de tesis, el Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, por estar siempre presente ante cualquier duda y por el apoyo para la realización de esta tesis.

A la Facultad de Medicina Humana, de la Universidad Ricardo Palma, por ser mi casa de estudios y base de mi formación profesional.

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía

A mi madre, por ser la protagonista de este sueño;

Al resto de mi familia por el ánimo y la confianza

A mis amigos, por su lealtad y apoyo constante.

RESUMEN

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las afecciones transmisibles más comunes que afectan a la salud y la vida de las personas en todo el mundo.

Objetivo: Determinar las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años, según ENDES 2017 al 2019.

Métodos: La población a estudiar son las mujeres peruanas entre 12 a 49 años según la ENDES 2017 al 2019, se asociaron seis variables sociodemográficas, tales como edad, estado civil, nivel educativo, quintil de riqueza, área de residencia y región natural; con el conocimiento sobre prevención, riesgo de adquirir y transmisión vertical del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, ellos se analizaron con los programas estadísticos SPSS Versión 26, manejándose el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, obteniéndose razones de prevalencia crudas y ajustadas. Se validó un intervalo de confianza mayor a 95% y un p valor ≤ 0.05 .

Resultados: Se obtuvo 70 938 participantes para este estudio, en el análisis multivariado, las variables con mayor destaque fueron el quintil de riqueza superior: RP a de 1.47 (IC 95%: 1.21 – 1.78), la edad entre 30 a 39 años : RP a de 1.28 (IC 95%: 1.23 – 1.34), nivel educativo superior: RP a de 4.05 (IC 95%: 1.51 – 10.82) y la región natural de la Selva: RP a de 1.52 (IC 95%: 1.49 – 1.56) asociadas significativamente al conocimiento de prevención, riesgo de adquirir, transmisión vertical del VIH y conocimiento sobre otras ITS; respectivamente.

Conclusiones: Las variables sociodemográficas más relevantes que influyen en el conocimiento sobre la prevención, riesgo de adquirir y transmisión vertical del VIH/SIDA, y otras ITS; predominan las edades entre 30 a 39 años, divorciada/separada/viuda, un nivel educativo superior, un quintil de riqueza superior, el área urbana y de la región natural de la Selva.

Palabras clave: Enfermedades de Transmisión Sexual, Conocimiento, VIH, Factores Epidemiológicos, Indicadores Económicos, Rasgos de la Historia de Vida, Características de la Población (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Sexually transmitted infections are among the most common communicable conditions that arise in the health and lives of people around the world.

Objective: To determine the sociodemographic variables associated with knowledge about HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases in Peruvian women aged 12 to 49 years, according to ENDES 2017 to 2019.

Methods: The population to study is Peruvian women between 12 and 49 years old according to ENDES 2017 to 2019, six sociodemographic variables were associated, such as age, marital status, educational level, quintile of wealth, area of residence and natural region; with knowledge about prevention, risk of acquiring and vertical transmission of HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases, they were analyzed with the statistical programs SPSS Version 26, using the Poisson regression model with robust variance, obtaining crude and adjusted prevalence ratios. A confidence interval greater than 95% and a precision of $p \leq 0.05$ were validated.

Results: A total of 70,938 participants were obtained for this study. In the multivariate analysis, the most prominent variables were the highest wealth quintile: PR a of 1.47 (95% CI: 1.21 – 1.78), age between 30 and 39 years: PR a of 1.28 (95% CI: 1.23 – 1.34), higher educational level: PR a of 4.05 (95% CI: 1.51 – 10.82) and the natural region of the Selva: PR a of 1.52 (95% CI: 1.49 – 1.56) which were significantly associated with knowledge of prevention, risk of acquiring, vertical transmission of HIV and knowledge about other STIs; respectively.

Conclusions: The most relevant sociodemographic variables that influence knowledge about prevention, risk of acquisition and vertical transmission of HIV/AIDS, and other STIs; are ages between 30 and 39, divorced/separated/widow, a higher educational level, a higher wealth quintile, the urban area and the Selva natural region.

Keywords: sexually transmitted diseases, knowledge, HIV, Epidemiologic Factors, Economic Indexes, Life History Traits, Population Characteristics.
(DeCS)

INDICE

1	CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1	Descripción de la realidad problemática	9
1.2	Formulación del problema	13
1.3	Línea de Investigación	13
1.4	Justificación del Estudio	13
1.5	Delimitación	14
1.6	Objetivos.....	14
1.6.1	General.....	14
1.6.2	Específicos.....	14
1.7	Viabilidad	15
2	CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1	Antecedentes de la investigación	15
2.2	Bases teóricas	19
2.2.1	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	19
2.2.2	VIH/SIDA	22
2.2.3	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	25
2.2.4	CONOCIMIENTO	26
2.3	Definiciones conceptuales:.....	28
3	CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	29
3.1	HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS:.....	29
3.2	Variables principales de investigación	29
4	CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	30
4.1	Diseño de estudio	30
4.2	Población	30
4.3	Muestra	31
4.3.1	Tamaño de muestra y selección de muestra.....	31
4.3.2	Criterios de selección de muestra.....	31
4.4	Operacionalización de variables:	32
4.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
4.6	Técnica de procesamiento y análisis de datos	32
4.7	Aspectos éticos de la investigación	34
5	CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
5.1	RESULTADOS.....	34
5.1.1	Análisis descriptivo.....	35

5.1.2. Análisis bivariado y Multivariado.....	39
5.2 DISCUSIÓN.....	50
6 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
6.1 CONCLUSIONES.....	54
6.2 RECOMENDACIONES.....	55
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
9. ANEXOS.....	62
Anexo 1 : Acta de aprobación del proyecto de tesis.....	62
Anexo 2 : Carta de compromiso del asesor de tesis	62
Anexo 3 : Carta de aprobación del proyecto de tesis	63
Anexo 4 : Carta de aceptación de ejecución de la tesis por el comité de ética en investigación	64
Anexo 5 : Acta de aprobación del borrador de tesis.....	65
Anexo 6 : Reporte de originalidad de Turnitin.....	67
Anexo 7: Certificado de asistencia al curso taller	67
Anexo 8: Matriz de consistencia	69
Anexo 9: Operacionalización de variables	71
Anexo 10: Link de la base de datos en SPSS (INICIB-URP).....	74
LISTA DE TABLAS.....	75
Tabla 1. Variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/ y otras enfermedades de transmisión sexual	75
Tabla 2. Análisis bivariado de las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual	77
Tabla 3. Análisis multivariado de las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual	78

1 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran dentro de las afecciones transmisibles más comunes que afectan tanto a la salud como a la vida de las personas en todo el mundo. ¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) genera, de manera periódica, estimaciones para medir la carga de cuatro de las infecciones de transmisión sexual (ITS) curables más comunes, a nivel mundial: clamidia (agente etiológico: *Chlamydia trachomatis*), gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*), tricomoniasis (*Trichomonas vaginalis*) y sífilis (*Treponema pallidum*). El problema de salud mundial de las ITS sigue siendo alto, de manera que en el año 2016, se estimaron 376 millones de infecciones nuevas (más de 1 millón por día) de las cuatro curables ITS, las cuales son: clamidiosis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis. Las tasas de prevalencia, varían según la región de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, la carga de las ITS virales es igual de alta, con 417 millones, aproximadamente, de casos prevalentes de infección, por el virus del herpes simple y un estimado de 291 millones de mujeres infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). En contraste, muchos países han logrado un control exitoso tanto del cancroide, como del linfogranuloma venéreo, que afortunadamente, casi han desaparecido. ^{1,2}

En la mayoría de casos, las ITS son asintomáticas, o en su defecto, solo se presenta síntomas leves, que a veces dificulta el diagnóstico debido. La importancia del problema radica en que en algunos casos, las ITS tienen consecuencias muy graves, sobre todo para la salud reproductiva, independientemente del impacto inmediato de la propia infección, los ejemplos más claros serían la infertilidad o la transmisión materno infantil.³

Las estimaciones de la prevalencia global del año 2016 en mujeres, fueron: clamidia con un 3,8% (intervalo de confianza del 95%, IU: 3,3–4,5); la gonorrea

con 0,9% (95% IU: 0,7-1,1); la tricomoniasis con un 5,3% (95% UI: 4,0-7,2); y sífilis con un 0,5% (IU 95%: 0,4-0,6).

En cuanto a los hombres, las estimaciones de prevalencia fueron: clamidia con un 2,7% (95% IU: 1,9–3,7); gonorrea con un 0,7% (95% UI: 0,5-1,1); tricomoniasis 0,6% (95% IU: 0,4-0,9); y sífilis con un 0,5% (IU 95%: 0,4-0,6). La totalidad de casos incidentes estimados fue de 376,4 millones: 127,2 de millones (IC 95%: 95,1–165,9 millones) de casos de clamidia; 86,9 millones (IC 95%: 58,6123,4 millones) de casos de gonorrea; 156,0 millones (IC 95%: 103,4–231,2 millones) de casos de tricomoniasis; y 6,3 millones (IC 95%: 5,5 a 7,1 millones) de casos de sífilis.^{1,2}

Asimismo, la cantidad de personas con infección genital provocada por el VHS (herpes), supera los 500 millones, y existen más de 300 millones de mujeres infectadas por VPH, la cual es la principal causa de cáncer de cuello uterino. Alrededor de 240 millones de personas padecen de hepatitis B crónica. Lo importante es que mediante la vacunación se puede prevenir el herpes genital y la hepatitis B.³

Según los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas acerca del VIH/sida (ONUSIDA), se estima que en el año 2015, había dos millones de individuos infectados con VIH en América Latina y el Caribe. De todas ellas, más del 98% eran mayores de 15 años. La población infantil con VIH ha venido disminuyendo sistemáticamente en los últimos años; eso no ha sucedido con el número absoluto de adultos con VIH, el cual se ha incrementado en ambos sexos; no obstante, sobre todo en el sexo masculino, con un aumento de más de 13% desde el 2013 y de casi 3% en el último año.^{4,5}

La prevalencia aproximada de infecciones por VIH entre personas de 15 a 49 años en América Latina y el Caribe en el año 2015 se ha mantenido igual en la última década. Este porcentaje se encuentra en torno a 0,5% (0,4-0,6%), y afecta principalmente a la población del Caribe, la cual presenta una prevalencia de 1%. En América Latina, la epidemia afecta principalmente a los hombres, que representan un 68% de las personas con VIH. De forma contraria, en el Caribe, 52% de las personas afectadas con VIH son mujeres.⁵ Por otro lado,

encontramos a la infección por el virus del papiloma humano (VPH) como la infección vírica más frecuente del tracto genital, su prevalencia se estima en 16.1% en América Latina y el Caribe.⁶

En general, se aprecia una mejoría en el control de la epidemia del VIH en la América Latina, pues hay reducciones en la cantidad de nuevas infecciones y de muertes; sin embargo, en nuestro país lamentablemente, estas cifras vienen en aumento, el Perú (+19,7%), Guatemala (+28,4%), Cuba (+9,3%) y El Salvador (+9,1%) tienen los incrementos porcentuales anuales de mortalidad más altos.⁵

En Perú, como en la mayoría de los países en vías de desarrollo, las ITS ocupan el segundo lugar, dentro de las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva. El conocimiento acerca tanto la prevención, riesgo de adquirirlo, así como el tratamiento de las ITS, constituyen una herramienta de intervención que mejora la salud pública, debido al grado de morbilidad y mortalidad que causan, adicionalmente, evita la transmisión del VIH. El comportamiento del VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el Perú, es el de una epidemia concentrada, de manera que, se estima que aproximadamente más de 100 mil personas, estarían viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) hasta el año 2040. La importancia del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, el no haber cura para la enfermedad, y la relación que existe entre ITS y VIH, reafirma la importancia de tener que monitorear el conocimiento de la población sobre la transmisión, percepción de los riesgos y sobre su prevención.⁷

De acuerdo con las estimaciones de la epidemia de VIH en Perú, se estima que en el año 2018, encontramos en el Perú, alrededor de 79 000 personas con VIH. De todas ellas, aproximadamente, 1 de cada 4, aún no saben que tienen la infección. Desde el año 1983, cuando se reportó el primer caso de SIDA en el país, hasta la semana epidemiológica número 33 del año 2019, se ha notificado un total de 126 mil 822 casos de infección por el VIH, de los cuales 44 mil 112, se encuentran en estadio de SIDA. El último quinquenio notificado (entre los años del 2014 al 2018), se han reportado un promedio de 6 814 nuevos casos de infección por el VIH y 1 547 casos en estadio de SIDA por año.⁸

Como resultado de los esfuerzos internacionales concentrados, para responder a la epidemia del VIH, la cobertura de los servicios brindados en salud, ha ido aumentando constantemente. En 2019, el 68% de los adultos y el 53% de los

niños con VIH, se encontraban en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida. No obstante, todas las personas no pueden acceder a las pruebas de detección del VIH, al tratamiento oportuno y a la atención. En consecuencia, las metas a nivel mundial para el año 2022 corren el riesgo de no alcanzarse, si no se toman medidas efectivas y rápidas.⁹ El ascenso de la vulnerabilidad al VIH, generalmente llega a estar asociado a factores legales y sociales, lo que conlleva al aumento de la exposición a situaciones de riesgo, por lo tanto, esto crea obstáculos para acceder a servicios de prevención, detección y tratamiento del VIH eficaces, que sean de calidad y asequibles.⁹

Asimismo, uno de los principales factores que repercuten en la propagación de la epidemia del SIDA, según el Colegio Médico del Perú (CMP), es la falta de un diagnóstico oportuno del VIH. La OMS informa que, se alerta sobre un incremento de la incidencia de casos, en el Perú, afectando principalmente a la población más joven de HSH (hombre que tiene sexo con hombre), la población transgénero (en especial aquella dedicada al trabajo sexual) y a las trabajadoras sexuales que no cuentan con acceso al sistema de salud.¹⁰

En respuesta a esta situación, la OMS realiza normas y pautas a nivel mundial para tratar y prevenir las infecciones de transmisión sexual, vienen reforzando los sistemas de vigilancia y seguimiento, y se encarga de encaminar el programa mundial sobre investigaciones acerca de estas infecciones.³ La labor de la Organización está regida por la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, 2016 - 2021¹¹, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2016, y la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, del Niño y el Adolescente, del año 2015¹², que exterioriza la necesidad de realizar un conjunto integral de intervenciones, siendo las más resaltantes, la información y los servicios de prevención de la infección por el VIH y otras ITS.³ En Perú, el Plan de Acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021, se pone en marcha como solución a esta problemática mundial.¹⁰

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años, según ENDES 2017 al 2019?

1.3 Línea de Investigación

La línea de investigación es: Enfermedades transmisibles: ETS y VIH-SIDA y está considerada en las prioridades de temas de investigación a nivel nacional, según la Matriz 2016-2021.

