

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y  
ACTITUDES HACIA EL VIH EN MUJERES DE 15 A 49  
AÑOS SEGÚN ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE  
SALUD FAMILIAR DEL 2019**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER**

**CARLOS FERNANDO ANTONIO ROJAS CHÁVEZ**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO (A)  
CIRUJANO (A)**

**ASESOR**

**WILLER DAVID CHANDUVÍ PUICÓN**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **AGRADECIMIENTO**

Chaque personne qui m'entoure a été un cadeau du ciel. Ils connaissent leur rôle pendant ma formation académique. Je me souviens de chaque geste de leur gentillesse. Je sais qu'une petite dédicatoire ne sera jamais suffisant pour tout ce qu'avais fait pour moi. Alors que je continue sur ce chemin, je penserai toujours à vous. Merci pour tout.

## DEDICATORIA

*Lass dir Alles geschehn:  
Schönheit und Schrecken.  
Man muss nur gehn: Kein  
Gefühl ist das fernste.*

*Deja que todo te pase, la  
belleza y el terror. Solo sigue  
andando. Ningún sentimiento  
es definitivo.*

*Rainer Maria Rilke, 4.10.1899,  
Berlin-Schmargendorf.*

## RESUMEN

**Introducción:** El VIH es una enfermedad presente desde hace 40 años, que produjo cambios en los sistemas de salud a nivel global. El adecuado conocimiento sobre el VIH mediante la aplicación de las medidas de prevención disminuye la transmisión de esta enfermedad y una actitud no discriminatoria hacia el VIH evitará que la persona acepte algún acto de discriminación hacia si misma o hacia otras personas. Es necesario conocer el panorama de la situación actual del país y mejorar los programas de prevención.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre conocimiento y actitud hacia el VIH con factores sociodemográficos en mujeres peruanas de 15 a 49 años, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019.

**Material y métodos:** Este estudio es observacional, analítico, retrospectivo, y transversal. Se utilizó la base de datos de ENDES 2019, obteniéndose una muestra de 32150 participantes. Para elaborar la analítica de la base de datos se usó el software SPSS 26.0 y STATA 15.

**Resultados:** Se encuentra una asociación entre un adecuado conocimiento sobre el VIH en las mujeres de 40 a 49 años (RP=1.31; IC 95%: 1,09-1,56), de áreas urbanas (RP=1.21; IC 95%: 1,05-1,41), con instrucción superior (RP=3.76; IC 95%: 3,03-4,66) y del estrato económico más rico (RP=1.62; IC 95%: 1,33-1,97). Asimismo, se encuentra una asociación entre una actitud no discriminatoria hacia el VIH en las mujeres de 40 a 49 años (RP=1.20; IC 95%: 1,10-1,32), de áreas urbanas (RP=1.21; IC 95%: 1,11-1,31), con instrucción superior (RP=2.20; IC 95%: 1,97-2,46) y del estrato económico más rico (RP=1.46; IC 95%: 1,31-1,63).

**Conclusiones:** Hay una relación entre el adecuado conocimiento y la actitud no discriminatoria hacia el VIH en las mujeres de 40 a 49 años, de áreas urbanas, con instrucción superior y del estrato económico más rico.

**Palabras claves (DeCS):** Infecciones por VIH, conocimiento, Actitudes, mujeres.

## ABSTRACT

**Introduction:** HIV is a disease that has been present for 40 years, which had produced changes in health systems worldwide. Adequate knowledge about HIV through the application of prevention measures reduces the transmission of this disease and a non-discriminatory attitude towards HIV will prevent the person from accepting any act of discrimination against himself or other people. It is necessary to know the panorama of the current situation in the country and improve prevention programs.

**Objective:** Determine the association between knowledge and attitude towards HIV with sociodemographic factors in Peruvian women aged 15 to 49, according to the 2019 Demographic and Family Health Survey (ENDES).

**Material and methods:** This study is observational, analytical, retrospective, and cross-sectional. The ENDES 2019 database was used, obtaining a sample of 32150 participants. SPSS 26.0 and STATA 15 software were used to prepare the analysis of the database.

**Results:** There are an association is found between adequate knowledge about HIV in women aged 40 to 49 years (PR = 1.31; 95% CI: 1.09-1.56), from urban areas (PR = 1.21; 95% CI: 1.05-1.41), with higher education (PR = 3.76; 95% CI: 3.03-4.66) and from the richest class (PR = 1.62; 95% CI: 1.33-1, 97). Likewise, an association is found between a non-discriminatory attitude towards HIV in women aged 40 to 49 years (PR = 1.20; 95% CI: 1.10-1.32), from urban areas (PR = 1.21; 95% CI). %: 1.11-1.31), with higher education (PR = 2.20; 95% CI: 1.97-2.46) and from the richest class (PR = 1.46; 95% CI: 1.31-1.63).

**Conclusions:** There is a relationship between adequate knowledge and non-discriminatory attitude towards HIV in women aged 40-49 years, from urban areas, with higher education and from the wealthiest class.

**Keywords (MESH):** HIV, Knowledge, Attitudes, woman.

# INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad que aparece en los albores del proceso de globalización. Esta enfermedad presentó las falencias tanto de instituciones como de individuos; sin embargo, se permitió una oportunidad de trabajar en conjunto, tanto para las instituciones gubernamentales como para la población en general.<sup>1</sup> Si bien ya son más de 40 años los que lleva esta enfermedad siendo documentada, los avances que se han dado en conjunto aún no logran encontrar una respuesta hacia esta enfermedad.<sup>2</sup> No obstante, con el paso del tiempo, no sólo han mejorado la calidad de vida los pacientes, sino que se fueron eliminando los tabúes que existían hacia esta condición.<sup>3</sup>

En el mundo viven 38 millones de personas reportadas con VIH, y 134619 personas reportadas con VIH en el Perú.<sup>4</sup> Es evidente que la proporción de casos reportados sigue siendo mayoritariamente masculina, con una proporción 4 a 1 con relación a las mujeres.<sup>4</sup> Sin embargo, con el paso de los años se ha evidenciado un crecimiento significativo del número de casos reportados en mujeres.<sup>5</sup>

Existen registros documentales que evidencian la dificultad de las mujeres para acceder a los servicios básicos de salud.<sup>6</sup> Esta disparidad se pronuncia aún más en las mujeres de escasos recursos económicos, migrantes y con alguna discapacidad.<sup>6</sup> La falta de conocimiento y los tabúes respecto a una condición médica modifican la actitud que se esperaría de una persona que tiene comprometida su salud. Si bien en un inicio había una ausencia de información sobre esta condición, hoy en día se busca que la información existente pueda ponerse a disposición del mayor número de personas, porque solo conociendo esta enfermedad, uno podrá tomar las decisiones que permitan erradicarla.<sup>3</sup>

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) contiene información relacionada a todo el entorno de la entrevistada y su familia, sean características sociales, demográficas, económicas y sanitarias. Esta información es la más actualizada del país, abarcando el tópico sociodemográfico y epidemiológico que se necesitan actualmente para realizar esta investigación. Sin embargo, en el

Perú se carecen de estudios que pueda identificar los factores asociados al conocimiento y actitud hacia el VIH en las mujeres peruanas de 15 a 49 años. Realizar este trabajo permitirá conocer cuál es la situación actual en este país.

Este estudio está constituido por seis capítulos: En el Capítulo I veremos la situación actual del VIH en nuestro país, la justificación del estudio y los objetivos. El Capítulo II trataremos tanto los antecedentes nacionales e internacionales con relación al VIH y el marco teórico. En el Capítulo III se exponen las hipótesis y variables. En el Capítulo IV se desarrolla la metodología del estudio. En el Capítulo V se muestran los resultados y discusión de estos. Finalmente, en el Capítulo VI se dan las conclusiones y recomendaciones de este estudio.

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	2
DEDICATORIA .....	3
RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	10
1.1 Planteamiento del problema .....	10
1.2 Formulación del problema .....	12
1.3 Justificación del Estudio .....	13
1.4 Delimitación .....	14
1.5 Viabilidad .....	15
1.6 Objetivos .....	15
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES .....	16
2.1 Antecedentes de la Investigación .....	16
2.2 Bases teóricas .....	21
2.3 Definiciones conceptuales .....	27
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	28
3.1 Hipótesis de investigación .....	28
3.2 Variables de investigación .....	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....	29
4.1 Diseño de estudio .....	29
4.2 Población y muestra .....	29
4.3 Variables del estudio .....	31
4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos .....	32



4.5 Procesamiento de datos y plan de análisis .....	34
4.6 Aspectos éticos de la investigación .....	35
4.7 Limitaciones de la investigación .....	35
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
5.1 RESULTADOS .....	37
5.2 DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES .....	54
RECOMENDACIONES .....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	62

# **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 Planteamiento del problema**

A inicios de 1980, la sociedad occidental se encontraba en un claro proceso de industrialización a nivel global, esto se vio reflejado en cada uno de los aspectos de la vida cotidiana<sup>1</sup>. El campo médico no estaba exento de este proceso y para ese momento se encontraba en un proceso de investigación y documentación a nivel global de la situación de salud, porque contaba en ese momento con una gama de antibióticos de amplio espectro que permitían manejar las enfermedades infecciosas documentadas hasta la fecha.<sup>7</sup> Sin embargo, fue un reporte elaborado por el CDC<sup>8</sup> en la ciudad de Los Ángeles y publicado el 5 de junio de 1981 el que cambiaría el curso de la sociedad actual.

El VIH no solo logró exponer las falencias que el sistema de salud presentaba, sino también la discriminación hacia los individuos que eran diagnosticados con esta enfermedad<sup>1</sup>. Cada nación presentó esta similitud, con un patrón determinado conforme iba avanzando esta enfermedad.<sup>2</sup> Sin embargo, la aparición del VIH logró establecer nuevos lineamientos y acciones de cooperación tanto gubernamental como no gubernamental a nivel global.