También se encuentra dentro de las Líneas de investigación de la Universidad Ricardo Palma que rigen para el período 2021 – 2025, siendo Medicina el Área de conocimiento y encontrándose el punto número cinco, llamado Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA

1.4 Justificación del Estudio

Muchas personas desconocen que están infectadas por el VIH, ello tiene importantes implicaciones en lo que conlleva a términos de prevención y tratamiento. La detección de personas que desconocen que están infectadas (la llamada "epidemia oculta") es una prioridad para autoridades de la salud pública y médicos, básicamente por tres razones principales. La primera, porque estas personas no reciben tratamiento antiretroviral, esto significa que tienen más posibilidades de desarrollar SIDA y de fallecer, en comparación con aquellas personas que tienen un diagnóstico y tratamiento oportuno en las primeras etapas de la infección. Segundo, porque por desconocimiento pueden infectar a otras personas. Y tercero, porque el trato y el cuidado de las personas diagnosticadas tardíamente es más caro.¹³

Por otro lado, se ha reportado la influencia de variables sociales, culturales, económicas y políticas, tanto en la adquisición y desarrollo de enfermedad, en poblaciones vulnerables, como en la efectividad de protocolos de prevención, tratamiento y control. Está descrito que la expansión de las ITS y del VIH se asocia principalmente, con la pobreza y un bajo nivel educativo. El limitado conocimiento que las personas tienen sobre el VIH y el SIDA se relaciona con la vulnerabilidad, que está determinada por las condiciones de vida, el contexto

sociocultural, la experiencia sexual, los hábitos, las relaciones de género, la edad, las composiciones étnicas, el desempleo, la falta de oportunidades, las prácticas sexuales y la presencia de otras ITS, estas últimas debido a compartir la misma puerta de entrada del VIH.¹⁴

Un alto nivel del conocimiento sobre el VIH / SIDA, considerando las características sociodemográficas y psicológicas está muy asociado a un mejor diagnóstico.¹³

Por otro lado, en los últimos años, desde el 2014, no se han realizado muchas investigaciones sobre la asociación entre las variables sociodemográficas y conocimientos de VIH/SIDA y otras ITS en el Perú, más aún, desglosando el conocimiento en prevención, riesgo y transmisión vertical. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo investigar los efectos de estos determinantes, relacionados con las características sociodemográficas, sobre el conocimiento general de las mujeres en edad reproductiva.

1.5 Delimitación

El estudio espacialmente está delimitado en la muestra de la población peruana de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) y temporalmente en el periodo enero - diciembre del 2017 al 2019 por la disponibilidad de información.

1.6 Objetivos

1.6.1 General

Determinar las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años, según ENDES 2017 al 2019.

1.6.2 Específicos

- Determinar las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.
- Determinar las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre riesgo del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.

- Determinar las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre transmisión vertical del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.
- Determinar las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.

1.7 Viabilidad

El estudio es viable técnica y económicamente por el autor, además accesible puesto que la información de las encuestas se encuentra en la base de datos del INEI.

2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales:

- En un estudio realizado por Teva¹³ publicado en el año 2018 y que titula “Knowledge and Concern about STIs/HIV and Sociodemographic Variables Associated with Getting Tested for HIV Among the General Population in Spain”, mostraron que un mayor conocimiento sobre las ITS y el VIH se asociaron con una mayor probabilidad de hacerse la prueba de detección. Así también, a mayor preocupación sobre el VIH / SIDA, menor la probabilidad de no haberse realizado la prueba, por ello se consideró que es necesario promover la prueba del VIH en la población general, así como considerar las características sociodemográficas y psicológicas.
- En un estudio realizado por Kowalczyk¹⁵ publicado en el año 2019 y que titula “Impact of social factors and sexual behaviors on the knowledge of sexually transmitted infections among women who have sex with women/women who have sex with women and men”, reveló que solo la mayor importancia del sexo para los encuestados y un mayor número de

parejas sexuales del mismo sexo en los últimos 12 meses, influyó en el nivel de conocimiento sobre ITS, y esto estaría influenciado por la conciencia de que el riesgo de contraer una ITS no está asociado con el sexo de la pareja, la importancia del sexo, la edad, los comportamientos sexuales y la apertura para hablar sobre las ITS con una pareja sexual.

- En un estudio realizado por Iqbal ¹⁶ publicado en el año 2019 y que titula “Determinants of overall knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS transmisión among ever-married women in Pakistan: evidence from the Demographic and Health Survey 2012–13”, evidenció que las mujeres que viven en áreas urbanas, que tienen al menos educación secundaria, con alta autonomía, que pertenecen al quintil de riqueza más alto y que tienen exposición a los medios de comunicación tuvieron un alto conocimiento y actitudes positivas hacia las personas que viven con el SIDA.
- En un estudio realizado por Hoang ¹⁷ publicado en el año 2019 y que titula “HIV- and AIDS-related knowledge and attitude of residents in border regions of Vietnam”, se encontró que las personas obtuvieron la puntuación más alta en “Conocimientos sobre el VIH rutas de transmisión” y la puntuación más baja en “Conocimientos sobre medidas de prevención del VIH/SIDA”. Asimismo, las variables sociodemográficas como la educación, etnia, estado civil, las fuentes de información sobre el VIH/SIDA y ocupaciones, se asociaron con el conocimiento y la actitud hacia el VIH/SIDA.
- En un estudio realizado por Gomes ¹⁸ publicado en el año 2017 y que titula “Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil”, hallaron que es fundamental mejorar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA entre jóvenes HSH, con condiciones socioeconómicas desfavorables, y que intervenciones enfocadas en factores de vulnerabilidad programática puede contribuir a la reducción de factores individuales y sociales.
- En un estudio realizado por Morales ¹⁹ publicado en el año 2018 y que titula “Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior”, encontraron que las características de riesgo sexual difieren

significativamente por género; asimismo, se halló que el riesgo de embarazos no deseados, y por tanto de contraer una ITS está asociado al nivel medio-bajo de conocimiento sobre salud sexual, bajo creencias normativas con respecto al uso de condones.

- En un estudio realizado por Nguyen ²⁰ publicado en el año 2019 y que titula “Lack of Knowledge about Sexually Transmitted Diseases (STDs): Implications for STDs Prevention and Care among Dermatology Patients in an Urban City in Vietnam”, se demostró que vivir en pareja, la edad (ser joven) y adquirir conocimientos sobre las ETS a través del Internet, las redes sociales y el personal de salud se relacionaron positivamente con tener un mejor conocimiento sobre ETS. Con base en los resultados de este estudio, sugieren que las campañas comunitarias a través de Internet y las redes sociales, y el uso de la atención médica en línea se debe promover a los proveedores para mejorar la conciencia sobre las ETS.
- En un estudio realizado por Yaya ²¹ publicado en el año 2016 y que titula “Trends and determinants of HIV/AIDS knowledge among women in Bangladesh”, mostró que el nivel educativo de las mujeres y el sexo del jefe de hogar estaban significativamente asociados con el conocimiento del VIH en el grupo de puntuación más alta. Aquellos sin educación, primaria o secundaria, tenían menos probabilidades de estar en el grupo de puntaje alto para el conocimiento del VIH, en comparación con aquellos con mayor nivel de educación, como los de secundaria.
- En un estudio realizado por Luba ²² publicado en el año 2017 y que titula “Knowledge about mother-to-child transmission of HIV, its prevention and associated factors among Ethiopian women”, se encontraron que las variables sociodemográficas como residir en área urbana, tener educación superior, ser perteneciente a hogares con mayor riqueza, actualmente en unión, ocupación y estar expuesto a los medios de comunicación se asociaron fuertemente con el conocimiento correcto de las mujeres sobre la transmisión de madre a hijo y la prevención de la transmisión de madre a hijo.
- En un estudio realizado por Drago ²³ publicado en el año 2016 y que titula

“A Survey of Current Knowledge on Sexually Transmitted Diseases and Sexual Behaviour in Italian Adolescents”, mostró que los adolescentes italianos tenían limitado conocimiento de las ETS, destacando que solo el 0,5% de los adolescentes reconocieron las enfermedades de transmisión sexual de una lista de enfermedades, concluyendo así que un número constante de estudiantes está expuesto a factores de riesgo para transmisión de ETS.

- En un estudio realizado por Ijeoma ²⁴ publicado en el año 2018 y que titula “Knowledge, attitude, willingness of HIV counseling and testing and factors associated with it, among long distant drivers in Enugu, Nigeria: an opportunity in reduction of HIV prevalence”, se encontró que un alto número de camioneros de larga distancia tenían un conocimiento incorrecto de la ruta de transmisión, un mejor nivel educativo no afectó el conocimiento incorrecto de las medidas preventivas; el estado educativo y civil afectó la actitud hacia la consejería de VIH y pruebas, la disposición a la detección fue alto con el estado civil y nivel educativo de las personas, asociándose significativamente con él.

2.1.2. Antecedentes nacionales:

- En un estudio realizado por Kohler ²⁵ publicado en el año 2016 y que titula “Sexually transmitted infection screening uptake and knowledge of sexually transmitted infection symptoms among female sex workers participating in a community randomised trial in Peru”, se halló que en comparación con las trabajadoras sexuales de la calle o de bares, las trabajadoras sexuales de burdeles informaron significativamente tasas más altas de uso de condones con el último cliente, exámenes de detección recientes para infecciones de transmisión sexual y VIH pruebas. Las trabajadoras sexuales que trabajan en burdeles también informaron con mayor frecuencia que tenían conocimiento de infecciones de transmisión sexual y reconocimiento de los síntomas de las infecciones de transmisión sexual en mujeres y hombres.

- En un estudio realizado por Brown ²⁶ publicado en el año 2015 y que titula “Sociodemographic and Behavioral Correlates of Anogenital Warts and Human Papillomavirus-Related Knowledge Among Men Who Have Sex With Men and Transwomen in Lima, Peru”, se encontró que los

participantes del estudio tenían niveles bajos de conocimiento del VPH, pero probablemente una alta exposición al VPH debido al sexo anal sin condón. Dicha brecha puede explicarse en parte por el estigma del trabajo sexual, el subregistro de ITS, el alto costo de la vacuna contra el VPH en Perú y la desinformación sobre la vacuna contra el VPH.

- En un estudio realizado por Apaza²⁷ publicado en el año 2017 y que titula “Determinantes asociados con el nivel de Conocimiento sobre VIH – Sida en Estudiantes Institución Educativa Secundaria José Carlos Mariátegui de San Juan de Salinas, Setiembre – Noviembre 2017”, halló que Los determinantes asociados con el nivel de conocimiento sobre VIH – SIDA en dichos estudiantes son las dimensiones demográficos, sociales y culturales con un nivel de significancia NS < 0,05.
- En un trabajo de investigación realizado por Ipanaqué²⁸ publicado en el año 2017 y que titula “Factores demográficos, socioculturales y educativos asociados a las prácticas sexuales y reproductivas de los estudiantes de la Facultad Ciencias Físicas y Matemáticas, octubre2016”, se encontró que solo hay asociación significativa entre el género y el nivel de conocimiento con las prácticas sexuales y reproductivas de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas en el mes de Octubre 2016.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que, según se conoce, se transmiten por contacto sexual, ocho están vinculados a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De estas ocho infecciones, cuatro se pueden curar: la sífilis, la gonorrea, la clamidiosis y la tricomoniasis. Las otras cuatro —virus de la hepatitis B, virus del herpes simple (VHS o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH) — son infecciones víricas incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.^{3,29}

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. Algunas se pueden transmitir también por otras vías, como la sangre y los hemoderivados. Muchas de estas infecciones —en particular, la sífilis, la hepatitis B, el VIH, la clamidiosis, la gonorrea, el herpes y el VPH—, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.³

La transmisión materno infantil de las ITS puede dar lugar a mortinatalidad, mortalidad neonatal, peso bajo al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Algunas ITS como la gonorrea y la clamidiasis son la principal causa de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) así como de infertilidad en las mujeres. Otras ITS como la infección por herpes y la sífilis pueden aumentar tres veces o más el riesgo de contagio del VIH.³⁰

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

La educación sexual y la participación en el autocuidado de la salud sexual son procedimientos considerados como altamente efectivos. La abstinencia sexual durante la presencia de lesiones activas o durante los lapsos de tratamiento, tanto para el paciente como para la pareja sexual, es un procedimiento que propicia la curación y evita la transmisión. El uso correcto del condón es una alternativa igualmente confiable para evitar la transmisión de estas infecciones.³¹

Entre los aspectos preventivos más rentables está la inmunización por medio de vacunas, ya que ellas ofrecerían una solución eficiente y a largo plazo para controlar las ETS; sin embargo, se hacen esfuerzos para obtener algunas vacunas, pero los trabajos de campo no permiten predecir cuándo se tendrán disponibles vacunas eficientes.³² Actualmente, hay vacunas inocuas y sumamente eficaces para dos ITS: hepatitis B e infección por el VPH. Con estas vacunas se han obtenido avances muy importantes en la prevención de las ITS. Las investigaciones para desarrollar vacunas contra el herpes y el VIH están avanzadas, con varias vacunas experimentales en desarrollo clínico temprano. Las investigaciones sobre vacunas contra la clamidiasis, la gonorrea, la sífilis y la tricomoniasis está en las fases iniciales de desarrollo.³⁰

Los métodos de barrera también forman parte de la prevención, cuando se usan de forma correcta y sistemática, los preservativos son uno de los métodos más eficaces de protección contra las ITS, incluida la infección por el VIH. Los

preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero no se usan tan ampliamente en los programas nacionales como los masculinos.³⁰

CLASIFICACIÓN DE LAS ITS:

Existen varias maneras de clasificar las ITS. Una, es por el agente etiológico: bacterianas, virales, micóticas y parasitarias. Otra clasificación es según las enfermedades que producen, lo que permite pautas estandarizadas de tratamientos. La clasificación promovida por la OMS y aceptada por el Ministerio de Salud del Perú es la sindrómica. Esta clasifica las enfermedades, según la CIE 10, con precisión, y es útil para el manejo en la atención primaria de una manera práctica. Considera cinco grandes síndromes:³³

- Síndrome de descarga uretral.
- Síndrome de úlcera genital.
- Síndrome de flujo vaginal.
- Síndrome de dolor abdominal bajo.
- Síndrome de bubón inguinal.

DIAGNÓSTICO:

Actualmente se cuenta con pruebas rápidas para la sífilis, la infección por el VIH y las hepatitis B y C. Estas pruebas son precisas, se pueden obtener los resultados en 15 a 20 minutos y son fáciles de usar con un mínimo de capacitación. Varias pruebas rápidas más para otras ITS están en desarrollo y pueden llegar a mejorar el diagnóstico y tratamiento de las ITS, especialmente en entornos de recursos limitados.³⁰

TRATAMIENTO:

El manejo de las ITS se puede dar a través de la identificación sindrómica o haciendo el diagnóstico preciso.

Acerca del primero, el manejo de los casos se basa en la detección de signos y síntomas uniformes y fácilmente reconocibles para orientar el tratamiento, sin usar pruebas de laboratorio; esto se conoce como manejo sindrómico. Este método, que suele fundamentarse en el uso de algoritmos clínicos, permite al personal de salud diagnosticar una infección específica sobre la base de los signos y síntomas (síndromes) observados (por ejemplo, flujo vaginal, secreción

uretral, úlceras genitales, dolor abdominal). El manejo sindrómico es sencillo, garantiza un tratamiento rápido en el mismo día y evita el uso de pruebas diagnósticas que son costosas o no están disponibles. Sin embargo, con este enfoque no se detectan infecciones que no muestren ningún síntoma o signo (síndromes), que son la mayoría de las ITS.³⁰

Actualmente se dispone de tratamiento eficaz para varias ITS:

- Tres ITS bacterianas (clamidia, gonorrea y sífilis) y una ITS parasitaria (tricomoniasis) pueden curarse generalmente con los esquemas eficaces existentes de dosis única de antibióticos.
- Los medicamentos disponibles más eficaces contra el herpes y el VIH son los antivirales/antirretrovirales que pueden modular la evolución de la enfermedad, aunque no pueden curarla.
- En el caso de la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivirales pueden ayudar a combatir el virus y retrasar el daño al hígado.

La resistencia de las ITS —en particular la gonorrea— a los antibióticos ha aumentado rápidamente en los últimos años y ha reducido las opciones de tratamiento. La aparición de una sensibilidad reducida de la gonorrea a la opción de tratamiento de “último recurso” (cefalosporinas orales e inyectables), junto con la resistencia ya demostrada a las penicilinas, sulfonamidas, tetraciclinas, quinolonas y macrólidos hacen que la gonorrea sea una infección multirresistente. Si bien es menos común, otras ITS también presentan resistencia a los antimicrobianos, lo que habla de la importancia fundamental de la prevención y el tratamiento rápido.³

2.2.2 VIH/SIDA

DEFINICIÓN:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita la defensa contra muchas infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal

funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4.⁹

El SIDA (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida) es un conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen cuando la inmunodeficiencia que provoca la infección del VIH es muy acusada, y nuestro sistema inmune es incapaz de defender a nuestro organismo. En la historia natural de la infección por VIH, el sida es la etapa más grave, y se caracteriza por la presencia de ciertas enfermedades oportunistas o neoplasias que pueden amenazar la vida del paciente.³⁴

La causa del sida es la infección con los retrovirus humanos VIH-1 o VIH-2. En el mundo la causa más frecuente es el VIH-1. Estos virus se transmiten por contacto sexual; por la transfusión de sangre o hemoderivados contaminados, cuando se comparten agujas y jeringas contaminadas; durante el parto o en la etapa perinatal de la madre al hijo; o por la leche materna.³⁵

PERIODOS DE INCUBACIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

La infección por el VIH puede dividirse en tres fases:

- Infección primaria: de 3 a 6 semanas de duración.

Esta fase inicial afecta del 50 al 70% de los adultos, tres a seis semanas después del contagio, caracterizándose por síntomas inespecíficos tales como odinofagia, fiebre, mialgias, y algunas veces erupción cutánea. Esta etapa se caracteriza por una alta tasa producción del virus, viremia, diseminación a los tejidos linfáticos y un descenso de los linfocitos CD4+. Sin embargo, se presenta una respuesta inmune frente al virus (3 a 17 semanas), permitiendo que la viremia ceda y que el recuento de CD4+ regrese casi a la normalidad.

- Periodo latente: de 7 a 10 años.

En esta fase latente crónica el paciente se mantiene asintomático; pueden presentarse adenopatías persistentes o leves infecciones oportunistas. Esta

fase se caracteriza por el confinamiento y la replicación silenciosa del virus en los tejidos.

- Fase final: corresponde a la enfermedad (sida), propiamente dicha.

Hay un derrumbe de las defensas del huésped y un aumento importante de la viremia. En esta etapa aparecen las enfermedades definitorias del sida, tales como infecciones oportunistas, neoplasias secundarias y manifestaciones neurológicas, que finalmente pueden llevar a la muerte del paciente.³⁶

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL:

La profilaxis post exposición no ocupacional (PPENO) es una medida de prevención secundaria dirigida a evitar el desarrollo de la infección por el VIH tras una exposición accidental al virus, por vía sexual o parenteral, fuera del ámbito sanitario. La PPENO consiste en un tratamiento con fármacos antirretrovirales durante 28 días, debe iniciarse lo antes posible, preferiblemente en las 6 primeras horas tras la exposición al VIH y siempre antes de transcurridas 72 horas. La PPENO no debe suplir a la prevención primaria del VIH y sólo debe considerarse en situaciones excepcionales que se producen de forma esporádica. La PPENO está desaconsejada cuando se tienen prácticas de riesgo repetidas.

La PPENO está recomendada en los siguientes casos: 1) personas receptoras de una penetración anal desprotegida o con rotura de preservativo con una persona VIH positiva y 2) personas que intercambian agujas o jeringuillas con una persona VIH positiva.³⁷

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de la infección se realiza por:

- i. Demostración de los anticuerpos anti-VIH
- ii. Detección directa del VIH o de alguno de sus componentes
- iii. Ambos

Los anticuerpos anti-VIH suelen aparecer en la circulación sanguínea de 2 a 12 semanas después de la infección. Las pruebas utilizadas para el diagnóstico son:

- *ELISA*: es la prueba convencional de detección enzimática del VIH, su sensibilidad supera el 99,5%. Consiste en un equipo convencional del ELISA que contiene los antígenos del VIH-1 y el VIH-2.
- *Western Blot*: es la prueba de confirmación más utilizada, en la que múltiples antígenos del VIH de peso molecular diferente y bien caracterizados despiertan la producción de anticuerpos específicos. La prueba se considera negativa cuando no existen bandas a pesos moleculares.³⁶

TRATAMIENTO:

Es posible suprimir el VIH mediante tratamientos en los que se combinan tres o más fármacos antirretrovíricos. Aunque el TAR no cura la infección, inhibe la replicación del virus en el organismo y permite que el sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para combatir las infecciones. La OMS recomendó proporcionar TAR de por vida a todas las personas con el VIH, incluidos los niños, adolescentes y adultos y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, con independencia de su estado clínico y de su recuento de CD4. La OMS recomienda también el uso de dolutegravir o efavirenz a dosis bajas como tratamiento de elección. El dolutegravir también debe utilizarse en el tratamiento de segunda línea, si no se emplea en primer lugar, y se recomienda el darunavir/ritonavir como fármaco de anclaje en el tratamiento de tercera línea o como una opción alternativa en el tratamiento de segunda línea.⁹

2.2.3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Las variables sociodemográficas son un conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población, a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde son tomados, hacerse proyecciones y predicciones que invitan a la reflexión del investigador y a la búsqueda de posibles soluciones.³⁸

2.2.4 CONOCIMIENTO

Comúnmente, entendemos por conocimiento al proceso mental, cultural e incluso emocional, a través del cual se refleja y reproduce la realidad en el pensamiento, a partir de diversos tipos de experiencias, razonamientos y aprendizajes. En este concepto puede incluirse uno o varios de los siguientes elementos:

- Hechos o informaciones que aprendidos por alguien y comprendidos a través de la experiencia, la educación, la reflexión teórica o experimental.
- La totalidad del contenido intelectual y de los saberes que se tienen respecto a un campo específico de la realidad.
- La familiaridad y la consciencia que se obtiene respecto a un evento determinado, luego de haberlo vivenciado.
- Todo aquello que puede pensarse empleando las preguntas “¿cómo?”, “¿cuándo?”, “¿dónde?” y “¿por qué?”.³⁹

TIPOS DE CONOCIMIENTO:

Existen numerosas clasificaciones del conocimiento. Por ejemplo, podría clasificarse por área del saber, teniendo así un conocimiento médico, químico, biológico, matemático, artístico, etc. Pero también pueden clasificarse en:

- **Teóricos.** Aquellos que implican una interpretación de la realidad, derivados de la comunicación de terceros, o sea, de experiencias directas que no hemos tenido pero nos han referido. Por ejemplo, los conocimientos científicos, filosóficos o las creencias.
- **Empíricos.** Aquellos que obtenemos directamente de la experiencia del universo, y que constituyen el marco básico de “reglas” de entendimiento de cómo opera el mundo en que vivimos. Por ejemplo, el conocimiento espacial, abstracto y vinculado con las percepciones.
- **Prácticos.** Aquellos que apuntan a obtener un fin o realizar una acción, y que nos sirven para modelar la conducta. Por ejemplo, los conocimientos técnicos, éticos o políticos.

También puede hablarse de conocimientos formales, aquellos que no poseen contenido material específico, sino que constituyen un tejido de relaciones; y conocimientos materiales, aquellos que refieren a lo concreto o a la materia de la cual dan información.⁴⁰

ELEMENTOS DE CONOCIMIENTO:

Se reconocen usualmente cuatro elementos del conocimiento, que son los que intervienen en la adquisición o formulación de un saber cualquiera:

- **Sujeto.** Todo conocimiento es adquirido por un sujeto, es decir, forma parte del bagaje mental o intelectual de un individuo.
- **Objeto.** Los objetos son todos los elementos reconocibles de la realidad, que sirven al sujeto para formar conocimientos, es decir, para formularse ideas, entender relaciones, fabricar pensamientos. El sujeto solo, aislado de todo y de todos, no puede obtener conocimiento.
- **Operación cognoscitiva.** Se trata de un proceso neurofisiológico complejo, que permite establecer el pensamiento del sujeto en torno al objeto, o sea, permite la interacción entre sujeto y objeto y su formulación intelectual en el conocimiento.
- **Pensamiento.** El pensamiento es difícil de definir, pero en este ámbito podemos comprenderlo como la “huella” psíquica que el proceso cognoscitivo deja en el sujeto respecto de su experiencia con el objeto. Es una representación mental del objeto, inserta en una red de relaciones mentales y que permiten la existencia del conocimiento como tal.³⁹

NIVELES DEL CONOCIMIENTO:

El primer nivel lo representa el *Nivel Sensible* que se sustenta de los sentidos, por ejemplo, al captar por medio de la vista las imágenes de las cosas con color, figura y dimensiones, las cuales se almacenan en nuestra mente y forman nuestros recuerdos y experiencias, estructurando de esta forma nuestra realidad interna, privada o personal. El segundo nivel corresponde al *Nivel Conceptual*, que se basa en concepciones invisibles, inmateriales y a la vez universales y esenciales. La principal diferencia existente entre estos dos primeros niveles radica en la singularidad y universalidad que caracterizan

respectivamente a estos conceptos. Por último, pero el más importante, tenemos el *Nivel Holístico*, en este nivel no encontraremos colores, dimensiones, ni estructuras universales. Conocer a este nivel implica desplegar el carácter sido-siendo de las cosas, las cosas están en cada situación, indisolublemente ligadas al fondo o abierto en el que se manifiesta. Por tal razón buscar conocimiento científico de cualquier cosa, es entonces, desplegar explícitamente el plexo en que la cosa se presenta y dinámicamente se sostiene.⁴¹

2.3 Definiciones conceptuales:

- **Conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA: Noción sobre la manera de evitar**, de manera anticipada, el riesgo de contraer VIH/SIDA
- **Conocimiento sobre riesgo de contagio del VIH/SIDA:** Noción sobre las formas de contraer el VIH/SIDA.
- **Conocimiento sobre transmisión vertical del VIH/SIDA:** Noción sobre las formas de contagio madre-hijo del VIH/SIDA
- **Conocimiento sobre alguna otra ITS:** Noción sobre la existencia de alguna otra enfermedad de transmisión sexual, además del VIH/SIDA –
- Edad:** Tiempo en años desde el nacimiento.
- **Estado civil:** Situación de convivencia administrativamente reconocida de la personas en el momento en que se realiza la recogida de información.
- **Nivel educativo:** Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.
- **Quintil de riqueza:** Caracterizar la distribución del ingreso económico de una población humana, se calcula ordenando la población desde el individuo más pobre al más adinerado, para luego dividirla en 5 partes de igual número de individuos.
- **Área de residencia:** Zonificación en la que la persona se encuentra viviendo en el momento de la entrevista.
- **Región natural:** Zona delimitada por criterios de geografía física, en la cual se encuentra la persona viviendo en el momento de la entrevista

3 CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS:

HIPÓTESIS GENERAL:

Las variables sociodemográficas se asocian al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años, según ENDES 2017 al 2019.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- † Existe asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.
- † Existe asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre riesgo del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.
- † Existe asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre transmisión vertical del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.
- † Existe asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.

3.2 Variables principales de investigación

Las variables independientes fueron:

- ✦ Edad: calcula el número de años desde los 12 a los 49.
- ✦ Estado civil: con valor de 0= Soltera, 1= Casada/ Conviviente, 3= Divorciada/separada/viuda.
- ✦ Nivel educativo: 0=Sin educación, 1=Primaria, 2=Secundaria, 3=Superior.
- ✦ Quintil de riqueza que presenta 5 categorías con los valores:
 - 1: Quintil inferior
 - 2: Segundo Quintil

- 3: Quintil intermedio
 - 4: Cuarto Quintil
 - 5: Quintil superior
 - ✦ Área de Residencia: con valor de 1 si reside en zona urbana y 0 si reside en zona rural.
 - ✦ Región natural: 1=Lima metropolitana, 2=Resto Costa, 3=Sierra, 4=Selva.
- Las variables dependientes fueron:

- Conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA: con valor de 1 si sabe y 0 si no sabe.
- Conocimiento sobre riesgo de adquirir el VIH/SIDA: con valor de 1 si sabe y 0 si no sabe.
- Conocimiento sobre transmisión vertical del VIH/SIDA: con valor de 1 si sabe y 0 si no sabe.
- Conocimiento sobre otras enfermedades de transmisión sexual: con valor de 1 si sabe y 0 si no sabe.

4 CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño de estudio

Estudio de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y analítico basado en la información contenida en la base de datos pública de la ENDES 2017 al 2019.

- ✦ **Observacional:** se limita a la medición de las variables.
- ✦ **Retrospectivo**, puesto que los datos son de años anteriores desde el 2017 hasta el 2019.
- ✦ **Transversal**, porque la recolección de datos solo se realizará una vez.
- ✦ **Analítico**, debido a que se investigará una asociación entre variables.

4.2 Población

La población a estudiar son las mujeres peruanas entre 12 a 49 años según el módulo de la REC0111.

4.3 Muestra

4.3.1 Tamaño de muestra y selección de muestra

La muestra es bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.

El tamaño de la muestra de la ENDES 2017 (anual) es de 35 mil 910 viviendas, correspondiendo:

- 14 160 viviendas al área sede (capitales de departamento y los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima).
- 9 300 viviendas al resto Urbano
- 12 450 viviendas al área rural.

El tamaño de la muestra de la ENDES 2018 (anual) es de 36 mil 760 viviendas, correspondiendo:

- 14 760 viviendas al área sede (capitales de departamento y los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima).
- 9 340 viviendas al resto urbano
- 12 660 viviendas al área rural.

El tamaño de la muestra de la ENDES 2019 (anual) es de 36 760 viviendas, correspondiendo:

- 14 780 viviendas al área sede (capitales de departamento y los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima).
- 9 320 viviendas al resto urbano
- 12 660 viviendas al área rural.

4.3.2 Criterios de selección de muestra

4.3.2.1 Criterios de inclusión

- Los residentes habituales de viviendas particulares de áreas urbanas y rurales del país que hayan pernoctado la noche anterior, a la encuesta, en la vivienda seleccionada
- Mujeres entre 12 a 49 años que fueron entrevistadas sobre VIH/SIDA y otras ETS.

4.3.2.2 Criterios de exclusión

- Visitantes que pasaron la noche anterior al día de la encuesta en la vivienda seleccionada.
- Individuos masculinos
- Mujeres menores de 12 años y mayores de 49 años

4.4 Operacionalización de variables:

Para mayor detalle, revisar el anexo 9

4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de información se basó en la ficha técnica elaborada por el INEI, que se descargó sin costo alguno, desde su página web, tanto del año 2017, 2018 y 2019. Ellos emplearon como instrumento el cuestionario implementado en un dispositivo móvil, la Tablet, y como técnica la Encuesta realizada por su personal debidamente capacitado para el recojo de esta información, quienes visitaron las viviendas seleccionadas para diligenciar el cuestionario, a cargo del INEI.

La información obtenida fue sometida a los criterios de inclusión y exclusión ya expuestos, por lo que una vez identificada la muestra de la población, se procede a realizar un estudio descriptivo y analítico.