Desde que se documentó epidemiológicamente esta enfermedad hasta la actualidad, se ha constatado un crecimiento exponencial del número de casos. Según ONUSIDA<sup>9</sup>, hasta el año 2019 existen 38 millones de personas a nivel global viviendo con el virus del VIH, de este total 2,1 millones de personas se encuentran en Latinoamérica. En Perú, hasta el año 2020, el Centro de Prevención y Control de Enfermedades registra a 134, 619 personas notificadas con VIH.

El primer caso de VIH en mujeres fue documentado en Estados Unidos en agosto de 1981<sup>10</sup>. A pesar de que la población femenina infectada con VIH iba en aumento conforme pasaban los años, no existió interés para crear políticas o respuestas clínicas adecuadas a las situaciones específicas que enfrentaban estas mujeres<sup>11</sup>. A esto, se debe sumar la información inexacta sobre la

transmisión del VIH que eran difundidas por los medios de comunicación.<sup>7</sup> También se evidenció que no existió el interés por las autoridades gubernamentales para investigar los cofactores de contagio en mujeres pertenecientes a minorías durante la década de los 80.<sup>2</sup>

Está documentado la dificultad de las mujeres de países en vías de desarrollo para poder tener acceso a servicios básicos de salud.<sup>12</sup> Esta disparidad se pronuncia aún más en mujeres con escasos recursos económicos, mujeres: migrantes, mayores y con alguna discapacidad. Asimismo, la misma estigmatización hacia los pacientes infectados, dificultó todo diálogo relacionado al VIH en mujeres.<sup>6</sup> Esto dio como resultado información inexacta y mitos sobre una condición que llegó a ser encasillada como tabú<sup>13</sup>. Como ejemplo de esta brecha de acceso a la información se ha constatado que muchas mujeres monógamas lleguen a conocer sobre su estatus de VIH durante el embarazo<sup>14</sup>.

A nivel nacional, los 2 primeros casos de VIH en mujeres se registraron en la ciudad de Lima en 1986<sup>1</sup>. Si bien el número de casos en mujeres exponencialmente era menor en comparación de los hombres esto no significó un aumento estacionario, pero si un crecimiento lento pero exponencial, según pasaban los años<sup>1</sup>. Por un lado, las instituciones gubernamentales no prestaron interés para responder a esta nueva situación; sin embargo, la sociedad calificó a estas mujeres como “víctimas inocentes” de esta enfermedad<sup>2</sup>.

La investigación permitió abrir un mejor horizonte a los pacientes e instituciones para mitigar los efectos de la enfermedad. Esta condición no solo está regida por su manejo clínico sino también por la facilidad con la que se accede y difunde la información hacia la población. Uno de los primeros ejemplos documentados a nivel nacional corresponde a los resultados dados en la primera Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en 1996<sup>1</sup>, donde a pesar de que un 89% de mujeres habían oído sobre el VIH, solo el 22% no sabía cómo se evitaba contraerla. Desde un punto de vista estadístico, hasta el año 2019<sup>4</sup>, 1644 mujeres fueron notificadas con VIH en el país, mientras que el número de nuevas notificaciones ha ido aumentando anualmente. Los aspectos demográficos del VIH demuestran que la población entre 15 a 49 años presentan una mayor prevalencia hacia la

enfermedad y tienen más contacto con personas que viven con esta enfermedad.<sup>15</sup> Las mujeres representan un 20% de los casos notificados a nivel nacional<sup>4</sup>. Tenemos que asumir que la mujer cumple un rol importante en la sociedad y no solo es madre o responsable de la crianza de niños, como también cuidadora, protectora y proveedora de la vida familiar.<sup>12</sup> La información que ellas conozcan y den a conocer en ese entorno, tendrá una mejor difusión.<sup>16</sup>

Conocer a nivel nacional cuáles son los factores asociados al conocimiento y actitudes hacia el VIH en las mujeres durante el año 2019 permitirá tener una visión más amplia de la situación actual que el país presenta. Esta investigación no solo se basará en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del 2019 sino que aplicará los lineamientos establecidos por el Manual de Monitoreo Global del SIDA<sup>3</sup>, donde se exponen los objetivos que permitan documentar el manejo tanto a nivel local como a nivel global de la enfermedad. Un adecuado conocimiento sobre el VIH permitirá a la población saber cómo protegerse ante esta enfermedad<sup>17</sup>; mientras que, una actitud no discriminatoria hacia el VIH evitará cualquier forma de discriminación hacia sí mismo o hacia otros, permitiendo un mejor manejo de la epidemia. Ambas características son medidas en base a los resultados de las preguntas que se encuentran en ENDES 2019.

En el país, existen trabajos realizados previamente, no obstante, casi la totalidad de ellos fueron desarrollados a nivel local y los escasos trabajos realizados con información a nivel nacional fueron desarrollados ya hace varios años atrás<sup>5,18</sup>. El VIH es actualmente una condición conocida y difundida a nivel global. No obstante, a pesar de todo lo que se ha ido logrando como sociedad aún no se logran mitigar los efectos que desde hace 40 años el VIH viene generando en la población mundial.

## **1.2 Formulación del problema**

Teniendo en cuenta lo antes planteado, desprendemos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la asociación entre conocimiento y actitud hacia el VIH con factores sociodemográficos en mujeres peruanas de 15 a 49 años, según la Encuesta Demográfica de Salud y Familiar (ENDES) del 2019?

### **1.3 Justificación del Estudio**

El VIH es un problema latente en muchas naciones, si bien ya hay gobiernos que han logrado eliminar las barreras que permitan el acceso no solo a un tratamiento efectivo sino también a una información precisa sobre las formas de transmisibilidad de la enfermedad, aún hay muchos países<sup>19</sup> que o bien carecen de políticas propias para sensibilizar sobre esta enfermedad o en otro extremo dependen de la ayuda externa para poder financiar los costos de los programas de sensibilización.

ONUSIDA, es una organización perteneciente a las Naciones Unidas que desarrolló una estrategia con el fin de erradicar la epidemia del VIH al 2030, esta estrategia corresponde al 90-90-90<sup>20</sup>; donde se busca lograr que un 90% de las personas infectadas conozcan su estado serológico, un 90% de estas reciban terapia antirretroviral continua y un 90% de ellos tengan supresión viral. Para lograr este objetivo ambicioso, es necesario continuar trabajando de manera conjunta e interdisciplinaria entre organismos nacionales y supranacionales y no solo enfocarse en el manejo terapéutico, sino poseer una visión que abarque cada aspecto que se desarrolla alrededor de esta epidemia<sup>21</sup>.

El manejo de esta enfermedad debe enfocarse en 2 aspectos vitales para poder lograr el éxito de esta estrategia: El nivel de conocimiento sobre el VIH y las actitudes hacia las personas con VIH.

Es inaceptable saber que la discriminación hacia las personas que viven con VIH es la principal barrera que existe no solo para que estas personas puedan seguir participando de las actividades dentro de su comunidad sino también hacia el acceso a un correcto asesoramiento y manejo terapéutico de su condición<sup>1</sup>.

Privar a las personas de sus derechos dentro de su comunidad sólo por su estatus de seropositividad exacerba la epidemia del VIH<sup>3</sup>. Al cuantificar la actitud

que puedan tomar los encuestados hacia situaciones que propicien la discriminación de las personas infectados con VIH ,se permitirá saber cuáles serán las acciones que una entidad gubernamental o no gubernamental podrá tomar para saber cómo implementar a sus campañas de concientización en una comunidad<sup>5</sup>.

Al Realizar este estudio de investigación en la población femenina, enfocándose en los 2 puntos mencionados previamente servirá para constatar cómo la sociedad peruana ha respondido ante este problema de impacto global que no deja de socavar el desarrollo humano.

#### **1.4 Delimitación**

1. Este estudio de investigación está dentro de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud del Perú 2019-2023 elaborado por el Instituto Nacional de Salud y aprobado mediante la Resolución ministerial N.º 658-2019/ MINSa. La prioridad de salud que este trabajo corresponde al sexto lineamiento: Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.
2. Este estudio de investigación está delimitado por La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019.
3. Este estudio de investigación se encuentra delimitado dentro de la especialidad médica de Salud Pública.
4. La delimitación espacial de este estudio utilizó la información recolectada en ENDES 2019 que se realizó en zonas urbanas y rurales de las 24 regiones del país y la Provincia Constitucional del Callao.
5. La delimitación temporal de este estudio comprendió el periodo de febrero hasta diciembre del año 2019.
6. La realización de esta investigación contó con asesoramiento de un especialista calificado.

## **1.5 Viabilidad**

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) es elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y fue llevada a cabo por personal previamente capacitado y siguiendo un protocolo establecido. La base de datos de ENDES 2019 se encuentra disponible en la página web del INEI en la sección de Microdatos. Esta base es de libre acceso, pues tiene como propósito principal difundir y promover la investigación <sup>22</sup>.

## **1.6 Objetivos**

### **General**

Determinar la asociación entre conocimiento y actitud hacia el VIH con factores sociodemográficos en mujeres peruanas de 15 a 49 años, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019.

### **Específicos**

1. Determinar la asociación entre las mujeres de 20 a 29 años con el adecuado conocimiento y la actitud no discriminatoria hacia el VIH.
2. Determinar la asociación entre el grado de instrucción y el adecuado conocimiento sobre el VIH.
3. Determinar la asociación entre el lugar de residencia y la actitud no discriminatoria hacia el VIH.

## **CAPÍTULO II: ANTECEDENTES**

### **2.1 Antecedentes de la Investigación**

#### **Antecedentes Internacionales**

El estudio de Teshome R. y col.<sup>23</sup> “Comparison and Association of Comprehensive HIV/AIDS Knowledge and Attitude towards people Living with HIV/AIDS among Women Aged 15-49 in Three East African Countries: Burundi, Ethiopia and Kenya” del año 2016 usando las encuestas demográficas de los mencionados países en los periodos 2009, 2010 y 2011, donde se seleccionó a un total de 34,384 mujeres entre 15 a 49 años. Este estudio fue retrospectivo, transversal y sin intervención. Se determinó que tener conocimiento sobre el VIH está asociado con las mujeres mayores de 40 años (OR=1.33; IC 95%: 1,24-1,67) y de áreas urbanas (OR=1.43; IC 95%: 1,24-1,65). Asimismo, se determinó una relación en tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH en las mujeres del estrato económico más rico (OR=3.31; IC 95%: 2,71-4,05) y con educación secundaria OR=2.54; IC 95%: 2,17-2,98). Se concluye que la actitud hacia el VIH en las mujeres es adecuada, aunque el conocimiento sobre el VIH sigue siendo bajo. Recomiendan que las siguientes intervenciones deben estar enfocadas en la población rural.

El estudio de Van Huy N. y col.<sup>24</sup> “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?” del año 2016 con información recopilada del Censo Nacional Demográfico de Vietnam de los años 2000 y 2011 donde se seleccionó a una población de 30,202 mujeres entre 15 a 45 años. Este estudio fue retrospectivo, transversal y sin intervención. Se encontró una relación entre el adecuado conocimiento sobre el VIH y la actitud no discriminatoria hacia el VIH, aunque con una baja prevalencia. Se encontró una relación entre tener un adecuado conocimiento sobre el VIH y las mujeres de áreas urbanas (OR=3.01), con educación superior (OR=1.27) y del estrato económico más rico (OR=1.88). Se concluyó que las políticas de



salud deben enfocarse en las áreas rurales, por haber mostrado los más bajos niveles de prevalencia.

El estudio de Ankunda D y col.<sup>25</sup> “Determinants of comprehensive knowledge of HIV/AIDS among women of the reproductive age (15-49) in Uganda” del año 2017 usando la Encuesta Demográfica de Uganda del año 2011 que fue conformado por 8674 mujeres entre 15 y 49 años. Este estudio fue retrospectivo, transversal y sin intervención. Se determinó una relación entre el adecuado conocimiento sobre el VIH y las mujeres de 45 a 49 años (OR= 1.46; IC 95%:1,10- 1,92), con instrucción superior (OR= 3.6; IC 95%: 2,86-4,58) y del estrato económico más rico (OR= 1.28; IC 95%: 1.09-1.51). Asimismo, se encontró que no relación entre el adecuado conocimiento sobre el VIH y el lugar de residencia (OR= 0.91 IC 95%: 0.77-1.09). Se concluye que los programas de prevención para mejorar el conocimiento integral sobre VIH deben estar dirigidos a mujeres: menores de 19 años, de áreas rurales, pobres y sin educación.

El estudio de Haque A. y col.<sup>26</sup> “Factors associated with knowledge and awareness of HIV/AIDS among married women in Bangladesh: evidence from a nationally representative survey” del año 2018 usando la Encuesta Demográfica de Bangladesh del año 2014 que fue conformado por 12593 mujeres mayores de 15 años. Este estudio fue retrospectivo, transversal y sin intervención. Se encontró una relación entre el adecuado conocimiento sobre el VIH y las mujeres con educación superior (OR=3.56; IC 95%: 2,99-4,23) y de áreas urbanas (OR=1.22; IC 95%: 1,11-1,33). Se observó que los mejores resultados eran obtenidos por mujeres jóvenes, de áreas urbanas, con educación superior y que trabajaban fuera del hogar. Concluyendo que se debe implementar programas educativos relacionados con el VIH / SIDA en el plan de estudios para garantizar una estandarización de esos conocimientos a nivel nacional.<sup>26</sup>

El estudio de Yaya S. y col.<sup>27</sup> “Knowledge and attitude of HIV/AIDS among women in Nigeria: a cross-sectional study” del año 2018 usando la Encuesta Nacional Demográfica de Nigeria del año 2013 donde participaron 38948 mujeres entre 15 y 49 años. Este estudio fue retrospectivo, transversal y sin intervención. Se encontró una relación entre las mujeres con educación superior a tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (OR=2.67; IC 95%: 2,50–2,86)

y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (OR:1.80; IC 95%: 1,73–1,88). Asimismo, hay una relación entre las mujeres del estrato económico más rico a tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (OR=2.50; IC 95%: 2,34–2,66) y tener actitud hacia el VIH (OR=1.41 IC 95%: 1.35–1.46). Aunque, se determina que no hay asociación en las mujeres de áreas rurales con tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (OR=0.86; IC 95%: 0.83–0.89) y tener actitud hacia el VIH (OR= 0.91; IC 95%: 0.89–0.93). Los autores concluyen que se necesita poner atención en todos los niveles de la población para mejorar la respuesta de la sociedad ante el VIH/SIDA.

El estudio de Zarei E.y col.<sup>28</sup> “Knowledge of and attitudes toward HIV/AIDS among Iranian women” del año 2018 usando la Encuesta Nacional Demográfica de Irán del año 2015 conformado por 42360 mujeres entre 15 a 49 años. Este estudio fue retrospectivo, observacional y transversal. Se determinó una relación entre tener un conocimiento sobre el VIH y las mujeres del estrato económico más rico (OR, 1,37; IC del 95%, 1,22 a 1,55;) y con instrucción superior (OR, 4,24; IC 95%: 3,72-4,48). Asimismo, se encontró una relación entre una actitud no discriminatoria hacia el VIH con las mujeres de áreas urbanas (OR=1,18; IC 95%: 1,00-1,40) y del estrato económico más rico (OR=1,33; IC 95%: 1,06-1,68). Concluyendo que la baja prevalencia de aceptación hacia personas con VIH/SIDA es por la escasa información otorgada hacia las encuestadas.

El estudio de Kasymova S.<sup>29</sup> “Awareness and knowledge about HIV/AIDS among women of reproductive age in Tajikistan” del año 2019 usando la Encuesta Nacional Demográfica de Tajikistan de los años 2012-2017 y conformada por 716 mujeres entre 15 y 49 años. Este estudio fue retrospectivo, observacional y transversal. Se determinó una relación entre tener un adecuado conocimiento sobre el VIH en las mujeres mayores de 40 años (OR=1.01; IC 95%: 1.01–1.02), con instrucción superior (OR 3.50; IC del 95%: 2,58–4,74) y del estrato económico más rico (OR=1.21; IC 95%: 1,04–1,41). Tener una actitud no discriminatoria hacia VIH está relacionado con mujeres del estrato económico más rico (OR=1.55; IC 95%: 1,37–1,75). No obstante, no se encuentra relación entre en las mujeres de áreas rurales con tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (OR=0.94; IC 95%: 0.83–1.06) Concluyendo que estos resultados

pueden mejorar con la implementación de intervenciones de salud más agresivas.

El estudio de Agegnehu C. y col.<sup>30</sup> “Determinants of comprehensive knowledge of HIV/AIDS among reproductive age (15–49 years) women in Ethiopia: further analysis of 2016 Ethiopian demographic and health survey” del año 2020 usando los datos del Censo Nacional de Etiopía del año 2016 que fue conformado por 14,369 mujeres entre 15 a 49 años. Este estudio fue retrospectivo, transversal y sin intervención. Se encontró una relación entre tener un adecuado conocimiento sobre el VIH en las mujeres con instrucción superior (OR=4.07; IC 95%: 3,32–4,99) y del estrato económico más rico (OR=1.20; IC 95%: 1,01–1,43). Sin embargo, sólo el 25,2% tenía un adecuado conocimiento sobre el VIH/SIDA, concluyendo que los programas dedicados al VIH deben conocer el perfil de las mujeres sin un adecuado conocimiento sobre el VIH y trabajar activamente con los medios de comunicación para ampliar el rango de alcance de sus programas.

El estudio de Efendi y col.<sup>31</sup> “HIV-related knowledge level among Indonesian women between 15 years and 49 years of age” del año 2020 con información recopilada del Censo Nacional Demográfico de Indonesia del año 2016 que fue conformado por 45069 mujeres entre 15 y 49 años. Este estudio fue retrospectivo, transversal y sin intervención. Se encontró una relación entre un adecuado conocimiento sobre el VIH con las mujeres entre 30 y 34 años (OR= 2.21; IC 95%: 1,98–2,45) y de áreas urbanas (OR= 1.84; IC 95%: 1,73–1,95). No obstante, no se encontró una relación entre tener un adecuado conocimiento sobre el VIH y el grado de instrucción (OR=0.23; IC 95%: 0,18–0,28). Se concluye que las mujeres indonesias no tienen un adecuado conocimiento sobre el VIH y que es necesario mejorar las políticas de salud en las áreas rurales.

El estudio de Mude y col.<sup>32</sup> “HIV/AIDS knowledge and attitudes assessment among women of child-bearing age in South Sudan: Findings from a Household Survey” del año 2020 usando la Encuesta Demográfica Nacional de Sudan del Sur del año 2010, donde se seleccionó a 9069 mujeres entre 15 y 49 años. Este estudio fue retrospectivo, transversal y sin intervención. Se determinó que sólo el 22% de los participantes tienen un adecuado conocimiento sobre el VIH/SIDA

y mostraban una actitud adecuada hacia el VIH/SIDA. Se encontró una relación entre tener un adecuado conocimiento sobre el VIH con las mujeres de 20 a 24 años (OR=1.28; 95% IC: 1,01-1.62), con instrucción secundaria (OR=4,48; 95% IC: 3.38–5.93) y de áreas urbanas (OR=1.40; 95% IC: 1.12-1.76). Asimismo, hay una relación entre las mujeres del estrato económico más rico y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (OR = 1,60; 95% IC: 1.08-2.36). El estudio concluye que es necesario dirigir campañas de concientización sobre VIH/SIDA a las mujeres sin educación y en entornos rurales.