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

La transcripción de datos a partir de los cuestionarios se realizó directamente al software IBM SPSS Statistics 26, que se consignaron en el Cuestionario de Salud del ENDES 2017, ENDES 2018 y ENDES 2019; donde se obtuvieron las variables independientes que son las sociodemográficas, tales como: edad, con código V013; nivel educativo, con código V106; quintil de riqueza, con código V190 y área de residencia, con código V025; todas ellas provenientes de la base de datos REC0111 del módulo 66; la región natural con código SREGION, proveniente de la base de datos REC91 del módulo 66, y finalmente la del estado civil, con código V501, que se obtuvo de la base de datos RE516171 del módulo 71.

Asimismo, ellas se midieron de acuerdo a los valores otorgados por la encuesta salvo dos excepciones: la variable Edad se reagrupó en 4 subgrupos con rangos entre 12 a 20 años, 21 a 29 años, 30 a 39 años y 40 a 49 años; y la variable Estado civil se reagrupó en tres subgrupos; el primero de solo solteras; el segundo, de casadas y convivientes; y el tercero, de divorciadas, separadas y viudas, todo ello con el fin de una investigación más ordenada.

Las cuatro variables dependientes, las cuales son: conocimiento sobre prevención de VIH/SIDA, conocimiento sobre riesgos de adquirir el VIH/SIDA, conocimiento sobre la transmisión vertical del VIH/SIDA y conocimiento sobre alguna otra ITS, se obtuvieron a partir de las preguntas realizadas en los cuestionarios individuales con los siguientes códigos: V754BP, V754CP y V754DP, de la base de datos RE758081 del módulo 72, para conocimiento sobre prevención de VIH/SIDA; S802D, S802E, S802F y S802I, de la base de datos REC91 del módulo 66, V754JP, de la base de datos RE758081 del módulo 72, para conocimiento sobre riesgos de adquirir el VIH/SIDA; V774A, V774B, V774C, de la base de datos RE758081 del módulo 72, para conocimiento sobre la transmisión vertical del VIH/SIDA, y finalmente S815AA, S815AB, S815AC, S815AD y S815AE, de la base de datos REC91 del módulo 66 para conocimiento sobre alguna otra ITS además del VIH/SIDA. Todas ellas se fusionaron mediante la variable de identificación del cuestionario HHID. La Razón de Prevalencia (PR) es la medida de asociación que crecidamente se adapta al estudio, de tal forma que para calcularla se manejó el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta puesto que resulta ser el más idóneo para estudios transversales con una prevalencia superior al 10% y para la estimación de modelos crudos y ajustados.

Con respecto al procesamiento de datos en el programa SPSS 26, se procedió a unir los formatos presentes en cada módulo. Para nuestro estudio, fue necesario fusionar los archivos CSALUD01, RECH0 y RECH23 mediante la variable Identificación del Cuestionario (HHID) con la finalidad de añadir todas las variables a una sola data para iniciar el análisis estadístico.

4.7 Aspectos éticos de la investigación

En la base de datos empleada son de ingreso público por medio de la página web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, aquella institución ha clasificado cada ocurrencia del estudio con herramientas de salvaguardar de la identidad de cada individuo participativo, donde sin disminuir su provecho a provecho estadísticos dificultan inferir cuál podría ser el perfil de una persona precisa.

5 CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

El tamaño de la muestra de la ENDES 2017-2019 (anual) fue de 109 430 viviendas, de las cuales se seleccionaron a mujeres peruanas entre 12 a 49 años, obteniendo 70 938 participantes para este estudio (Figura 1).

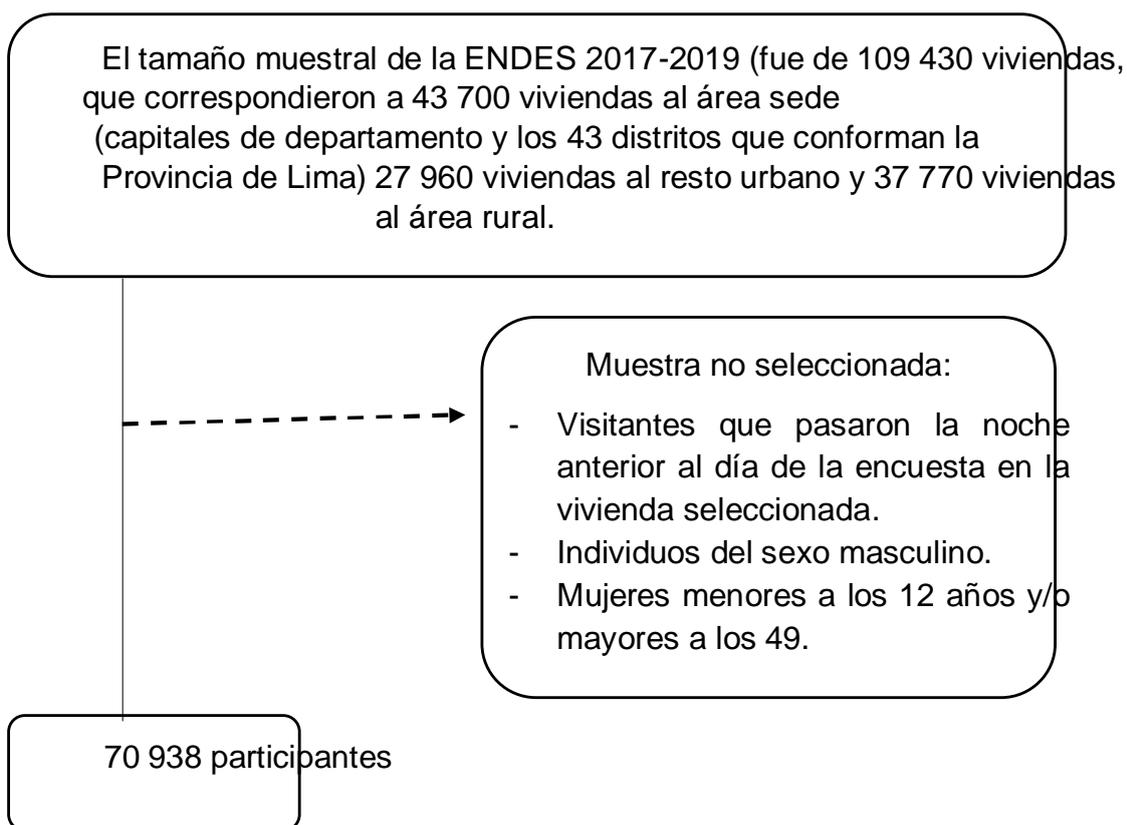


Figura 1. Flujograma de participantes incluidos en el estudio.

5.1.1. Análisis descriptivo

Se seleccionaron a 70 938 personas de 12 a 49 años, donde se obtuvieron información acerca las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 1. Variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	n	CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE VIH	CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO DE ADQUIRIR EL VIH	CONOCIMIENTO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH	CONOCIMIENTO DE OTRAS ITS
		SÍ CONOCE n(%)	SÍ CONOCE n(%)	SÍ CONOCE n(%)	SÍ CONOCE n(%)
EDAD					
40 a 49	12824	8860 (67.0%)	8804(65.5%)	289(2.4%)	6090(50.6%)
30 a 39	22889	16065(68.4%)	15500(65.5%)	666(2.8%)	13013(57.3%)
21 a 29	22915	15541(67.2%)	16171(68.0%)	600(2.6%)	11358(54.4%)
12 a 20	12310	7659(60.3 %)	9260(73.6%)	189(1.5%)	4388(38.9%)
ESTADO CIVIL					
Divorciada/separada/viuda	8285	5582(65.6%)	5635(66.3%)	206(2.7%)	4468(54.8%)
Casada/Conviviente	46046	32077(68.7%)	32479(68.7%)	1185(2.4%)	22705(50.9%)
Soltera	16607	104166(62.4%)	11621(66.6%)	353(2.4%)	7676(51.2%)
NIVEL EDUCATIVO					
Superior	27208	18436(66.9%)	16173(57.9%)	1107(3.7%)	19508(71.1%)
Secundaria	33497	22654(64.8%)	24903(73.1%)	547(1.6%)	13374(40.8%)
Primaria	9613	6649(69.6%)	8104(83.8%)	85(0.8%)	1887(18.3%)
Sin educación	620	386(64.7%)	555(87.0%)	5(0.8%)	80(12.9%)
QUINTIL DE RIQUEZA					
Quintil superior	9586	10385(68.7%)	12199(82.9%)	204(1.3%)	3911(25.3%)

Cuarto quintil	12766	12605(67.8%)	13420(75.0%)	384(1.9%)	7875(41.2%)
Quintil intermedio	15632	10399(65.7%)	10628(68.4%)	405(2.1%)	8294(49.8%)
Segundo quintil	18101	8325(63.5%)	8052(64.5%)	410(2.7%)	7889(58.8%)
Quintil inferior	14853	6411(66.8%)	5436(55.4%)	341(3.5%)	6880(69.3%)
ÁREA DE RESIDENCIA					
Urbano	54056	11972(69.9%)	13675(81.2%)	254(1.5%)	4798(27.3%)
Rural	16882	36153(65.6%)	36060(65.5%)	1490(2.6%)	30051(55.5%)
REGIÓN NATURAL					
Selva	17362	12011(70.1%)	12254(72.3%)	572(3.3%)	10537(59.41%)
Sierra	21073	15133(69.7%)	16308(76.4%)	437(2.0%)	7348(38.7%)
Resto Costa	22346	14562(64.0%)	14802(68.1%)	463(2.0%)	10903(45.7%)
Lima metropolitana	10157	6419(64.5%)	6371(61.4%)	272(2.6%)	6061(59.3%)

En este estudio, la edad estuvo comprendida entre los 12 a 49 años. Se exhibe en la tabla 1 que de los individuos que conservan un considerable discernimiento sobre la prevención de contagio de VIH se destacan en las variables sociodemográficas un 68,4% de individuos predomina edades comprendidas entre 30 a 39, un 68,7% son casados/convivientes, mientras que un 69,6% salvaguardan un nivel primario de educación y residen en un 69,9% en áreas urbanas de la selva (70,1%). Hay que mencionar, además se resalta un 73,6% de los encuestados que salvaguardan juicios de los riesgos de adquirir VIH involucran lapsos de 12 a 20 años, también se obtiene que un 68,7% acentúan ser casadas/convivientes, mientras que un 87% no poseen una educación y residen en un 81,2% en áreas urbanas de la sierra (76,4%).

Simultáneamente, se revela que un 2,8% de personas entre 30 a 39 años adquieren nociones sobre la transmisión vertical de VIH y entre otras variables sociodemográficas se obtuvo que un 2,7% son divorciadas, separada y/o viudas, mientras que un 3,7% salvaguardan un nivel educativo superior y residen en un 2,6% en áreas rurales de la selva (3,3%). Todavía cabe señalar que entre los 30 a 39 años (57,3%) disponen de percepciones de otras ITS y a más de ello se puede distinguir que un 54,8% son divorciadas, separada y/o viudas, mientras que un 71,1% poseen una educación superior y residen en un 55,5% en áreas rurales de la selva (59,41%).

Por último, se pensaría que de todos los parámetros de conocimientos sobre el VIH y otras ITS en la muestra analizada alcanzarían el quintil de riqueza máximo/superior, sin embargo, el mismo es voluble puesto que permanece en niveles opuestos, es decir unos destacados en superiores mientras que otros yacen en grados inferiores, resaltando simultáneamente medias de cuarto y segundo quintil. Si se detalla específicamente, un 68,7% y 82,9% exhiben un quintil superior tanto en erudiciones sobre el riesgo de adquisición y la prevención de la patología de VIH respectivamente y, por el contrario, en comprensiones de transmisión vertical de VIH se obtiene solo un 3,5%, mientras que los juicios sobre otros ITS equivalen un 69,3%.

5.1.2. Análisis bivariado y Multivariado

En la Tabla 2, se muestra el análisis bivariado. En relación con las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento de prevención de VIH los resultados indicaron que las personas en edades entre 30 a 39 adquieren 1.14 (IC 95%: 1.12 - 1.16) veces mayor probabilidad de conocimientos que los individuos 12 a 20 años, mientras que los participantes entre 40 a 49 (IC 95%: 1.10 - 1.14) y 21 a 29 (IC 95%: 1.10 - 1.14) años exhiben 1.12 veces más de posibilidad ante las edades de referencia. Habría que mencionar además que las participantes Casadas/Convivientes evidencian un 1.10 (IC 95%: 1.09 - 1.12) veces mayor contingencia de juicio sobre prevención de VIH que las solteras, a diferencia de las personas divorciadas, separada y/o viudas tienen 1.05 (IC 95%: 1.03 - 1.07) veces probabilidad de erudiciones de la misma índole ante el estado civil de referencia.

Por otro lado, según el nivel educativo el primario obtiene 1.08 (IC 95%: 1.01 - 1.16) veces más posibilidad de poseer conocimientos sobre prevención de VIH que los que carecen de educación alguna, mientras que el grado secundario y quienes conservan formación superior, abarcan 1.00 (IC 95%: 0.94 - 1.07) y 1.04 (IC 95%: 0.97 - 1.11) veces mayor probabilidad frente a la referencia, respectivamente. Considerando el quintil de la riqueza se revela que los de quintil inferior podría tener mayor conocimiento que el superior (RPc: 0.98; IC 95%: 0.96 - 0.99). Por último, según el área de residencia urbana tiene 0.94 (IC 95%: 0.92 - 0.95) veces menos probabilidad de cognición sobre prevención frente a las zonas rurales y la región selvática frente a lima metropolitana presenta 1.09 (IC 95%; 1.07 - 1.11) veces mayor posibilidad de conservar discernimientos en dicho tema.

Con respecto a las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre riesgo de adquirir el VIH se exhibió que en edades entre 40 a 49 años adquieren 1.30 (IC 95%: 1.25 - 1.35) veces mayor probabilidad de conocimientos que los individuos 12 a 20 años, mientras que los participantes entre 30 a 39 (IC 95%:

1.25 - 1.34) y 21 a 29 (IC 95%: 1.16 - 1.25) años exhiben 1.29 y 1.20 veces más de posibilidad ante las edades de referencia, respectivamente.

Habría que mencionar además que las participantes casadas o convivientes tienen 0.93 (IC 95%: 0.91 - 0.95) menor probabilidad de juicio que las solteras. Por otro lado, según el nivel educativo el superior obtiene 3.18 (IC 95%: 2.51 – 4.02) veces más posibilidad de tener conocimientos del tema que los que carecen de educación alguna, mientras que el secundario y primario abarcan 2.03 (IC 95%: 1.60 - 2.56) y 1.25 (IC 95%: 0.98 - 1.59) veces mayor probabilidad de conocimiento frente a la referencia, respectivamente. Considerando el quintil de la riqueza se descubre en los resultados que los de quintil inferior podría tener menor conocimiento que el superior (RPc: 2.61; IC 95%: 2.48 - 2.75) y, asimismo, el cuarto quintil y el intermedio son 2.07 (IC 95%: 1.96 - 2.18) y 1.84 (IC 95%: 1.74 - 1.94) veces con más probabilidad de conocimiento que el de referencia proporcionalmente.

Por último, según el área de residencia urbana tiene 1.84 (IC 95%: 1.76 - 1.92) veces más probabilidad de cognición sobre riesgo de adquirir VIH frente a las zonas rurales y, la región de lima metropolitana podría tener menor conocimiento que el resto de la costa (RPc: 0.81; IC 95%: 0.78 - 0.83), la selva (RPc: 0.68; IC 95%: 0.66 - 0.71) y la sierra (RPc: 0.61; IC 95%: 0.59 - 0.63).