### **Antecedentes Nacionales**

La tesis de Pernaz L. y col.<sup>33</sup> “Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA” del año 2015 usando los resultados de la Encuesta Nacional Demográfica en Salud (ENDES) conformada por 25,483 mujeres de 15 a 49 años. Este estudio fue retrospectivo, observacional y transversal. Se encontró una relación entre tener un adecuado conocimiento sobre el VIH en mujeres con instrucción superior (OR= 30.17; IC 95%: 18,59-48,98) y del estrato económico más rico (OR= 2.25; IC 95%: 1,71-2,97). Asimismo, se encontró una relación entre tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH y las mujeres con instrucción superior (OR=5.91; IC 95%: 4,04-8,63) y dentro del estrato económico más rico (OR=3.03; IC 95%: 2,24-4,11). Se concluye que el nivel de conocimiento y actitud hacia el VIH de la mujer peruana de 15 a 49 años no es bueno, lo que puede Interpretarse como una deficiente preparación para enfrentarse a la epidemia

La tesis de Agurto J.<sup>34</sup> “Conocimientos y actitudes del VIH/SIDA en mujeres en edad fértil que se atienden por primera vez en el EE. SS I-3 de Villa Primavera-Sullana, enero-abril, año 2020” en el año 2020 con información recopilada en el primer trimestre del 2020, que estuvo conformada por la participación de 150 mujeres de 15 a 49 años de Sullana. El estudio fue descriptiva y transversal. Se obtuvo que un 73% y 87% de las participantes tienen un adecuado conocimiento y una actitud no discriminatoria hacia el VIH/SIDA. Concluyendo que existe una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), para los conocimientos y las actitudes del VIH/SIDA en mujeres en edad fértil.

## **2.2 Bases teóricas**

### **VIH**

#### **Definición**

El Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus de Ácido Ribonucleico (ARN), que infecta principalmente las células TCD<sup>4</sup> y los macrófagos; ambas células son factores importantes en la composición del sistema inmunitario celular. El daño a estas células genera una deficiencia de su función lo que lleva a una reducción progresiva de la respuesta del sistema inmunitario, o también llamado inmunodeficiencia.<sup>35</sup>

Las personas que presentan inmunodeficiencia son vulnerables a un amplio número de infecciones y cierto tipo de cánceres, la mayoría de estas condiciones son raras en personas que carecen de inmunodeficiencia.<sup>36</sup> Una enfermedad que está asociada a un estado de inmunodeficiencia grave se considera infección oportunista ya que aprovechan la ausencia de respuestas que suele dar el sistema inmunológico.<sup>11</sup>

#### **Historia del VIH**

La primera documentación del VIH se dio el 5 de junio de 1981 cuando tres investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, publicaron en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad del CDC de Atlanta, el informe de 5 casos de jóvenes homosexuales estudiados en 3 hospitales diferentes de la ciudad de Los Ángeles, que presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii*.<sup>37</sup> Los investigadores supusieron que posiblemente existiría una modificación celular que fue adquirida y no estaba descrita hasta ese momento, esto lo sustentaron al determinar una ausencia de los linfocitos TCD<sup>4</sup> en los pacientes. El doctor Spira recopiló 41 casos de varones homosexuales entre 1978 a julio de 1981 de California y Nueva York. Estos pacientes presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi. A partir de estas referencias, se comienza a reportar con una frecuencia mayor estos casos de similar naturaleza no solo en Estados Unidos sino en el resto de países del mundo.<sup>38</sup>

El VIH en el Perú presentó diferentes etapas desde su documentación.

Una primera etapa se presentó en el período entre los años 1983 y 1987, cuando se documentan los primeros casos y se acepta la existencia de la enfermedad en el país; esto llevó a la creación de organismos especializados por el estado. Estos años se caracterizaron por la mediatización del inmunólogo Raúl Patrucco, que documentó el primer caso de VIH en el Perú<sup>2</sup>

Una segunda etapa se inició en 1988 y culminó en 1996. Durante esos años se creó el Programa Especial de Control del SIDA (PECOS) y donde se reciben los primeros financiamientos internacionales y organismos no gubernamentales en el país dedicados a trabajar exclusivamente en esta enfermedad<sup>1</sup>.

Una tercera etapa se inició en 1996 con el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS)<sup>2</sup>. A partir de este momento, aparecen nuevas normativas y políticas que permitieron eliminar las barreras a los pacientes con VIH para acceder no solo a un tratamiento gratuito sino a información precisa sobre una enfermedad que se busca erradicar.

## **Epidemiología**

El VIH es una enfermedad presente en 38 millones de personas al 2019. Solo en el año 2018, 1,7 millones de personas dieron positivo a VIH. Además, 690,000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.<sup>3</sup> Si bien las mujeres no representan el porcentaje mayoritario de personas infectadas con VIH, en regiones como el África subsahariana ellas tienen una probabilidad de contraer la infección 1,5 veces mayor cuando han sufrido alguna forma de violencia física o sexual dentro de la pareja. A esto se suma que las nuevas infecciones de VIH están representadas en el 59% por mujeres.<sup>3</sup>

En el Perú, 134619 personas fueron reportadas con VIH desde que se documentó por primera vez en 1983.<sup>4</sup> Se considera que los hombres siguen representando casi el 80% de los casos con una proporción de 4 a 1 en relación a las mujeres. Tanto en hombre como en mujeres, la mayoría de los casos reportados se encuentran en personas entre los 15 a 49 años. <sup>4</sup>

La transmisión sexual representa el 97,66% de los casos, seguido por la transmisión vertical con 1,93% y finalmente la transmisión parenteral con 0,41%. En cuanto a la transmisión por contacto sexual, actualmente las relaciones homosexuales representan el mayor porcentaje de notificaciones de VIH desde el 2012; hasta antes de esa fecha, las notificaciones de transmisión por relaciones heterosexuales dominaban las estadísticas.<sup>4</sup>

La prevalencia del VIH por cada 100,000 habitantes en el Perú es de 0.3, mientras que la prevalencia de VIH en mujeres es 0.2; no obstante la prevalencia de VIH en mujeres que son víctimas de violencia aumenta a 10.8<sup>39</sup>.

### **Vías de contagio del VIH**

Desde que se empezó a documentar toda información relacionada con la historia natural del VIH, aparecieron muchas inexactitudes sobre las vías y formas de contagio<sup>7</sup>, siendo una de las más populares la creencia que los mosquitos pueden transmitir el VIH de un individuo portador a un individuo sano. Los artrópodos pueden propagar enfermedades, mecánicamente, mediante la simple transferencia de virus entre huéspedes a través de partes bucales contaminadas o, biológicamente, lo que requeriría la replicación del virus en los tejidos de los artrópodos (especialmente en las glándulas salivales).<sup>40</sup>

Sin embargo, hay factores que impiden que estos mecanismos puedan aplicarse con el VIH: El VIH necesita de un antígeno T4 para poder replicarse, antígeno que ni el mosquito, chinche, pulga u otro insecto chupador de sangre posee, por lo que en caso el artrópodo se alimentara de sangre con presencia de VIH, este virus no sobreviviría al carecer de antígenos que permitan su replicación.<sup>40</sup> Además es poco probable que el VIH sea transmitido por insectos porque succionan sangre e inyectan saliva, haciendo imposible su propagación de individuo en individuo.<sup>40</sup>

Otro de los preceptos erróneos presentados comúnmente como una vía de contagio del VIH fue el relacionado al contacto con objetos e ingesta de alimentos previamente utilizados y/o manipulados por una persona con VIH<sup>3</sup>. Ninguna de estas situaciones expone a un individuo al contagio de VIH pues este necesita de un antígeno T4 para poder replicarse, asimismo el tiempo de vida media del

virus no excede los 30 minutos con relación al tiempo de coagulación en caso este se encuentre en un medio externo.<sup>36</sup>

### **Transmisión sexual**

La transmisión sexual es la principal forma de contagio en el mundo.<sup>41</sup> Al igual que otras ETS, el VIH se contagia de forma bidireccional, El riesgo por acto sexual de la adquisición del VIH se ha estimado en 5/10 000 por coito vaginal sin protección y de 50/10 000 por coito anal sin protección.<sup>36</sup>

Existen factores que aumentan la infecciosidad y la susceptibilidad de la persona, como la coexistencia de una ETS (en especial la presencia de una enfermedad ulcerativa genital) y la carga viral de uno de los individuos contagiados.<sup>7</sup> Solo existe una manera absoluta de prevenir la infección por VIH y es la abstinencia.<sup>42</sup> No obstante, las estrategias sanitarias para prevenir la transmisión del VIH se han centrado en reducir las conductas sexuales inseguras, fomentar el uso de preservativos y tratar las enfermedades de infección sexual.<sup>43</sup> Intervenir las conductas adaptadas a cada sexo y concordantes con cada cultura pueden reducir la transmisión a las mujeres no infectadas.<sup>6</sup>

El uso de preservativos es una de las estrategias más difundidas y utilizadas por todas las entidades gubernamentales.<sup>15</sup> Se ha demostrado que los preservativos de látex proporcionan una barrera impermeable a las partículas de tamaño comparable o más pequeño al VIH;<sup>43</sup> y varios estudios han demostrado que el uso correcto y constante del preservativo es esencial para obtener sus los beneficios en la reducción del riesgo de infección por VIH<sup>44</sup>.