Por lo que se refiere al conocimiento de transmisión vertical de VIH, se obtuvo en los resultados que las edades entre 30 a 39 adquieren 1.76 (IC 95%: 1.49 - 2.07) veces mayor probabilidad de conocimientos que los individuos 12 a 20 años, mientras que los participantes entre 40 a 49 (IC 95%: 1.34 - 1.87) y 21 a 29 (IC 95%: 1.44 - 2.00) años exhiben 1.58 y 1.70 veces más de posibilidad ante las edades de referencia respectivamente. Algo semejante ocurre con las divorciadas, separada y/o viudas tienen 1.14 (IC 95%: 0.98 - 1.33) veces mayor probabilidad de juicio que las solteras. Por otro lado, la formación superior es un 4.24 (IC 95%: 1.60 - 11.28) veces más probables de conocer sobre el tema que los que carecen de educación alguna, mientras que el grado secundario abarcan 1.84 (IC 95%: 0.69 - 4.91) veces mayor posibilidad frente a la referencia.

Examinando el quintil de la riqueza se exterioriza que los de quintil superior y cuarto quintil tienen 2.60 (IC 95%: 2.12 - 3.20) y 2.03 (IC 95%: 1.64 - 2.50) veces mayor probabilidad de conocimiento que el inferior. Por último, según el área de residencia urbana tiene 1.70 (IC 95%: 1.43 - 2.03) veces más de probabilidad de cognición sobre la transmisión vertical de VIH frente a las zonas rurales y las regiones selváticas frente al lima metropolitana constituye 1.22 (IC 95%; 1.06 - 1.41) vez más posible de conservar discernimientos en dicho tema.

Para concluir, con relación al conocimiento de otras ITS las edades comprendidas en 30 a 39 adquieren 1.45 (IC 95%: 1.41 - 1.49) veces mayor probabilidad de conocimientos que los individuos 12 a 20 años, mientras que los participantes entre 40 a 49 (IC 95%: 1.26 - 1.32) y 21 a 29 (IC 95%: 1.36 - 1.41) años exhiben 1.29 y 1.39 veces más de posibilidad (respectivamente) ante las edades de referencia. Habría que mencionar además que las participantes Divorciadas/separadas/viudas, evidencian un 1.05 (IC 95%: 1.03 - 1.08) veces mayor posibilidad de juicio sobre otras ITS que las solteras. Simultáneamente se obtuvo que la instrucción superior obtiene 6.18 (IC 95%: 4.79 - 7.96) veces más posibilidad de tener conocimientos del tema a relación de los que carecen de educación, mientras que el secundario y primario abarcan 3.52 (IC 95%: 2.73 - 4.54) y 1.51 (IC 95%: 1.16 - 1.95) veces mayor probabilidad frente a la referencia respectivamente.

Considerando el quintil de la riqueza superior tiene 2.87 (IC 95%: 2.76 - 2.99) veces más probable de discernir sobre otras ITS que el inferior, mientras que las personas de cuarto quintil tienen 2.43 (IC 95%: 2.33 - 2.53) y el quintil intermedio un 2.04 (IC 95%: 1.95 - 2.13) veces mayor probabilidad de conocimiento que el inferior. Por último, según el área de residencia urbana tiene 2.09 (IC 95%: 2.01 - 2.16) veces mayor probabilidad de cognición sobre el tema frente a las zonas rurales y considerando las regiones se descubre en los resultados que los de lima metropolitana podrían tener mayor conocimiento que las selváticas (RPc: 0.96; IC 95%: 0.94 - 0.98), la sierra (RPc: 0.66; IC 95%: 0.64 - 0.67) y el resto de costa (RPc: 0.75; IC 95%: 0.74 - 0.77).

Tabla 2. Análisis bivariado de las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE VIH			CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO DE ADQUIRIR EL VIH			CONOCIMIENTO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH			CONOCIMIENTO DE OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
	RP c	IC 95%	p valor	RP c	IC95%	p valor	RP c	IC95%	p valor	RP c	IC95%	p valor
EDAD												
40 a 49	1.12	1.10 - 1.14	<0.01	1.30	1.25 - 1.35	<0.01	1.58	1.34 - 1.87	<0.01	1.29	1.26 - 1.32	<0.01
30 a 39	1.14	1.12 - 1.16	<0.01	1.29	1.25 - 1.34	<0.01	1.76	1.49 - 2.07	<0.01	1.45	1.41 - 1.49	<0.01
21 a 29	1.12	1.10 - 1.14	<0.01	1.20	1.16 - 1.25	<0.01	1.70	1.44 - 2.00	<0.01	1.39	1.36 - 1.41	<0.01
12 a 20	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
ESTADO CIVIL												
Divorciada/separada/viuda	1.05	1.03 - 1.07	<0.01	1.00	0.96 - 1.03	0.881	1.14	0.98 - 1.33	0.084	1.05	1.03 - 1.08	<0.01
Casada/Conviviente	1.10	1.09 - 1.12	<0.01	0.93	0.91 - 0.95	<0.01	1.00	0.89 - 1.10	0.849	0.97	0.96 - 0.99	0.002
Soltera	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
NIVEL EDUCATIVO												
Superior	1.04	0.97 - 1.11	0.307	3.18	2.51 - 4.02	<0.01	4.24	1.60 - 11.28	0.004	6.18	4.79 - 7.96	<0.01
Secundaria	1.00	0.94 - 1.07	0.952	2.03	1.60 - 2.56	<0.01	1.84	0.69 - 4.91	0.222	3.52	2.73 - 4.54	<0.01
Primaria	1.08	1.01 - 1.16	0.030	1.25	0.98 - 1.59	0.071	0.85	0.31 - 2.34	0.750	1.51	1.16 - 1.95	0.002
Sin educación	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
QUINTIL DE RIQUEZA												
Quintil superior	0.98	0.96 - 0.99	0.009	2.61	2.48 - 2.75	<0.01	2.60	2.12 - 3.20	<0.01	2.87	2.76 - 2.99	<0.01
Cuarto quintil	0.92	0.91 - 0.94	<0.01	2.07	1.85 - 2.18	<0.01	2.03	1.64 - 2.50	<0.01	2.43	2.33 - 2.53	<0.01
Quintil intermedio	0.96	0.94 - 0.98	<0.01	1.84	1.74 - 1.94	<0.01	1.84	1.23 - 1.91	<0.01	2.04	1.95 - 2.13	<0.01

Segundo quintil	0.99	0.97 - 1.00	0.115	1.43			1.53	1.06 - 1.67	0.015	1.67	1.60 - 1.74	<0.01
						<0.01	1.33					
Quintil inferior	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
ÁREA DE RESIDENCIA												
Urbano	0.94	0.92 - 0.95	<0.01	1.84	1.76 - 1.92	<0.01	1.70	1.43 - 2.03	<0.01	2.09	2.01 - 2.16	<0.01
Rural	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
REGIÓN NATURAL												
Selva	1.09	1.07 - 1.11	<0.01	0.68	0.66 - 0.71	<0.01	1.22	1.06 - 1.41	0.007	0.96	0.94 - 0.98	<0.01
Sierra	1.07	1.06 - 1.09	<0.01	0.61	0.59 - 0.63	<0.01	0.75	0.65 - 0.86	<0.01	0.66	0.64 - 0.67	<0.01
Resto Costa	0.99	0.98 - 1.01	0.183	0.81	0.78 - 0.83	<0.01	0.77	0.68 - 0.87	<0.01	0.75	0.74 - 0.77	<0.01
Lima Metropolitana	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		

La tabla 3 muestra el razonamiento multivariado, un análisis de razón de prevalencia (RP) ajustado de conocimientos sobre prevención, riesgo de adquisición y transmisión vertical de VIH y sobre otras ITS asociadas a las distintas variables sociodemográficas.

Considerando que en la analítica multivariada existe un ajuste considerable estadístico al ser más exacto se revela en cuanto al conocimiento sobre prevención de VIH que las edades entre 30 a 39 adquieren 1.09 (IC 95%: 1.07 - 1.12) veces mayor probabilidad de conocimientos que los individuos 12 a 20 años, a pesar que los participantes entre 21 a 29 (IC 95%: 1.06 - 1.11) y 40 a 49 (IC 95%: 1.05 - 1.10) años no son muy lejanos del primero, exhibiendo 1.08 y 1.07 veces más de posibilidad ante las edades de referencia respectivamente.

Habría que mencionar además que los participantes Casadas/Convivientes evidencian un 1.06 (IC 95%: 1.04 - 1.08) veces mayor contingencia de juicio sobre prevención de VIH que las solteras, a diferencia de las personas divorciadas, separada y/o viudas tienen 1.02 (IC 95%: 1.00 - 1.04) veces probabilidad de erudiciones de la misma índole ante el estado civil de referencia. Por otro lado, según el nivel educativo el primario (IC 95%: 1.01 - 1.16) y superior (IC 95%: 1.02 - 1.17) obtienen 1.09 veces más posibilidad de poseer conocimientos sobre prevención de VIH que los que carecen de educación alguna, mientras que el grado secundario abarcan 1.07 (IC 95%: 0.99 - 1.14) veces mayor probabilidad frente a la referencia respectivamente.

Considerando el quintil de la riqueza se revela que el quintil superior podría tener 1.05 veces mayor conocimiento que el inferior (IC 95%: 1.02 - 1.08), mientras que el intermedio y el segundo quintil, sin estar muy lejano al inicialmente mencionado constituyen 1.03 veces más de posibilidad de juicio sobre la prevalencia de VIH frente a la referencia. Por último, según el área de residencia urbana tiene 0.96 (IC 95%: 0.94 - 0.98) veces menos de probabilidad de cognición sobre prevención frente a las zonas rurales y las regiones selváticas frente al lima metropolitana constituye 1.08 (IC 95%; 1.06 - 1.10) vez más posible de conservar discernimientos en dicho tema.

Con respecto a las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre riesgo de adquirir el VIH se exhibió que en edades entre 40 a 49 adquieren 1.28 (IC 95%: 1.23 - 1.34) veces mayor probabilidad de conocimientos que los individuos 12 a 20 años, mientras que los participantes entre 30 a 39 (IC 95%: 1.20 - 1.30) y 21 a 29 (IC 95%: 1.04 - 1.13) años exhiben 1.25 y 1.09 veces más de posibilidad ante las edades de referencia respectivamente.

Habría que mencionar además que según el estado civil se revela que las solteras podrían tener mayor conocimiento que las divorciadas, separada y/o viudas (RPc: 0.95; IC 95%: 0.91 - 0.98), así como mayor que las casadas/convivientes (RPc: 0.93; IC 95%: 0.90 - 0.95). Por otro lado, según el nivel educativo, el superior obtiene 2.46 (IC 95%: 1.94 - 3.11) veces más posibilidad de tener conocimientos del tema que los que carecen de educación alguna, mientras que el secundario y primario abarcan 1.78 (IC 95%: 1.41 - 2.25) y 1.20 (IC 95%: 0.95 - 1.53) veces mayor probabilidad frente a la referencia respectivamente.

Considerando el quintil de la riqueza se descubre en los resultados que los de quintil inferior podría tener menor conocimiento que el superior (RPc: 1.53; IC 95%: 1.41 - 1.64) y, asimismo, el cuarto quintil y el intermedio son 1.33 (IC 95%: 1.24 - 1.43) y 1.29 (IC 95%: 1.21 - 1.38) veces más probables que el de referencia proporcionalmente. Por último, según el área de residencia urbana tiene 1.04 (IC 95%: 0.98 - 1.10) veces más probabilidad de cognición sobre riesgo de adquirir VIH frente a las zonas rurales y, la región de lima metropolitana podría tener mayor conocimiento que la selva (RPc: 0.98; IC 95%: 0.94 - 1.02) y el resto de la costa (RPc: 0.91; IC 95%: 0.89 - 0.94).

En lo que se refiere al conocimiento de transmisión vertical de VIH, se obtuvo en los resultados que las edades entre 30 a 39 adquieren 1.47 (IC 95%: 1.21 - 1.78) veces mayor probabilidad de conocimientos que los individuos 12 a 20 años, mientras que los participantes entre 40 a 49 (IC 95%: 1.13 - 1.72) y 21 a 29 (IC 95%: 1.09 - 1.58) años exhiben 1.40 y 1.31 veces más de posibilidad ante las edades de referencia respectivamente. Algo semejante ocurre con las

divorciadas, separada y/o viudas tienen 1.11 (IC 95%: 0.94 - 1.32) veces mayor probabilidad de juicio que las solteras. Por otro lado, la formación superior es un 4.05 (IC 95%: 1.51 - 10.82) veces más probables de conocer sobre el tema que los que carecen de educación alguna, mientras que el grado secundario abarcan 2.00 (IC 95%: 0.75 - 5.34) veces mayor posibilidad frente a la referencia.

Examinando el quintil de la riqueza se exterioriza que los de quintil superior tienen 1.56 (IC 95%: 1.19 - 2.04) veces mayor conocimiento que el inferior, seguido del cuarto y quintil intermedio con 1.34 (IC 95%: 1.03 - 1.76) y 1.12 (IC 95%: 0.86 - 1.46) veces mayor probabilidad de saber sobre el tema respectivamente frente al de referencia. Por último, según el área de residencia urbana tiene 1.00 (IC 95%: 0.80 - 1.25) vez más probable de cognición sobre la transmisión vertical de VIH frente a las zonas rurales y las regiones selváticas frente al lima metropolitana constituye 2.05 (IC 95%; 1.75 - 2.42) veces más posible de conservar discernimientos en dicho tema.

Finalmente, con relación al conocimiento de otras ITS las edades comprendidas en 30 a 39 adquieren 1.28 (IC 95%: 1.25 - 1.32) veces mayor probabilidad de conocimientos que los individuos 12 a 20 años, mientras que los participantes entre 40 a 49 (IC 95%: 1.15 - 1.22) y 21 a 29 (IC 95%: 1.14 - 1.20) años exhiben 1.19 y 1.17 veces más de posibilidad (respectivamente) ante las edades de referencia. Habría que mencionar además que las participantes divorciadas, separada y/o viudas evidencian un 1.05 (IC 95%: 1.03 - 1.08) veces mayor posibilidad de juicio sobre otras ITS que las solteras. Simultáneamente se obtuvo que la instrucción superior obtiene 4.84 (IC 95%: 3.79 - 6.20) veces más posibilidad de tener conocimientos del tema a relación de los que carecen de educación, mientras que el secundario y primario abarcan 3.12 (IC 95%: 2.44 - 3.99) y 1.40 (IC 95%: 1.09 - 1.80) veces mayor probabilidad frente a la referencia respectivamente.

Considerando el quintil de la riqueza superior tiene 1.58 (IC 95%: 1.51 - 1.66) vez más probable de discernir sobre otras ITS que el inferior, mientras que las

personas de cuarto quintil tienen 1.46 (IC 95%: 1.39 - 1.53) y el quintil intermedio un 1.34 (IC 95%: 1.28 - 1.41) veces mayor conocimiento que el inferior. Por último, según el área de residencia urbana tiene 1.21 (IC 95%: 1.16 - 1.26) veces mayor probabilidad de cognición sobre el tema frente a las zonas rurales y considerando las regiones se descubre en los resultados que los de lima metropolitana podría tener menor conocimiento que las selváticas (RPc: 1.52; IC 95%: 1.49 - 1.56).

Tabla 3. Análisis multivariado de las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE VIH			CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO DE ADQUIRIR EL VIH			CONOCIMIENTO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH			CONOCIMIENTO DE OTRAS ITS		
	RP a	IC 95%	p valor	RP a	IC 95%	p valor	RP a	IC 95%	p valor	RP a	IC 95%	p valor
EDAD												
40 a 49	1.07	1.05 - 1.10	<0.01	1.28	1.23 - 1.34	<0.01	1.40	1.13 - 1.72	0.002	1.19	1.15 - 1.22	<0.01
30 a 39	1.09	1.07 - 1.12	<0.01	1.25	1.20 - 1.30	<0.01	1.47	1.21 - 1.78	<0.01	1.28	1.25 - 1.32	<0.01
21 a 29	1.08	1.06 - 1.11	<0.01	1.09	1.04 - 1.13	<0.01	1.31	1.09 - 1.58	0.004	1.17	1.14 - 1.20	<0.01
12 a 20	Ref.						Ref.			Ref.		
ESTADO CIVIL												
Divorciada/separada/viuda	1.02	1.00 - 1.04	0.076	0.95	0.91 - 0.98	0.004	1.11	0.94 - 1.32	0.231	1.05	1.03 - 1.08	<0.01
Casada/Conviviente	1.06	1.04 - 1.08	<0.01	0.93	0.90 - 0.95	<0.01	1.00	0.87 - 1.14	0.942	1.02	1.00 - 1.04	0.016
Soltera	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
NIVEL EDUCATIVO												
Superior	1.09	1.02 - 1.17	0.016	2.46	1.94 - 3.11	<0.01	4.05	- 10.82	0.005	4.84	3.79 - 6.20	<0.01
Secundaria	1.07	0.99 - 1.14	0.075	1.78	1.41 - 2.25	<0.01	2.00	1.51 - 5.34	0.166	3.12	2.44 - 3.99	<0.01
Primaria	1.09	1.01 - 1.16	0.021	1.20	0.95 - 1.53	0.126	0.83	0.75 - 2.27	0.709	1.40	1.09 - 1.80	0.008
Sin educación	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
QUINTIL DE RIQUEZA												
Quintil superior	1.05	1.02 - 1.08	0.001	1.53	1.41 - 1.64	<0.01	1.56	1.19 - 2.04	0.001	1.58	1.51 - 1.66	<0.01

Cuarto quintil	0.99	0.97 - 1.02	0.557	1.33	1.24 - 1.43	<0.01	1.34	1.03 - 1.76	0.033	1.46	1.39 - 1.53	<0.01
Quintil intermedio	1.03	1.00 - 1.05	0.049	1.29	1.21 - 1.38	<0.01	1.12	0.86 - 1.46	0.406	1.34	1.28 - 1.41	<0.01
Segundo quintil	1.03	1.01 - 1.06	0.006	1.13	1.06 - 1.21	<0.01	1.05	0.82 - 1.35	0.691	1.22	1.16 - 1.27	<0.01
Quintil inferior	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
ÁREA DE RESIDENCIA												
Urbano	0.96	0.94 - 0.98	<0.01	1.04	0.98 - 1.10	0.216	1.00	0.80 - 1.25	0.994	1.21	1.16 - 1.26	<0.01
Rural	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
REGIÓN NATURAL												
Selva	1.08	1.06 - 1.10	<0.01	0.98	0.94 - 1.02	0.351	2.05	1.75 - 2.42	<0.01	1.52	1.49 - 1.56	<0.01
Sierra	1.07	1.05 - 1.08	<0.01	0.75	0.73 - 0.78	<0.01	0.99	0.86 - 1.14	0.912	0.87	0.85 - 0.88	<0.01
Resto Costa	0.99	0.96 - 1.01	0.184	0.91	0.89 - 0.94	<0.01	0.92	0.81 - 1.05	0.224	0.87	0.86 - 0.89	<0.01
Lima Metropolitana	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		

5.2 DISCUSIÓN

En la mayoría de los países en desarrollo, las infecciones de transmisión sexual (ITS) ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva, la prevención de las ITS constituye un mecanismo de intervención que mejora la salud pública, y evita la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, la inexistencia de cura para la enfermedad y la relación entre ITS y VIH confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre prevención, percepción de los riesgos de adquirirlo y la transmisión vertical del VIH/SIDA.⁴²

En el presente estudio, se destaca en la tabla descriptiva que el grupo de las divorciadas tienen mayor conocimiento en cuanto a la transmisión vertical del VIH (2.8%) y sobre otras ITS (57.3%) lo cual difiere con el estudio de García et al.⁴³ pues en su indagación, ellos al evaluar el tema de VIH en los 116 encuestados de los conocimientos sobre VIH/sida en pacientes atendidos por infecciones de transmisión sexual, se destaca una predominancia de la población de los solteros; la diferencia se debería a que la población de este estudio es exclusivamente de mujeres, mientras que la de de García, et al.⁴³ se estudia una población mixta; no obstante, se concuerda en que el nivel educativo superior tiene mayor predominio de conocimientos, puesto que dicha población tiene mayor alcance a los medios de información.

En cuanto al quintil de riqueza, este estudio arroja que el quintil superior, tiene mayor probabilidad de conocimiento que el inferior, ya sea en cuanto a conocimiento sobre prevención (RP = 1.05) riesgo de adquirir (RPa = 1.53), transmisión vertical del VIH, (RPa = 1.56) y también sobre conocimientos de otras ITS (RPa = 1.58).

Diversos estudios arrojan los mismos resultados, Ankunda⁴⁴ en su estudio sobre determinantes del conocimiento integral del VIH/SIDA en mujeres en edad reproductiva, se concluye que las mujeres del quintil de riqueza más alto obtuvieron un RP =1.48, Son et al.⁴⁵ concluye de forma similar con un RP = 2.5,

estos estudios también son parecidos a los de otros países como en Vietnam e India ^{46 47} esto debido a que se podría deducir que las mujeres provenientes de hogares más ricos tienen más oportunidades de acceder a conocimientos en general acerca del VIH en comparación con las de hogares más pobres. ⁴⁵

Lo que concierne a la región natural, en su mayoría arroja que la población de la Selva tiene mayor probabilidad de conocimiento con respecto a Lima Metropolitana, ya sea en cuanto a prevención (RPa = 1.08), transmisión vertical (RP = 2.05) del VIH, y sobre otras ITS (RPa = 1.52).

Este hallazgo es similar al de Pernaz-Linsuy y Cárcamo-Cavagnaro ⁴⁸ ya que se menciona haber hallado niveles de conocimiento y prácticas seguras mejores en la selva, con un RP de 1.94 para la selva alta y de 2.75 para la selva baja, que en Lima. Ello debido a Ramos et al. quienes analizaron la base de datos de la ENDES 2004–2006, reflejando que las pobladoras de la selva (en particular la selva baja) consideraban que estaban en mayor riesgo de transmisión de VIH, es por ello que se reflejaría un mejor conocimiento sobre el tema. ⁴⁹

Con respecto al conocimiento sobre la prevención del VIH/SIDA, en este estudio se encontró que el grupo de las mujeres casadas tienen mayor probabilidad de conocimiento en relación al grupo de las solteras, pues poseen un RPa de 1.06 (p valor < 0.01), y el grupo de las divorciadas un RPa de 1.02; este hallazgo difiere en comparación con el estudio de Matshoba et al ⁵⁰ donde el grupo de las casadas tiene un RPa 0.75, y el de las divorciadas, RPa -11.52; sin embargo, en el presente estudio sí encontramos significancia con un p valor < 0.01 en el grupo de las casadas; sin embargo, en el estudio de Matshoba et al. no existe significancia.

En cuanto a nivel educativo, en el presente estudio se encontró rangos similares de los RPa destacando el nivel superior con un RPa=1.09, en el estudio de Matshoba et al ⁵⁰ se halla un RP superior a este (14.19), ello debido a que su referencia es el nivel educativo primario, en comparación con el nuestro que son

los que no tienen educación; sin embargo, se mantiene la relación que a mayor nivel educativo, mayor probabilidades de conocimiento en cuanto a saberes sobre prevención de VIH, dicho orden también es avalado por el estudio de Son et al. ⁴⁵ donde se aprecia un RPa del nivel educativo superior igual a 4.4 en el año 2014, Yaya et al ²¹ confirma también que a menor nivel educativo, menor posibilidad de conocimiento, pues en sus resultados arroja que las personas sin educación tiene un RPa de 0.447, tomando como referencia el nivel educativo superior.

En cuanto a la edad, en el presente trabajo se exterioriza que el rango de edad entre 30 a 39 años tiene mayor probabilidad de conocimiento (RPa = 1.09) con respecto al población más joven entre 12 a 20 años, Dzah et al ⁵¹, en su trabajo de investigación también toman como categoría de referencia a su población más joven, que es la que menor probabilidad de conocimiento tiene, en su caso el rango era entre 18 a 24 años, y el rango entre 35 a 45 años contaba con un RPa igual a 13.65; sin embargo, en el presente estudio, los otros dos rangos de edad no se alejan mucho de la cifra mayor, esto debido a que con el paso de los años, recién se han ido implementando estrategias para que los colegios tengan mayor información sobre educación sexual ⁵². Esta idea también se refuerza con el estudio de Yaya et al. ²¹ en Bangladesh donde se aprecian RPa < 1 en las poblaciones jóvenes, y las que tienen mayor edad, entre los rangos de 35 a 39 años y 40 a 44 años cuentan con RPa de 1.04 y 1.03, respectivamente. Similares hallazgos se encuentran en el estudio de Dzah ⁵¹

Con respecto al conocimiento sobre riesgo de adquirir el VIH, es similar a lo que ya se ha mencionado previamente, en cuanto al nivel educativo, mientras mayor sea, mayor probabilidad de tener conocimientos, tal es que se destaca el nivel educativo superior con un RPa = 2.46, que comparado con el estudio de Bhowmik y Biswas ⁵³ fue ligeramente menor pues ellos obtuvieron un RPa = 3.35, asimismo, Matshoba et al. ⁵⁰ sí halla un RPa más alto (16.97). En Kenya, Y Hong et al. ⁵⁴ concuerda con la idea de que a menor nivel educativo, menor probabilidad de conocimiento.

En cuanto al estado civil, se destaca que el grupo de las casadas tienen menor probabilidad de conocimiento (RP = 0.93), esto difere con Matshoba et al. ⁵⁰

puesto que ellos obtuvieron un $RP = 5.51$, ello debido a que su población es mixta y en menor cantidad.

En cuanto al conocimiento de transmisión vertical del VIH, en el presente estudio se encontró que el quintil de riqueza superior cursa con un $RPa = 1.56$ ($p < 0.001$), ello es similar con Gebre et al.⁵⁵ pues ellos encontraron que los participantes con ingresos altos tenían más probabilidades de tener un nivel adecuado de conocimiento sobre la transmisión del VIH de madre a hijo, con un $RPa = 1.52$; la idea se refuerza con el estudio de Darteh et al.⁵⁶ donde también se analiza la Encuesta demográfica y de salud de Sudáfrica donde exteriorizan que a nivel individual, aquellos con educación superior obtienen un $RPa = 1.5$; y con el estudio de Luba et al.²² donde los hogares de mayor riqueza tienen un $RPa = 1.85$, ello debido a que tienen mayor acceso a las fuentes de información. En cuanto a la edad, en este estudio se observa que la población más joven (12 a 20 años) es la que tiene menor probabilidad de conocimiento en cuanto a la transmisión vertical del VIH ($RPa = 1$), el rango entre 30 a 39 años es la que presenta mayor probabilidad de conocimiento con un $RPa = 1.47$, ello difiere de Balis et al.⁵⁷ pues en su estudio la población con rangos de edad más joven obtuvieron un $RPa = 1.68$, esto debido a que su población eran mujeres que han sido diagnosticadas con el VIH o el SIDA y en tratamiento con terapia antiretroviral, y cuentan desde muy jóvenes, desde el momento de su diagnóstico con mayor información acerca de la enfermedad.

Finalmente, con respecto al conocimiento sobre alguna otra ITS, se obtienen similares resultados que las variables previas, en cuanto a la edad se resalta el rango entre 30 a 39 años, población más adulta, que tiene mayor probabilidad de conocimiento ($RPa = 1.28$), puesto que a mayor edad, mayor experiencia, e indirectamente mayor nivel educativo, por ello que esta población tiene más acceso al conocimiento, Ríos et al.⁵⁸ reafirma lo dicho, puesto que en su estudio, también se señala que a mayor edad (>35 años), menor posibilidad de un conocimiento inadecuado sobre ITS ($RPa = 0.92$)

6 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Las variables sociodemográficas asociadas significativamente con el conocimiento sobre la prevención de VIH/SIDA son: La edad con rangos entre 12 a 20 años, 21 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años; el estado civil de casada/conviviente; el nivel educativo primaria y superior; el quintil de riqueza superior y el segundo quintil; el área urbana y la región natural de la Selva y de la Sierra.
- Las variables sociodemográficas asociadas significativamente con el conocimiento sobre riesgo de adquirir el VIH/SIDA son: La edad con rangos entre 12 a 20 años, 21 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años; el estado civil de divorciada/separada/viuda y el de casada/conviviente; los niveles educativos superior y secundaria; los quintiles de riqueza superior, cuarto quintil, quintil intermedio y segundo quintil; el área urbana y las regiones naturales de la Sierra y Resto Costa.
- Las variables sociodemográficas asociadas significativamente con el conocimiento sobre transmisión vertical del VIH/SIDA son: La edad con rangos entre 12 a 20 años, 21 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años; los quintiles de riqueza superior y cuarto quintil, y la región natural de la Selva.
- Las variables sociodemográficas asociadas significativamente con el conocimiento sobre otras ITS son: La edad con rangos entre 12 a 20 años, 21 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años; el estado civil de divorciada/separada/viuda; los niveles educativos superior, secundaria y primaria; los quintiles de riqueza superior, cuarto quintil, quintil intermedio y segundo quintil; el área de residencia urbano y las regiones naturales de la Selva, Sierra y Resto Costa.

6.2 RECOMENDACIONES

Es importante continuar intentando encontrar nuevos agentes, así como la implementación de otros aparatos que generen nueva información pertinente para lograr comprender y pronosticar dicho fenómeno. Asimismo, se considera oportuno que los resultados de la presente indagación sirvan para producir una totalmente nueva perspectiva ante la problemática evaluada, generando nuevos insumos, planes y programas de prevención coherentes a la zona en el cual se va a crear la aplicación, promocionando una difusión completa de la información y las repercusiones que muestra su desconocimiento o el poco acato que se tiene ante esta.