Las investigaciones son concluyentes en demostrar la eficacia de los preservativos de látex para reducir la transmisión sexual del VIH.<sup>43</sup> En las relaciones heterosexuales de parejas discordantes, donde un solo integrante es VIH positivo y el uso del preservativo es constante, las parejas VIH negativas tenían un 80 por ciento menos de probabilidades de infectarse en comparación con las personas en relaciones similares en las que no se usaban condones.<sup>3</sup> Sin embargo, se ha demostrado que uso incorrecto de preservativos en cada acto sexual aumenta el riesgo de transmisión del VIH.<sup>43</sup>



Una de las prácticas sexuales que son consideradas seguras corresponde a la monogamia, donde el riesgo de adquirir la enfermedad es relativamente bajo, pero siempre y cuando ambos hayan permanecido “fieles”, no obstante, es difícil de confirmarlo.

Existen muchos motivos por los que la población no adopta a totalidad prácticas seguras para evitar el contagio del VIH, aunque varios autores suponen una asociación con factores culturales, educativos, falta de comunicación y falta de habilidad en la negociación entre la pareja e incluso en algunas poblaciones se asocia con cuestiones de género, de poder del varón hacia la mujer o bien de ignorancia sobre la utilidad del uso del condón para la prevención del VIH<sup>45</sup>.

Una situación que suele presentarse en países en vías de desarrollo es la aceptación cultural que un hombre soltero o casado pueda tener múltiples parejas sexuales, por lo que lo su pareja, a pesar de ser monógama no queda protegida ante un posible contagio, favoreciendo así el incremento paulatino de infección entre parejas heterosexuales<sup>45</sup>.

### **Transmisión transversal**

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo se puede dar durante el embarazo, el parto o la lactancia. No obstante, en los países en vías de desarrollo, un tercio de las infecciones se producen intraútero y los otros dos tercios se producen intraparto.<sup>36</sup> Existen factores de riesgo que pueden que facilitan la transmisión madre-hijo, como bajas cifras de CD4+, elevada carga de ARN del VIH, presencia de otras enfermedades activas de transmisión sexual, rotura de membranas superior a 4 horas y parto prematuro.<sup>15</sup> De todos estos factores de riesgo, el más importante para determinar el riesgo de transmisión corresponde a la carga de ARN vírico de la madre. Cuando no existen controles la tasa de transmisión es de un 25%, no obstante, una intervención eficaz permite reducir esas cifras a niveles inferiores al 5%.<sup>3</sup>

En cuanto a la transmisión del VIH a través de la lactancia, existe una mayor probabilidad de contagio aumenta cuando la madre presenta una elevada carga

viral en plasma, un nivel de CD4 y la detección de ADN del virus en secreciones genitales de la madre.<sup>14</sup> Asimismo, las lesiones tanto en el pezón mamario, como en la boca del lactante contribuyen a aumentar el riesgo de transmisión.<sup>14</sup>

### **Transmisión parenteral**

Esto se da por exposición a transfusión de sangre de donante único y de hemoderivados como sangre completa, plasma fresco congelado, concentrados de hematíes, crioprecipitados, factores de coagulación y plaquetas. Si bien, durante la década de los ochenta, se estimaba que sólo en Estados Unidos, 29000 personas habían sido expuestas a hemoderivados con VIH<sup>7</sup>, hubieron cambios que ayudaron a reducir esta cifra como la exclusión de confidencialidad de los donantes así como un programa de despistaje de anticuerpos del VIH a partir de 1985; actualmente el riesgo actual de transmisión se estima entre 1/2.135,000 por unidad transfundida.<sup>38</sup>

### **Causas que influyen en el conocimiento y actitud hacia el VIH**

Tanto el conocimiento como la actitud hacia el VIH son herramientas utilizadas para obtener una respuesta adecuada de la población hacia esta enfermedad.<sup>3</sup> Si bien el proceso de aprendizaje es algo inherente de cada individuo, se debe aceptar que hay factores que influyen en este proceso de aprendizaje.<sup>44</sup> Se afirma que cada sociedad presenta características que la diferencian de otras y por más similitudes que puedan encontrarse en dos o más sociedades, son las diferencias las que terminan determinando la forma en la que se enseñará un determinado tópico en la población.<sup>21</sup>

En 1991, Ajzen<sup>46</sup> postuló que la intención de un individuo para adoptar un determinado comportamiento está influenciada por tres factores: Las actitudes sociales, la norma subjetiva y el control conductual percibido. Estos factores conforman las intenciones y los comportamientos del individuo. Las actitudes sociales son el resultado de la interacción entre el individuo y la sociedad, donde el grado de aceptación que cada individuo tiene está medido por formas

individuales. Por otro lado, la norma subjetiva comprende la posición que toma el individuo al recibir e interpretar la información que tanto otros sujetos como la sociedad en sí generan ante una determinada conducta realizada por este, se considera también que esta conducta generada puede modificarse en base a estas opiniones.

Mientras que el control conductual se refiere a las creencias que un individuo tiene sobre su propia capacidad para realizar una conducta determinada.

En líneas generales se puede decir que el adecuado conocimiento y la actitud no discriminatoria hacia el VIH se obtiene por información que previamente es modificada en relación con cada sociedad; asimismo, por la manera en cómo la sociedad y el resto de los individuos reaccionan ante la presentación de esta información y en la capacidad que cada individuo tiene para poder aplicar o no esta información al ser recibida.<sup>46</sup>

## **2.3 Definiciones conceptuales**

- Conocimiento sobre el VIH: Conocimientos universales de los hechos esenciales relacionados con la transmisión del VIH.<sup>3</sup>
- Actitud hacia el VIH: Posición que toma el individuo ante situaciones o políticas que devengan en un trato desigual hacia una persona viviendo con VIH.<sup>3</sup>
- Edad: Tiempo vivido por una persona contado desde su nacimiento
- Lugar de residencia: Ubicación del domicilio actual de la persona, si esta se encuentra en un área urbana o en un área rural.
- Grado de instrucción: Determina el logro educativo alcanzado hasta ese momento por un individuo.
- índice de riqueza: Se refiere al poder económico de un individuo que es medido por la cantidad de bienes físicos cuantificables que presenta en su hogar.
- Estado civil: Se refiere a la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

# **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

## **3.1 Hipótesis de investigación**

### **General**

“Existe una asociación entre conocimiento y actitud hacia el VIH con factores sociodemográficos en mujeres peruanas de 15 a 49 años, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019”.

### **Específicas**

1. Existe una asociación entre las mujeres de 20 a 29 años con el adecuado conocimiento y la actitud no discriminatoria hacia el VIH.
2. Existe una asociación entre el grado de instrucción y el adecuado conocimiento sobre el VIH.
3. Existe una asociación entre el lugar de residencia y la actitud no discriminatoria hacia las personas con VIH.

## **3.2 Variables de investigación**

### **Variables dependientes**

- Conocimiento sobre el VIH
- Actitud hacia el VIH

### **Variables independientes**

- Edad
- Lugar de residencia
- Grado de instrucción
- Índice de riqueza
- Estado civil

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño de estudio**

Este estudio es de tipo observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal y datos secundarios.

Observacional ya que no se realizarán intervenciones; analítico pues se determinará los factores asociados al conocimiento y actitudes hacia el VIH, retrospectivo debido a que las tomas de muestra fueron hechas en el 2018 y tomadas en dos tiempos, correspondientes a las dos submuestras del primer y segundo semestre, de tipo transversal debido a que la toma de muestra mediante el cuestionario se realizó en una sola ocasión, y de datos secundarios debido a que las estadísticas se realizarán en base a información previamente obtenida según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019, publicados en la base de microdatos del Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI).

### **4.2 Población y muestra**

Está constituida por 38,335 mujeres peruanas que fueron encuestadas entre febrero- diciembre del 2019 y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

El INEI desarrolló la encuesta ENDES gracias al XI Censo Nacional de Población y VI Censo Nacional de Vivienda del año 2007, se desarrollaron las herramientas estadísticas y cartográficas necesarias para poder seleccionar la muestra originaria. Estas herramientas, junto con el Sistema de Focalización de Hogares (SIFOH) con su versión más actualizada del periodo 2012-2013 permiten desarrollar una selección muestral a nivel departamental, por área urbana y rural.

Las unidades primarias y secundarias de muestreo son los siguientes: el área urbana está conformado por el conglomerado y la vivienda particular, el área rural corresponde al área de empadronamiento rural y la vivienda particular.

Esta muestra es bietápica, porque se realizaron dos submuestreos en semestres diferentes durante el transcurso del año 2019. El primer submuestreo

correspondió al periodo de febrero a junio, mientras que el segundo fue del periodo de julio a diciembre. Ambos submuestreos constituyen una muestra conformada por 3254 conglomerados y 37760 viviendas. Se asume como unidad de análisis a toda mujer registrada en ENDES 2019 con una edad mayor o igual a 15 años y menor o igual a 49 años.

Participaron 38335 mujeres en ENDES 2019. Según nuestros criterios de inclusión y exclusión se tuvo que prescindir de 5046 encuestas realizadas por participantes menores de 15 años. Asimismo, fueron separados 1139 participantes pues no completaron la totalidad de datos requeridos para realizar este trabajo. Motivo por el cual, se trabajará solo con 32150 encuestas.

La muestra fue del tipo bietápica, probabilística, estratificada e independiente a nivel departamental, por área urbana y rural con un nivel de confianza es del 95%.

### **Criterios de selección de la muestra**

#### Criterios de inclusión

- Mujeres peruanas de edad mayor o igual a 15 años y menor o igual a 49 años que hayan participado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 entre febrero y diciembre del año 2019.
- Mujeres peruanas que hayan respondido todos los ítems de las variables en el estudio de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.

#### Criterios de exclusión

- Mujeres peruanas menores de 15 años y mayores de 49 años que hayan participado en la Encuesta demográfica y de Salud Familiar 2019.
- Mujeres peruanas que habiendo participado en la Encuesta demográfica y de Salud Familiar 2019 no hayan respondido todos los ítems necesarios para este estudio.