Por último, es de suma trascendencia expandir y detallar más la información frente las diversas magnitudes de la escala de conocimientos ante VIH y otras ITS, así como usar la presente averiguación para que en términos generales con el grado de conocimientos se evalúen novedosos cambiantes, entre ellas los ciclos vitales, orientación sexual, estrato socioeconómico, conjuntos institucionales, entre otras.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ [Internet]. 1 de agosto de 2019 [citado 16 de octubre de 2020];97(8):548-562P. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6653813/>
2. WHO | Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018 [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 16 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/stis-surveillance-2018/en/>
3. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. [citado 16 de octubre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
4. AIDS by the numbers 2015. WORLD AIDS DAY 2015 [Internet]. 2015;12. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf

5. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e infecciones de transmisión sexual (ITS) en las Américas [Internet]. [citado 16 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=virus-de-lainmunodeficiencia-humana-vih-e-infecciones-de-transmision-sexual-its-en-las-americas
6. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical Human Papillomavirus Prevalence in 5 Continents: Meta-Analysis of 1 Million Women with Normal Cytological Findings. *J Infect Dis* [Internet]. 15 de diciembre de 2010 [citado 16 de octubre de 2020];202(12):1789-99. Disponible en: <https://academic.oup.com/jid/articlelookup/doi/10.1086/657321>
7. Boletín Mensual Noviembre 2014. Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología. En: Boletín Mensual Noviembre 2014 Ministerio de Salud [Internet]. Perú; 2014. p. 34. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/cap011.pdf
8. PA Ortiz. Boletín Epidemiológico del Perú SE 33-2019 (del 11 al 17 de agosto del 2019). En: BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ [Internet]. Perú; 2019. p. 22. Disponible en: <http://www.dge.gov.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/33.pdf>
9. VIH/sida [Internet]. [citado 16 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
10. Moncada S. Perú continúa incrementando los índices de VIH y SIDA [Internet]. [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://cmplima.org.pe/peru-continuaincrementando-los-indices-de-vih-y-sida/>
11. WHO | Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021 [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>
12. WHO | Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health & Every Woman Every Child Initiative [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/>
13. Teva I, de Araújo LF, de la Paz Bermúdez M. Knowledge and Concern about STIs/HIV and Sociodemographic Variables Associated with Getting Tested for HIV Among the General Population in Spain. *J Psychol* [Internet]. 4 de julio de 2018 [citado 16 de octubre de 2020];152(5):290-303. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00223980.2018.1451815>
14. Sociodemographic factors, knowledge and behaviors related to syphilis and HIV in the displaced population of Colombia - *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013;39(3):474-488.
15. Kowalczyk R, Nowosielski K. Impact of social factors and sexual behaviors on the knowledge of sexually transmitted infections among women who have sex with women/women who have sex with women and men. *Int J STD AIDS* [Internet]. febrero de 2019 [citado 16 de octubre de 2020];30(2):163-72. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462418802736>

16. Iqbal S, Maqsood S, Zafar A, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F. Determinants of overall knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS transmission among ever-married women in Pakistan: evidence from the Demographic and Health Survey 2012–13. *BMC Public Health* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 16 de octubre de 2020];19(1):793. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7124-3>
17. Hoang CD, Tran BX, Pham MD, Nguyen LH, Do HN, Vuong QH, et al. HIV- and AIDS-related knowledge and attitude of residents in border regions of Vietnam. *Harm Reduct J* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 16 de octubre de 2020];16(1):11. Disponible en: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-019-0282-x>
18. Gomes RR de FM, Ceccato M das GB, Kerr LRFS, Guimarães MDC. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 26 de octubre de 2017 [citado 16 de octubre de 2020];33(10). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017001005001&lng=pt&tlng=pt
19. Morales A, Vallejo-Medina P, Abello-Luque D, Saavedra-Roa A, García-Roncillo P, GomezLugo M, et al. Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 16 de octubre de 2020];18(1):1377. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6311-y>
20. Nguyen S, Dang A, Vu G, Nguyen C, Le T, Truong N, et al. Lack of Knowledge about Sexually Transmitted Diseases (STDs): Implications for STDs Prevention and Care among Dermatology Patients in an Urban City in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 26 de marzo de 2019 [citado 16 de octubre de 2020];16(6):1080. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/6/1080>
21. Yaya S, Bishwajit G, Danhouno G, Shah V, Ekholuenetale M. Trends and determinants of HIV/AIDS knowledge among women in Bangladesh. *BMC Public Health* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 16 de octubre de 2020];16(1):812. Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3512-0>
22. Luba TR, Feng Z, Gebremedhin SA, Erena AN, Nasser AM, Bishwajit G, et al. Knowledge about mother-to-child transmission of HIV, its prevention and associated factors among Ethiopian women. *J Glob Health* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 16 de octubre de 2020];7(2):020414. Disponible en: <http://jogh.org/documents/issue201702/jogh-07020414.pdf>
23. Drago F, Ciccarese G, Zangrillo F, Gasparini G, Cogorno L, Riva S, et al. A Survey of Current Knowledge on Sexually Transmitted Diseases and Sexual Behaviour in Italian Adolescents. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 13 de abril de 2016 [citado 16 de octubre de 2020];13(4):422. Disponible en: <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/4/422>
24. Ijeoma A, Ejikeme A, Theodora O, Chika O. Knowledge, attitude, willingness of HIV counseling and testing and factors associated with it, among long distant drivers in Enugu, Nigeria: an opportunity in reduction of HIV prevalence. *Afr Health Sci* [Internet]. 29 de noviembre de 2018 [citado 16 de octubre de 2020];18(4):1088. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/180290>

25. Kohler PK, Campos PE, Garcia PJ, Carcamo CP, Buendia C, Hughes JP, et al. Sexually transmitted infection screening uptake and knowledge of sexually transmitted infection symptoms among female sex workers participating in a community randomised trial in Peru. *Int J STD AIDS* [Internet]. abril de 2016 [citado 16 de octubre de 2020];27(5):402-10. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462415584488>
26. Brown B, Monsour E, Klausner JD, Galea JT. Sociodemographic and Behavioral Correlates of Anogenital Warts and Human Papillomavirus-Related Knowledge Among Men Who Have Sex With Men and Transwomen in Lima, Peru: *Sex Transm Dis* [Internet]. abril de 2015 [citado 17 de octubre de 2020];42(4):198-201. Disponible en: <http://journals.lww.com/00007435-201504000-00007>
27. Apaza Rodrigo. Determinantes asociados con el nivel de Conocimiento sobre VIH – Sida en Estudiantes Institución Educativa Secundaria José Carlos Mariátegui de San Juan de Salinas, Setiembre – Noviembre 2017. [Internet]. [Puno]: Universidad Andina Nestor Cáceres Velasquez; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/2142>
28. Ipanaqué Zapata, Miguel Angel. Factores demográficos, socioculturales y educativos asociados a las prácticas sexuales y reproductivas de los estudiantes de la Facultad Ciencias Físicas y Matemáticas, octubre-2016. [Trujillo]: Universidad de Trujillo; 2017.
29. Boletin-Bibliog-marz.pdf [Internet]. [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2019/03/Boletin-Bibliog-marz.pdf>
30. Infecciones de Transmisión Sexual - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 16 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>
31. Calderón-Jaimes E. Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Salud Pública México* [Internet]. julio de 1999 [citado 17 de octubre de 2020];41(4).

Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341999000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Barbosa-Cesnik CT, Gerbase A, Heymann D. STD vaccines--an overview. *Genitourin Med* [Internet]. octubre de 1997 [citado 17 de octubre de 2020];73(5):336-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1195888/>
33. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: EPIDEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN.
34. ¿QUÉ ES EL VIH? - INFOSIDA [Internet]. [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.infosida.es/que-es-el-vih>
35. Infección por VIH y sida | Harrison. *Manual de Medicina, 19e* | AccessMedicina | McGrawHill Medical [Internet]. [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2128§ionid=162911667>
36. Gutiérrez-Sandí W, Blanco-Chan C. Las enfermedades de transmisión sexual y la salud sexual del costarricense Tema I. SIDA/VIH. *Rev Tecnol En Marcha* [Internet]. 11 de noviembre de

- 2016 [citado 17 de octubre de 2020];29(3):117. Disponible en: http://revistas.tec.ac.cr/index.php/tec_marcha/article/view/2892
37. ¿Qué es la profilaxis post exposición? - INFOSIDA [Internet]. [citado 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.infosida.es/profilaxis-post-exposicion>
 38. Lagonell M de T. Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. 2012;(92):36.
 39. Conocimiento - Concepto, elementos, tipos, gestión del conocimiento [Internet]. [citado 18 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://concepto.de/conocimiento/>
 40. Conocimiento: concepto, tipos, evolución y características [Internet]. [citado 18 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.caracteristicas.co/conocimiento/>
 41. Martínez A, Ríos F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta Moebio [Internet]. 2006 [citado 18 de octubre de 2020];(25). Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/25/martinez.html>
 42. CAP 11 conocimiento de VIH e ITS. ENDES 2018.
 43. García ADG, Linares VS, Hernández MM, González HD, Escobar NR, Torres NM. Conocimiento sobre VIH/sida en pacientes atendidos por infecciones de transmisión sexual. Gac Médica Espirituana [Internet]. 20 de marzo de 2018 [citado 2 de junio de 2022];14(1):8. Disponible en: <http://www.revgespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1736>
 44. Ankunda D. Determinants of comprehensive knowledge of HIV/AIDS among women of the reproductive age (15-49) in Uganda. diciembre de 2017 [citado 2 de junio de 2022]; Disponible en: <http://makir.mak.ac.ug/handle/10570/6435>
 45. Son NV, Luan HD, Tuan HX, Cuong LM, Duong NTT, Kien VD. Trends and Factors Associated with Comprehensive Knowledge about HIV among Women in Vietnam. Trop Med Infect Dis [Internet]. junio de 2020 [citado 2 de junio de 2022];5(2):91. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2414-6366/5/2/91>
 46. Huy NV, Lee HY, Nam YS, Tien NV, Huong TTG, Hoat LN. Secular trends in HIV knowledge and attitudes among Vietnamese women based on the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2000, 2006, and 2011: what do we know and what should we do to protect them? Glob Health Action [Internet]. 1 de diciembre de 2016 [citado 2 de junio de 2022];9(1):29247. Disponible en: <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29247>
 47. Jha PK, Narayan P, Nair S, Ganju D, Sahu D, Pandey A. An Assessment of Comprehensive Knowledge of HIV/AIDS among Slum and Non-Slum Populations in Delhi, India. Open J Prev Med [Internet]. 2015 [citado 2 de junio de 2022];05(06):259. Disponible en: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=57275&#abstract>
 48. Pernaz-Linsuy G, Cárcamo-Cavagnaro C. Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. octubre de 2015 [citado 2 de junio de 2022];32(4):667-72. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342015000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

49. Ramos W, Munive L, Calderón M, Velazco S, Velazco M. Características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. Período 2004-2006. :8.
50. Matshoba T, Mashaphu S, Tomita A, Paruk S. HIV knowledge, attitudes and practices amongst patients with severe mental illnesses and chronic medical illnesses in Durban, South Africa. *South Afr J Psychiatry* [Internet]. 28 de junio de 2021 [citado 2 de junio de 2022];27. Disponible en: <http://www.sajpsychiatry.org/index.php/sajp/article/view/1586>
51. Dzah SM, Tarkang EE, Lutala PM. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among senior high school students in Sekondi-Takoradi metropolis, Ghana. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 9 de mayo de 2019 [citado 2 de junio de 2022];11(1):11. Disponible en: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1875>
52. PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL 2007-2011 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS Y VIH / SIDA EN EL PERÚ [Internet]. [citado 2 de junio de 2022]. Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/VersionFinalPEM.pdf>
53. Bhowmik J, Biswas RK. Knowledge About HIV/AIDS and Its Transmission and Misconception Among Women in Bangladesh. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 9 de enero de 2022 [citado 2 de junio de 2022];0. Disponible en: https://www.ijhpm.com/article_4191.html
54. Y Hong S. Knowledge of HIV Transmission and Associated Factors among HIV-Positive and HIV-Negative Patients in Rural Kenya. *J AIDS Clin Res* [Internet]. 2012 [citado 2 de junio de 2022];03(07). Disponible en: <https://www.omicsonline.org/knowledge-of-hivtransmission-and-associated-factors-among-hiv-positive-and-hiv-negative-patients-inrural-kenya-2155-6113.1000170.php?aid=8718>
55. Gebre MN, Feyasa MB, Dadi TK. Levels of mother-to-child HIV transmission knowledge and associated factors among reproductive-age women in Ethiopia: Analysis of 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey Data. *PLOS ONE* [Internet]. 19 de agosto de 2021 [citado 2 de junio de 2022];16(8):e0256419. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0256419>
56. Darteh EKM, Abraham SA, Seidu AA, Chattu VK, Yaya S. Knowledge and determinants of women's knowledge on vertical transmission of HIV and AIDS in South Africa. *AIDS Res Ther* [Internet]. 15 de julio de 2021 [citado 2 de junio de 2022];18(1):40. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12981-021-00367-7>
57. Balis B, Assefa N, Egata G, Bekele H, Getachew T, Mamo G, et al. Knowledge about vertical transmission of HIV and associated factors among women living with HIV or AIDS attending antiretroviral therapy clinic, Western Ethiopia. *SAGE Open*. 8 de enero de 2022;18:1-7.
58. Ríos E, Ferrer L, Casabona J, Caylá J, AVECILLA À, Gómez I Prat J, et al. Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gac Sanit* [Internet]. noviembre de 2009 [citado 2 de junio de 2022];23(11):1000-1004.

2022];23(6):533-8. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911108000708>

9. ANEXOS

Anexo 1 : Acta de aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis **"VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS. ENDES 2017-2019"** con la *propuesta de un autor*, que presenta la SRTA. **KRISTHEL CRISTÓBAL FERNÁNDEZ**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dra. MARÍA ELENA LOO VALVERDE
ASESORA DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 17 de Octubre de 2021

Anexo 2 : Carta de compromiso del asesor de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. KRISTHEL CRISTÓBAL FERNANDEZ de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dra. MARÍA ELENA LOO VALVERDE

Lima, 17 de octubre del 2021

Anexo 3 : Carta de aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 046-2016-UNRDPAL/CD

Facultad de Medicina Humana

Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°1794-2020-FMH-D

Lima, 03 de octubre de 2020

Señorita
KRISTHEL CRISTÓBAL FERNÁNDEZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS. ENDES 2017-2019" presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 29 de octubre de 2020.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,



Atentamente,

Mg. Hilda Jurupé Chico,
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5443 - Urb. Las Glorietas - Surco | Correo: 708-0008
Avenida postal 1801, Lima 33 - Perú | Anexo: 8013
Email: repositorio@urp.edu.pe - www.urp.edu.pe/medicina | Teléfono: 708-0108

Anexo 4 : Carta de aceptación de ejecución de la tesis por el comité de ética en investigación

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: "VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS. ENDES 2017-2019".