### 4.3 Variables del estudio

Este estudio describe las variables haciendo uso de un cuadro esquemático que toma en cuenta el nombre de la variable, definición operacional, naturaleza, escala, indicador y medición cada variable estudiada tanto dependiente como independiente. Esto se muestra en los siguientes cuadros:

**Cuadro N°1: Variables dependientes**

	<b>Nombre de variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medición</b>
1	<b>Conocimiento sobre el VIH</b>	Determinada por los conocimientos de los hechos esenciales relacionados con la transmisión del VIH.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> V754CP V754DP V754JP V756 S802E <b>Mod:</b> <b>RE758081</b>	1: Adecuado 0: No adecuado
2	<b>Actitud hacia el VIH</b>	Determinada por la posición que toma el individuo ante situaciones o políticas que devengan en un trato desigual hacia una persona viviendo con VIH.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> 807 812 <b>Mod:</b> REC91	1: Adecuado 0: No adecuado

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro N°2: Variables independientes**

	<b>Nombre de variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medición</b>
<b>3</b>	<b>Edad</b>	Edad de la entrevistada en años y agrupadas por grupos etéreos determinados.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> V013 <b>Mod:</b> RE0111	1: 15-19 años 2: 20 a 29 años 3: 30 a 39 años 4: 40 a 49 años
<b>4</b>	<b>Lugar de residencia</b>	Tipo de zona del domicilio actual.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> V025	1: Urbana 2: Rural
<b>5</b>	<b>Grado de instrucción</b>	Determinada por el grado de estudios de la entrevistada.	Cualitativa	Ordinal	<b>CID:</b> V149 <b>Mod:</b> RE0111	0: Primaria 1: Secundaria 2: Superior
<b>6</b>	<b>Índice de riqueza</b>	Determinada por el poder económico de la familia basada en la información del Sistema de Focalización de Hogares (SIFOH) del periodo 2012-2013.	Cualitativa	Ordinal	<b>CID:</b> V190 <b>Mod:</b> REC0111	1: El más pobre 2: Pobre 3: Medio 4: Rico 5: Más rico
<b>7</b>	<b>Estado civil</b>	Determinada por la situación de la encuestada con otro individuo.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> V501 <b>Mod:</b> REC516171	0: Soltera 1: Casada 2: Divorciada

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Se usó una fuente de datos recogida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019.

Primero, tenemos a las variables independientes, que están conformadas por preguntas realizadas a las participantes de ENDES; estas variables corresponden a: Edad, lugar de residencia, grado de instrucción, índice de riqueza y estado civil.



Después, detenemos las variables dependientes: Conocimiento sobre el VIH y Actitud hacia el VIH, son variables establecidas según los indicadores desarrollados por ONUSIDA.

La primera variable dependiente “Conocimiento sobre el VIH” está compuesta por 5 preguntas que fueron establecidas por el Manual de Monitoreo Global del VIH/SIDA 2020<sup>3</sup> como las más adecuadas para saber si una persona entrevistada tiene los conocimientos básicos en relación al VIH. Estas preguntas se encuentran en el módulo 66 y modulo 71 de los microdatos recolectados en ENDES y son las siguientes:

1. “¿Se puede reducir el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales únicamente con una pareja no infectada que no tiene otras parejas?”
2. “¿Puede una persona reducir el riesgo de infectarse con el VIH utilizando un preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?”
3. “¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?”
4. “¿Puede una persona infectarse con el VIH a través de picaduras de mosquitos?”
5. “¿Puede infectarse una persona con el VIH compartiendo comida con alguien que vive con la infección?”

La respuesta correcta de las tres primeras preguntas es “Si” y las opciones “No” o “No sabe” como incorrectas. En las dos últimas preguntas, la respuesta “No” fue considerada correcta y las otras opciones “Si” o “No sabe” como incorrectas. Se considera que la respuesta correcta a las 5 preguntas daría como resultado “1” demostrando que la entrevistada posee un adecuado conocimiento sobre el VIH. Responder una pregunta o más de forma incorrecta se puntúa con “0” y demuestra que la participante no tiene un adecuado conocimiento sobre el VIH.

La segunda variable; “Actitud hacia el VIH” está conformada por la respuesta a 2 preguntas previamente seleccionadas según los lineamientos del Manual de Monitoreo Global del VIH/SIDA 2020<sup>3</sup> y que se encuentran incluidas en el cuestionario expuesto en ENDES. Estas preguntas son:

1. “¿Compraría usted verduras frescas de manos de un vendedor si usted supiese que esa persona tiene el VIH?”
2. “¿Piensa usted que los niños que viven con el VIH deberían poder asistir a la escuela junto con niños que no están infectados por el VIH?”

Las opciones ante estas dos preguntas fueron “Si”, “No” y “No sabe”. En ambas preguntas la respuesta que fue considerada correcta es “Si”, mientras que responder “No” o “No sabe” fue considerado como respuesta incorrecta. Por un lado, responder correctamente las dos preguntas se puntúa como “1” y demostrando que la participante tiene una actitud no discriminatoria hacia el VIH. Por otro lado, responder una pregunta de forma incorrecta se puntúa con “0” y demuestra que la participante tiene una actitud discriminatoria hacia el VIH.

#### **4.5 Procesamiento de datos y plan de análisis**

Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS 26.0 y STATA 15. Se utilizaron los módulos de ENDES 2019 que contienen muestras de la base de microdatos (CASEID) compuestas por los resultados de las variables. Por un lado, las variables dependientes están contenidas en REC91 Y REC758081, mientras que las variables independientes están en CSALUD01, REC0111. Posteriormente fueron unificadas para proceder con el análisis univariado, bivariado y multivariado.

Al realizar el análisis descriptivo de esta investigación se utilizó el programa SPSS 26.0 para realizar las tablas de frecuencia y porcentajes en relación con las variables dependientes conocimiento sobre el VIH, actitud hacia el VIH y las variables independientes: edad lugar de residencia, grado de instrucción, índice de riqueza y estado civil. Las variables dependientes por ser dicotómicas, nominales fueron analizadas por medio de un análisis de regresión logística binaria donde los resultados se obtendrán por medio de tablas cruzadas.

Al ser necesario un análisis de correlación entre las variables dependientes y las independientes se realizó una regresión logística multivariada usando como herramienta el programa STATA 15. Este análisis permitió medir la asociación

que existen entre las variables dependientes e independientes que estamos utilizando.

#### **4.6 Aspectos éticos de la investigación**

Este estudio sigue las directrices éticas de investigación en salud propuestos en la Declaración de Helsinki. No obstante, se obtuvo previamente el consentimiento informado de los participantes de ENDES 2019. Se asegura que la información recolectada sea recabada por medio de códigos para cada entrevistado, manteniendo así el anonimato. En el Anexo 5 se anexa el consentimiento informado entregado a cada participante.

#### **4.7 Limitaciones de la investigación**

Este estudio se encuentra limitado con relación al contenido que se dispone en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019 como fuente secundaria. Si bien la encuesta no está diseñada en exclusividad para conocer sobre el conocimiento y actitud hacia el VIH, la encuesta posee la validez y la información esencial para desarrollar el presente estudio. No obstante, se debe considerar que, si bien esta encuesta empleó personal debidamente capacitado, puede haber preguntas que no se hayan respondido en su totalidad pues el desarrollo de esta toma un tiempo considerable pudiendo existir la posibilidad que tanto el entrevistador como la entrevistada omitan por error la respuesta de algún ítem.

Si bien se ha podido encontrar documentación relacionada a este tema, la casi totalidad de las investigaciones corresponden a trabajos realizados en el extranjero, mientras que las investigaciones realizadas en el ámbito nacional corresponden a estudios realizados a nivel distrital y en poblaciones jóvenes, mas no a nivel territorial, sea regional o nacional como también abarcando grupos etarios más amplios. Otro aspecto que ha limitado este trabajo es la libertad que algunos trabajos de investigación han tomado para medir tanto el “Conocimiento sobre el VIH” como “Actitud hacia el VIH” con relación al número de preguntas que seleccionaron para medir estas 2 variables, pues algunos

estudios seleccionaron hasta 10 preguntas, a pesar de que el Manual de Monitoreo de ONUSIDA ya tiene preestablecidos las preguntas que se deben considerar para tener el resultado relacionado a un indicador.

# CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## 5.1 RESULTADOS

El análisis se realizó en base a una población de 38335 mujeres que participaron en la encuesta. De este total, se excluyó a 5046 mujeres por ser menores de 15 años y se prescindieron de 1139 participantes por no completar los datos requeridos en totalidad. La muestra final fue conformada por 32150 encuestadas.

### Análisis descriptivos

En la tabla N°1 tenemos los resultados del análisis descriptivo de las variables Conocimiento sobre el VIH, Actitud hacia el VIH, edad, lugar de residencia, grado de instrucción, índice de riqueza y estado civil. Considerando las variables dependientes: Conocimiento sobre VIH y Actitud hacia el VIH; hay 6205 (20,8%) mujeres con un adecuado conocimiento sobre el VIH, mientras que hay 25946 (79,2%) mujeres con un conocimiento no adecuado sobre el VIH. En cuanto hacia la actitud hacia el VIH, hay 14013 (44,8%) mujeres con una actitud no discriminatoria hacia el VIH y 18136 (55,2%) mujeres con actitud discriminatoria hacia el VIH.

Las variables independientes son edad, lugar de residencia, índice de riqueza y estado civil. Con relación a la variable edad, hay 4353 (13,3%) mujeres entre 15 y 19 años, 10834 (33,9%) mujeres entre 20 a 29 años; 10530 (32,6%) mujeres entre 30 y 39 años y 6432 (20,1%) mujeres entre 40 y 49 años. Respecto a la variable lugar de residencia, hay 23345 (80,8%) mujeres de áreas urbanas y 8806 (19,2%) mujeres de áreas rurales. De acuerdo con la variable grado de instrucción, hay 6149 (15,6%) mujeres con instrucción primaria, 15260 (47,5%) con instrucción secundaria y 10741 (36,9%) mujeres con instrucción superior.