Investigadora:

Kristhel Cristóbal Fernández

Código del Comité: **PG-090-2020**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que preside, concluyendo que le corresponde la categoría EXENTO DE REVISIÓN, por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 17 de diciembre del 2020



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

Anexo 5 : Acta de aprobación del borrador de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS. ENDES 2017-2019", que presenta la Señorita KRISTHEL LIZ MILVIA CRISTÓBAL FERNÁNDEZ para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Mg. LUIS ALBERTO CANO CÁRDENAS

PRESIDENTE

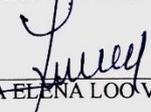

MC. DELVIN RUDORICO ACOSTA RAMOS

MIEMBRO


Lic. MARLON MIGUEL MORALES MOISELA

MIEMBRO


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis


Dra. MARIA ELENA LOO VALVERDE

Asesor de Tesis

Lima 31 de Mayo del 2022

Anexo 6 : Reporte de originalidad de Turnitin

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS. ENDES 2017 - 2019

ORIGINALITY REPORT

17%	18%	1%	11%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.paho.org Internet Source	3%
2	repositorio.urp.edu.pe Internet Source	2%
3	www.who.int Internet Source	2%
4	www.scielo.sa.cr Internet Source	2%
5	eobservadordequeretaro.com.mx Internet Source	1%
6	concepto.de Internet Source	1%
7	Submitted to Institucion Universitaria Politecnico Grancolombiano Student Paper	1%
8	www.msc.es Internet Source	1%

Anexo 7: Certificado de asistencia al curso taller



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

**VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS
MODALIDAD VIRTUAL**

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

KRISTHEL LIZ MILVIA CRISTOBAL FERNÁNDEZ

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS. ENDES 2017-2019.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. Maria del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambaren
Decana (e)

Anexo 8: Matriz de consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
Variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en mujeres peruanas de 12 a 49 años. ENDES 2017-2019	¿Cuáles son las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años, según ENDES 2017 al 2019?	<p><u>GENERAL</u> Determinar cuáles son las variables sociodemográficas que están asociadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años, según ENDES 2017 al 2019.</p> <p><u>ESPECÍFICOS</u></p>	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL</u> Las variables sociodemográficas se asocian al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años, según ENDES 2017 al 2019.</p> <p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</u></p>	Observacional, retrospectivo, transversal y analítico	La población a estudiar son las mujeres peruanas entre 12 a 49 años según el módulo de la REC0111. Para el ordenamiento, procesamiento, tabulación y análisis de los resultados se empleó el software estadístico SPSS versión 25 y las tablas se plasmaron en Excel 2016.	Para la recolección de información en las viviendas seleccionadas, se empleó como instrumento el cuestionario implementado en un dispositivo móvil: Tablet.

		<p>1. Determinar cuáles son las variables sociodemográficas que están asociadas al conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.</p> <p>2. Determinar cuáles son las variables sociodemográficas que están asociadas al conocimiento sobre riesgo del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.</p>	<p>1. Existe asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.</p> <p>2. Existe asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre riesgos de adquirir el VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.</p>			
--	--	---	---	--	--	--

		<p>3. Determinar cuáles son las variables sociodemográficas que están asociadas al conocimiento sobre transmisión vertical del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.</p> <p>4. Determinar cuáles son las variables sociodemográficas que están asociadas al conocimiento sobre otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.</p>	<p>3. Existe asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre transmisión vertical del VIH/SIDA en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.</p> <p>4. Existe asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres peruanas de 12 a 49 años.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

Anexo 9: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
----------	------------------------	------	------------	--------	-----------	------------------

conocimiento de prevención de VIH/SIDA	Noción de las formas de prevención del VIH	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Respuesta afirmativa a limitar parejas sexuales, uso del condon y abstinencia	0=sabe 1=no sabe
conocimiento sobre riesgo de adquirir el VIH/SIDA	Noción sobre formas de adquirir el VIH	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Respuesta negativa a adquirir VIH mediante abrazo, beso, caricias, compartiendo utensilios, baños, duchas, piscinas, por picadura de un mosquito o la mordedura de un perro	0=sabe 1=no sabe
conocimiento de transmisión vertical del VIH/SIDA	Noción sobre formas de transmisión vertical del VIH	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Respuesta afirmativa a transmitir el VIH mediante embarazo, parto y lactancia	0=sabe 1=no sabe
conocimiento de otras ITS	Noción sobre la existencia de alguna	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Respuesta afirmativa al conocimiento de la existencia de alguna de las siguientes	0=sabe 1=no sabe
	otra ITS además del VIH/SIDA				ITS: sífilis, gonorrea, condiloma, chancro y herpes	

Edad	Número de años indicado en la encuesta	Independiente	Cuantitativa politómica	De razón	Años biológicos	0=12 a 20 1=20 a 29 2=30 a 39 3=40 a 49
Estado civil	Estado de unión social	Independiente	Cualitativa politómica	Nominal	Condición social	0= Soltera 1= Casada/ Conviviente 3= Divorciada/se parada/viuda
Nivel educativo	Años de estudio señalado en la encuesta	Independiente	Cualitativa politómica	Nominal	Programa educativo	0=Sin educación 1=Primaria 2=Secundaria 3=Superior
Quintil de riqueza	Medición del estado económico	Independiente	Cualitativa politómica	Nominal	Quintiles establecidos por la base del ENDES	1=Quintil inferior 2=Segundo quintil

						3=Quintil intermedio 4=Cuarto quintil 5=Quintil superior
Área de residencia	Zonificación	Independiente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Zona donde reside	0= Urbana 1= Rural
Región Natural	Región natural de residencia	Independiente	Cualitativa politómica	Nominal	Región natural de residencia	1=Lima metropolitana 2=Resto Costa 3=Sierra 4=Selva

Anexo 10: Link de la base de datos en SPSS (INICIB-URP)

<https://drive.google.com/drive/folders/1x3SLXkaBzBhdNG3mq6oMUPcEROLcbTj6?usp=sharing>

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/ y otras enfermedades de transmisión sexual.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	n	CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE VIH	CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO DE ADQUIRIR EL VIH	CONOCIMIENTO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH	CONOCIMIENTO DE OTRAS ITS
		SI CONOCE n(%)	SI CONOCE n(%)	SI CONOCE n(%)	SI CONOCE n(%)
EDAD					
40 a 49	12824	8860 (67.0%)	8804(65.5%)	289(2.4%)	6090(50.6%)
30 a 39	22889	16065(68.4%)	15500(65.5%)	666(2.8%)	13013(57.3%)
21 a 29	22915	15541(67.2%)	16171(68.0%)	600(2.6%)	11358(54.4%)
12 a 20	12310	7659(60.3 %)	9260(73.6%)	189(1.5%)	4388(38.9%)
ESTADO CIVIL					
Divorciada/separada/viuda	8285	5582(65.6%)	5635(66.3%)	206(2.7%)	4468(54.8%)
Casada/Conviviente	46046	32077(68.7%)	32479(68.7%)	1185(2.4%)	22705(50.9%)
Soltera	16607	104166(62.4%)	11621(66.6%)	353(2.4%)	7676(51.2%)
NIVEL EDUCATIVO					
Superior	27208	18436(66.9%)	16173(57.9%)	1107(3.7%)	19508(71.1%)
Secundaria	33497	22654(64.8%)	24903(73.1%)	547(1.6%)	13374(40.8%)
Primaria	9613	6649(69.6%)	8104(83.8%)	85(0.8%)	1887(18.3%)
Sin educación	620	386(64.7%)	555(87.0%)	5(0.8%)	80(12.9%)
QUINTIL DE RIQUEZA					
Quintil superior	9586	10385(68.7%)	12199(82.9%)	204(1.3%)	3911(25.3%)
Cuarto quintil	12766	12605(67.8%)	13420(75.0%)	384(1.9%)	7875(41.2%)
Quintil intermedio	15632	10399(65.7%)	10628(68.4%)	405(2.1%)	8294(49.8%)
Segundo quintil	18101	8325(63.5%)	8052(64.5%)	410(2.7%)	7889(58.8%)
Quintil inferior	14853	6411(66.8%)	5436(55.4%)	341(3.5%)	6880(69.3%)

AREA DE RESIDENCIA					
Urbano	54056	11972(69.9%)	13675(81.2%)	254(1.5%)	4798(27.3%)
Rural	16882	36153(65.6%)	36060(65.5%)	1490(2.6%)	30051(55.5%)
REGIÓN NATURAL					
Selva	17362	12011(70.1%)	12254(72.3%)	572(3.3%)	10537(59.41%)
Sierra	21073	15133(69.7%)	16308(76.4%)	437(2.0%)	7348(38.7%)
Resto Costa	22346	14562(64.0%)	14802(68.1%)	463(2.0%)	10903(45.7%)
Lima metropolitana	10157	6419(64.5%)	6371(61.4%)	272(2.6%)	6061(59.3%)

Tabla 2. Análisis bivariado de las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE VIH			DE	CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO DE ADQUIRIR EL VIH			CONOCIMIENTO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH			CONOCIMIENTO DE OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
	RP c	IC 95%	p valor		RP c	IC95%	p valor	RP c	IC95%	p valor	RP c	IC95%	p valor
EDAD													
40 a 49	1.12	1.10 - 1.14	<0.01	1.30	1.25 - 1.35	<0.01	1.58	1.34 - 1.87	<0.01	1.29	1.26 - 1.32	<0.01	
30 a 39	1.14	1.12 - 1.16	<0.01	1.29	1.25 - 1.34	<0.01	1.76	1.49 - 2.07	<0.01	1.45	1.41 - 1.49	<0.01	
21 a 29	1.12	1.10 - 1.14	<0.01	1.20	1.16 - 1.25	<0.01	1.70	1.44 - 2.00	<0.01	1.39	1.36 - 1.41	<0.01	
12 a 20	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			
ESTADO CIVIL													
Divorciada/separada/viuda	1.05	1.03 - 1.07	<0.01	1.00	0.96 - 1.03	0.881	1.14	0.98 - 1.33	0.084	1.05	1.03 - 1.08	<0.01	
Casada/Conviviente	1.10	1.09 - 1.12	<0.01	0.93	0.91 - 0.95	<0.01	1.00	0.89 - 1.10	0.849	0.97	0.96 - 0.99	0.002	
Soltera	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			
NIVEL EDUCATIVO													
Superior	1.04	0.97 - 1.11	0.307	3.18	2.51 - 4.02	<0.01	4.24	1.60 - 11.28	0.004	6.18	4.79 - 7.96	<0.01	
Secundaria	1.00	0.94 - 1.07	0.952	2.03	1.60 - 2.56	<0.01	1.84	0.69 - 4.91	0.222	3.52	2.73 - 4.54	<0.01	
Primaria	1.08	1.01 - 1.16	0.030	1.25	0.98 - 1.59	0.071	0.85	0.31 - 2.34	0.750	1.51	1.16 - 1.95	0.002	
Sin educación	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			
QUINTIL DE RIQUEZA													
Quintil superior	0.98	0.96 - 0.99	0.009	2.61	2.48 - 2.75	<0.01	2.60	2.12 - 3.20	<0.01	2.87	2.76 - 2.99	<0.01	
Cuarto quintil	0.92	0.91 - 0.94	<0.01	2.07	1.96 - 2.18	<0.01	2.03	1.64 - 2.50	<0.01	2.43	2.33 - 2.53	<0.01	
Quintil intermedio	0.96	0.94 - 0.98	<0.01	1.84	1.74 - 1.94	<0.01		1.23 - 1.91	<0.01	2.04	1.95 - 2.13	<0.01	

Segundo quintil	0.99	0.97 - 1.00	0.115	1.43	1.35		1.53	1.06 - 1.67	0.015	1.67	1.60 - 1.74	<0.01	
Quintil inferior	Ref.			Ref.		<0.01	1.33			Ref.			
ÁREA DE RESIDENCIA													
Urbano	0.94	0.92 - 0.95	<0.01	1.84	1.76 - 1.92	<0.01	1.70	1.43 - 2.03	<0.01	2.09	2.01 - 2.16	<0.01	
Rural	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			
REGIÓN NATURAL													
Sierra	1.07	1.06 - 1.09	<0.01	0.61	0.59	<0.01	0.75	0.65 - 0.86	<0.01	0.66	0.64 - 0.67	<0.01	
Resto Costa	0.99	0.98 - 1.01	0.183	0.81	0.78 - 0.83	<0.01	0.77	0.68 - 0.87	<0.01	0.75	0.74 - 0.77	<0.01	
Lima Metropolitana	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			
Selva	1.09	1.07 - 1.11	<0.01	0.68	-0.71 -0.63	0.66	<0.01	1.22	1.06 - 1.41	0.007	0.96	0.94 - 0.98	<0.01

Tabla 3. Análisis multivariado de las variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

VARIABLES	CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE VIH			CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO DE ADQUIRIR EL VIH VERTICAL DE VIH			CONOCIMIENTO DE TRANSMISIÓN			CONOCIMIENTO DE OTRAS ITS SOCIODEMOGRÁFICAS		
	RP a	IC 95%	p valor	RP a	IC 95%	p valor	RP a	IC 95%	p valor	RP a	IC 95%	p valor
EDAD												
40 a 49	1.07	1.05 - 1.10	<0.01	1.28	1.23 - 1.34	<0.01	1.40	1.13 - 1.72	0.002	1.19	1.15 - 1.22	<0.01
30 a 39	1.09	1.07 - 1.12	<0.01	1.25	1.20 - 1.30	<0.01	1.47	1.21 - 1.78	<0.01	1.28	1.25 - 1.32	<0.01
21 a 29	1.08	1.06 - 1.11	<0.01	1.09	1.04 - 1.13	<0.01	1.31	1.09 - 1.58	0.004	1.17	1.14 - 1.20	<0.01
12 a 20	Ref.						Ref.			Ref.		
ESTADO CIVIL												

Divorciada/separada/viuda	1.02	1.00 - 1.04	0.076	0.95	0.91 - 0.98	0.004	1.11	0.94 - 1.32	0.231	1.05	1.03 - 1.08	<0.01
Casada/Conviviente	1.06	1.04 - 1.08	<0.01	0.93	0.90 - 0.95	<0.01	1.00	0.87 - 1.14	0.942	1.02	1.00 - 1.04	0.016
Soltera	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
NIVEL EDUCATIVO												
Superior	1.09	1.02 - 1.17	0.016	2.46	1.94 - 3.11	<0.01	4.05	- 10.82	0.005	4.84	3.79 - 6.20	<0.01
Secundaria	1.07	0.99 - 1.14	0.075	1.78	1.41 - 2.25	<0.01	2.00	1.51 - 5.34	0.166	3.12	2.44 - 3.99	<0.01
Primaria	1.09	1.01 - 1.16	0.021	1.20	0.95 - 1.53	0.126	0.83	0.75 - 0.30 - 2.27	0.709	1.40	1.09 - 1.80	0.008
Sin educación	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
QUINTIL DE RIQUEZA												
Quintil superior	1.05	1.02 - 1.08	0.001	1.53	1.41 - 1.64	<0.01	1.56	1.19 - 2.04	0.001	1.58	1.51 - 1.66	<0.01
Cuarto quintil	0.99	0.97 - 1.02	0.557	1.33	1.24 - 1.43	<0.01	1.34	1.03 - 1.76	0.033	1.46	1.39 - 1.53	<0.01
Quintil intermedio	1.03	1.00 - 1.05	0.049	1.29	1.21 - 1.38	<0.01	1.12	0.86 - 1.46	0.406	1.34	1.28 - 1.41	<0.01
Segundo quintil	1.03	1.01 - 1.06	0.006	1.13	1.06 - 1.21	<0.01	1.05	0.82 - 1.35	0.691	1.22	1.16 - 1.27	<0.01
Quintil inferior	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
ÁREA DE RESIDENCIA												
Urbano	0.96	0.94 - 0.98	<0.01	1.04	0.98 - 1.10	0.216	1.00	0.80 - 1.25	0.994	1.21	1.16 - 1.26	<0.01
Rural	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
REGIÓN NATURAL												
Selva	1.08	1.06 - 1.10	<0.01	0.98	0.94 - 1.02	0.351	2.05	1.75 - 2.42	<0.01	1.52	1.49 - 1.56	<0.01
Sierra	1.07	1.05 - 1.08	<0.01	0.75	0.73 - 0.78	<0.01	0.99	0.86 - 1.14	0.912	0.87	0.85 - 0.88	<0.01
Resto Costa	0.99	0.96 - 1.01	0.184	0.91	0.89 - 0.94	<0.01	0.92	0.81 - 1.05	0.224	0.87	0.86 - 0.89	<0.01
Lima Metropolitana	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		