**Tabla N°1: Frecuencias y porcentajes de Conocimiento sobre el VIH, actitud hacia el VIH y variables sociodemográficas**

Variables	Recuento no ponderado	Estimación
<b>Conocimiento sobre VIH</b>		
Adecuado	6205	20,8%
No adecuado	25946	79,2%
<b>Actitud hacia el VIH</b>		
Adecuado	14013	44,8%
No adecuado	18136	55,2%
<b>Edad</b>		
15 - 19 años	4354	13,3%
20 - 29 años	10834	33,9%
30 - 39 años	10530	32,6%
40 - 49 años	6432	20,1%
<b>Lugar de residencia</b>		
Urbano	23345	80,8%
Rural	8806	19,2%
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	6149	15,6%
Secundaria	15260	47,5%
Superior	10741	36,9%
<b>Índice de riqueza</b>		
El más pobre	8070	18,5%
Pobre	8427	22,6%
Medio	6676	21,9%
Rico	5183	20,3%
Más rico	3794	16,6%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	6967	23,1%
Divorciada	3843	12,7%
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019. Elaboración propia		

Con relación a la variable índice de riqueza, hay 8070 (18,5%) mujeres en el estrato económico más pobre, 8427 (22,6%) mujeres en el estrato económico de pobreza, 6676 (21,9%) mujeres en el estrato económico medio, 5183 (20,3%) mujeres del estrato económico rico y 3794 (16,6%) mujeres del estrato económico más rico. Mientras que la variable estado civil, hay 21340 (64,3%) mujeres casadas, 6967 (23,1%) mujeres solteras y 3843 (12,7%) mujeres divorciadas.

### **Análisis bivariado**

Al realizar el análisis bivariado de las variables dependientes “Conocimiento sobre el VIH” y “Actitud hacia el VIH” con las variables independientes: edad, lugar de residencia, grado de instrucción, índice de riqueza y estado civil, encontrándose estos resultados en las tablas N°2 y N°3.

La tabla N°2 muestra los resultados del análisis bivariado de factores asociados al conocimiento sobre el VIH. Con relación a la edad y el adecuado conocimiento sobre el VIH, el grupo de mayor proporción está conformado por 2288 (36,7%) mujeres entre 30-39 años y el de menor proporción por 630 (10,3%) mujeres entre 15-19 años. Con relación al lugar de residencia y el adecuado conocimiento sobre el VIH, el grupo de mayor proporción está conformado por 5288 (90,8%) mujeres de áreas urbanas y el de menor proporción por 917 (9,2%) mujeres de áreas rurales.

Con relación al grado de instrucción y el adecuado conocimiento sobre el VIH, el grupo de mayor proporción está conformado por 3315 (55,6%) mujeres con instrucción superior y el de menor proporción por 383 (4,9%) mujeres con instrucción primaria. Con relación al índice de riqueza y el adecuado conocimiento sobre el VIH, el grupo de mayor proporción está conformado por 1212 (25,10%) mujeres del estrato económico más rico y el de menor proporción por 750 (8,0%) mujeres del estrato económico más pobre. Con relación al estado civil y el adecuado conocimiento sobre el VIH, el grupo de mayor proporción está conformado por 4067 (63,6%) mujeres casadas y el de menor proporción por 808 (12,9%) mujeres divorciadas.

**Tabla N°2: Análisis bivariado de factores asociados al Conocimiento sobre el VIH**

Factores	Adecuado		No adecuado	
	n	%	n	%
<b>Edad</b>				
20 - 29 años	2090	32.10%	8744	34.40%
30 - 39 años	2288	36.70%	8242	31.60%
40 - 49 años	1191	20.90%	5241	19.90%
15 - 19 años	636	10.30%	3718	14.10%
<b>Lugar de residencia</b>				
Urbano	5288	90.80%	18057	78.10%
Rural	917	9.20%	7888	21.90%
<b>Grado de instrucción</b>				
Secundaria	2507	39.50%	12753	49.60%
Superior	3315	55.60%	7426	32.10%
Primaria	383	4.90%	5766	18.40%
<b>Índice de riqueza</b>				
Pobre	1419	19.30%	7008	23.50%
Medio	1472	22.90%	5204	21.70%
Rico	1352	24.80%	3381	19.20%
Más rico	1212	25.10%	2582	14.40%
El más pobre	750	8.00%	7320	21.30%
<b>Estado civil</b>				
Soltera	1330	23.50%	5637	22.90%
Casada	4067	63.60%	17273	64.40%
Divorciada	808	12.90%	3035	12.60%
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019. Elaboración propia				



La tabla N°3 muestra los resultados del análisis bivariado de factores asociados a la actitud hacia el VIH. Lo primero que se observa es la diferencia tanto numérica y porcentual de las participantes que tienen una actitud no discriminatoria hacia el VIH en contraste con las participantes que tienen un adecuado conocimiento sobre el VIH.

Con relación a la edad y la actitud no discriminatoria hacia el VIH, el grupo de mayor proporción está conformado por 4685 (32.8%) mujeres entre 20 a 29 años y el de menor proporción por 1776 (12.0%) mujeres de 15 a 19 años. Asimismo, con relación de lugar de residencia y actitud no discriminatoria hacia el VIH, el grupo de mayor proporción está conformada por 11606 (88.8%) mujeres de áreas urbanas, y el de menor proporción por 2408 (11.2%) mujeres de áreas rurales. Con relación al grado de instrucción y la actitud no discriminatoria hacia el VIH, el grupo de mayor proporción está conformado por 6511(47.0%) mujeres con instrucción superior y el de menor proporción por 1293 (7.3%) mujeres con instrucción primaria.

Con relación al índice de riqueza y la actitud no discriminatoria hacia el VIH, el grupo de mayor proporción está conformado por 2791 (23.9%) mujeres del estrato económico más rico y el de menor proporción por 2040 (10.2%) mujeres del estrato económico más pobre. Con relación al estado civil y la actitud no discriminatoria hacia el VIH, el grupo de mayor proporción está conformado por 8937 (61.5%) mujeres casadas y el de menor proporción por 1832 (13.6%) mujeres divorciadas.

### **Análisis multivariado**

Los resultados de estas tablas muestran la razón de prevalencia cruda y ajustada que determinan la fuerza de asociación entre las variables evaluadas. La tabla N°4 presenta el análisis multivariado entre los factores asociados al conocimiento sobre el VIH. Tomando en cuenta el factor edad, se observa que las mujeres de 40 a 49 años poseen 1.4 veces de tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.33; IC 95%: 1,08-1,63) respecto a las mujeres entre 15 y 19 años.

**Tabla N°3: Análisis bivariado de factores asociados a la actitud hacia el VIH**

Factores	Adecuado		No adecuado	
	n	%	n	%
<b>Edad</b>				
20 - 29 años	4685	32.80%	6149	34.90%
30 - 39 años	4751	34.30%	5779	31.30%
40 - 49 años	2802	20.90%	3630	19.50%
15 - 19 años	1776	12.00%	2578	14.30%
<b>Lugar de residencia</b>				
Urbano	11606	88.80%	11739	74.30%
Rural	2408	11.20%	6397	25.70%
<b>Grado de instrucción</b>				
Secundaria	6210	45.80%	8749	48.90%
Superior	6511	47.00%	4531	28.80%
Primaria	1293	7.30%	4856	22.30%
<b>Índice de riqueza</b>				
Pobre	3608	21.10%	4819	23.80%
Medio	3373	21.30%	3303	22.70%
Rico	2791	23.90%	2392	17.40%
Más rico	2272	22.00%	1522	12.20%
El más pobre	2040	10.20%	6030	25.20%
<b>Estado civil</b>				
Soltera	3245	24.90%	3722	21.60%
Casada	8937	61.50%	12403	66.50%
Divorciada	1832	13.60%	2011	12.00%
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019. Elaboración propia				

Con relación al factor lugar de residencia, se constata que las mujeres de áreas urbanas poseen 1.2 veces de tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.22; IC 95%: 1,05-1,41) respecto a las mujeres de áreas rurales. Según grado de instrucción, se evidencia que las mujeres con instrucción superior poseen 3.7 veces de tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=3.75; IC 95%: 3,02-4,65) respecto a las mujeres con instrucción primaria.

Con relación al factor índice de riqueza, se muestra que las mujeres del estrato económico más rico poseen 1.6 veces de tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.61; IC 95%: 1,32- 1,97) respecto a las mujeres del estrato económico más pobre. Con relación al estado civil, no se encontró asociación entre las mujeres solteras con tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.05; IC 95%: 0.89-1.24) respecto a las mujeres divorciadas.

La tabla N°5 desarrolla el análisis multivariado de los factores asociados a la actitud hacia el VIH. Con relación al factor edad, se constata que las mujeres de 40 a 49 años poseen 1.3 veces de tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=1.31; IC 95%: 1,19-1,45) respecto a las mujeres de 15 a 19 años.

Con relación al factor lugar de residencia, se observa que las mujeres de áreas urbanas poseen 1.2 veces de tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=1.20; IC 95%: 1,11-1,30) respecto a las mujeres de áreas rurales. Con relación al factor grado de instrucción, se evidencia que las mujeres con instrucción superior poseen 2.1 veces de tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=2.18; IC 95%: 1,95-2,43) respecto a las mujeres que poseen instrucción primaria.

Con relación al factor índice de riqueza, las mujeres del estrato económico más rico poseen 1.4 veces de tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=1.45 IC 95%: 1,29- 1,61) respecto a las mujeres del estrato económico más pobre. Con relación al factor estado civil, no se observó asociación entre las mujeres solteras con tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=1.07; IC 95%: 0.98-1.17) respecto a las mujeres divorciadas.

**Tabla N° 4: Análisis multivariado de factores asociados al Conocimiento sobre el VIH**

<b>Factores</b>	<b>RP Crudos</b>	<b>IC 95%</b>	<b>RP Ajustados</b>	<b>IC95%</b>
<b>Edad</b>				
De 20 a 29 años	1.22	1,03 - 1,43	1.03	0,85 - 1.,23
De 30 a 39 años	1.45	1,23 - 1,70	1.29	1,06 - 1,57
De 40 a 49 años	1.33	1,12 - 1,59	1.33	1,08 - 1,63
De 15 a 19 años	1		1	
<b>Lugar de Residencia</b>				
Urbano	2.35	2,12 - 2,61	1.22	1,05 - 1,41
Rural	1			
<b>Grado de instrucción</b>				
Secundaria	2.63	2,16 - 3,20	2.38	1,92 - 2,93
Superior	4.76	3,92 - 5,77	3.75	3,02 - 4,65
Primaria	1		1	
<b>Índice de Riqueza</b>				
Pobre	1.97	1,71 - 2,28	1.35	1,14 - 1,61
Medio	2.42	2,09 - 2,80	1.39	1,15 - 1,69
Rico	2.83	2,45 - 3,27	1.46	1,20 - 1,77
Muy Rico	3.51	3,04 - 4,04	1.61	1,32 - 1,97
Muy pobre	1		1	
<b>Estado Civil</b>				
Soltera	1	0.85 - 1.17	1.05	0,89 - 1,24
Casada	0.97	0.84 - 1.11	1.04	0,90 - 1,19
Divorciada	1		1	
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019. Elaboración propia.				

**Tabla N° 5: Análisis multivariado de factores asociados a la actitud hacia**

Factores	el VIH			
	RP Crudos	IC 95%	RP Ajustados	IC 95%
<b>Edad</b>				
De 20 a 29 años	1.07	0,98 - 1,16	1.07	0,97 - 1.,18
De 30 a 39 años	1.16	1,07 - 1,26	1.24	1,12 - 1,37
De 40 a 49 años	1.15	1,05 - 1,26	1.31	1,19 - 1,45
De 15 a 19 años	1		1	
<b>Lugar de Residencia</b>				
Urbano	1.88	1,77 - 1,99	1.2	1,11 - 1,30
Rural	1			
<b>Grado de Instrucción</b>				
Secundaria	2.06	1,87 - 2.27	1.86	1,68 - 2,06
Superior	2.71	2,47 - 2.99	2.18	1,95 - 2,43
Primaria	1		1	
<b>Índice de Riqueza</b>				
Pobre	1.69	1,56 - 1,83	1.28	1,16- 1,40
Medio	1.87	1,73 - 2,03	1.27	1,14 - 1,41
Rico	2.13	1,97 - 2,30	1.35	1,22 - 1,51
Muy Rico	2.4	2,21 - 2,59	1.45	1,29 - 1,61
Muy pobre	1		1	
<b>Estado Civil</b>				
Soltera	1.01	0.93 - 1.10	1.07	0,98 - 1,17
Casada	0.9	0.83 - 0.97	0.96	0,88 - 1,02
Divorciada	1		1	
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019. Elaboración propia.				

Estos resultados permiten constatar que la significancia se encuentra en 4 de 5 factores; siendo el factor “estado civil” el que fue descartado para poder realizar el subsiguiente análisis multivariados de regresión logística. En estas 2 últimas tablas se muestran los resultados del análisis multivariado usando solo los factores que presentaron significancia previamente. La tabla N°6 muestra la razón de prevalencia (RP) ajustada de los factores asociados al conocimiento sobre el VIH. Con relación a la edad, se encontró una asociación entre las mujeres entre 40 a 49 años y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.31; IC 95%: 1,09-1,56) respecto a las mujeres entre 15 y 19 años.

Con relación al lugar de residencia, se encontró una asociación entre las mujeres de áreas urbanas y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.21; IC 95%: 1,05-1,41) respecto a las mujeres de áreas rurales. Con relación al grado de instrucción, se encontró una asociación entre las mujeres con instrucción superior y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=3.76; IC 95%: 3,03-4,66) respecto a las mujeres con instrucción primaria. Con relación al índice de riqueza, se encontró una asociación entre las mujeres del estrato económico más rico y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.62; IC 95%: 1,33-1,97) respecto a las mujeres del estrato económico más pobre.

La tabla N°7 muestra la razón de prevalencia (RP) ajustada para los factores asociados a la actitud hacia el VIH. Con relación a la edad, se encontró una asociación entre las mujeres de 40 a 49 años y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=1.20; IC 95%: 1,10-1,32) respecto a las mujeres entre 15 y 19 años. Con relación al lugar de residencia, se encontró una asociación entre las mujeres de áreas urbanas y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=1.21; IC 95%: 1,11-1,31) respecto a las mujeres de áreas rurales. Con relación al grado de instrucción, se encontró una asociación entre las mujeres con instrucción superior con tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=2.20; IC 95%: 1,97-2,46) respecto a las mujeres con instrucción primaria. Con relación al índice de riqueza, se encontró asociación en las mujeres del estrato económico más rico y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=1.46; IC 95%: 1,31-1,63).

**Tabla N°6: Modelo final para factores asociados al Conocimiento sobre el VIH**

<b>Factores</b>	<b>RP Ajustados</b>	<b>IC95%</b>
<b>Edad</b>		
De 20 a 29 años	1.02	0,86 - 1,20
De 30 a 39 años	1.27	1,06 - 1,50
De 40 a 49 años	1.31	1,09 - 1,56
De 15 a 19 años	1.00	
<b>Lugar de Residencia</b>		
Urbano	1.21	1,05 - 1,41
Rural	1.00	
<b>Nivel Educativo</b>		
Secundaria	2.37	1,92 - 2,93
Superior	3.76	3,03 - 4,66
Primaria	1.00	
<b>Índice de Riqueza</b>		
Pobre	1.35	1,14 - 1,61
Medio	1.39	1,15 - 1,69
Rico	1.46	1,20 - 1,77
Muy Rico	1.62	1,33 - 1,97
Muy pobre	1.00	
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019. Elaboración propia		

**Tabla N°7: Modelo final para factores asociados a la Actitud hacia el VIH**

<b>Factores</b>	<b>RP Ajustados</b>	<b>IC95%</b>
<b>Edad</b>		
De 20 a 29 años	1.01	0,92 - 1,09
De 30 a 39 años	1.14	1,04 - 1,23
De 40 a 49 años	1.2	1,10 - 1,32
De 15 a 19 años	1.00	
<b>Lugar de Residencia</b>		
Urbano	1.21	1,11 - 1,31
Rural		
<b>Nivel Educativo</b>		
Secundaria	1.86	1,67 - 2,06
Superior	2.2	1,97 - 2,46
Primaria	1.00	
<b>Índice de Riqueza</b>		
Pobre	1.28	1,17 - 1,40
Medio	1.27	1,15 - 1,41
Rico	1.37	1,23 - 1,52
Muy Rico	1.46	1,31- 1,63
Muy pobre	1.00	
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019. Elaboración propia		



## 5.2 DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo evidencian que existe un patrón de similitud con relación a la significancia estadística encontrada entre las variables edad, lugar de residencia, grado de instrucción e índice de riqueza con las variables “Conocimiento sobre el VIH” y “Actitud hacia el VIH”.

Para el conocimiento sobre el VIH respecto a los hallazgos encontrados en relación con la edad, se encontró (RP= 1.02; IC 95%: 0,86-1,20) entre las mujeres de 20 a 29 años y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH. La cercanía de este resultado a 1 no nos permite afirmar la presencia de una asociación. Esto nos puede llevar a pensar que las campañas de prevención de VIH o están mal estructuradas o la población no toma atención hacia este tema. Este hallazgo es similar al de los resultados reportados en los estudios de Ankunda y col.<sup>25</sup> (Uganda) (2017) (OR= 1.09; IC 95%: 0,89-1,32), Zarei y col. (Irán) (2018) (OR= 1.02; IC 95%: 0,90-1,16) Sin embargo, se encontró una asociación entre las mujeres con edades de 20 a 29 años y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH en los estudios realizados por Mude y col.<sup>32</sup> (Sudan del Sur) (2020) (OR= 1.28; IC 95%: 1,01-1,62), y Efendi y col.<sup>31</sup> (Indonesia) (2020) (OR= 1.82; IC 95%: 1,60-2,07). Tanto Mude como Efendi aducen que esto es resultado a las agresivas campañas que se han presentado en los últimos años en los respectivos países para mejorar el adecuado conocimiento sobre el VIH.

No obstante, se encontró una asociación entre las mujeres de 40 y 49 años y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.31; IC 95%: 1,09-1,56). Es hallazgo es similar al de los resultados reportados en los estudios de Teshome y col.<sup>23</sup> (Burundi, Etiopía y Kenya) (2016) (OR=1.38; IC 95%: 1,11-1,71) y Zarei y col.<sup>28</sup> (OR=1.44; IC 95%: 1,24-1,67). Estos resultados pueden deberse al hecho que una mujer mayor ha recibido más información sobre educación sexual a lo largo de su vida.<sup>28</sup> Sin embargo; el estudio realizado por Agegnehu y col.<sup>30</sup> (Etiopía) (2016), encontró una asociación entre las mujeres con edades de 30 a 34 años y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (OR=1.13; IC 95%:0,96–1,32). El resultado en base a la edad de las participantes puede ser tomado como

una señal que las políticas de salud sobre el VIH siguen siendo escasas<sup>23</sup>, a pesar que existe una tendencia donde el mayor número de infecciones de VIH se da en poblaciones jóvenes.<sup>17</sup>

En cuanto al lugar de residencia, se encontró una asociación entre las mujeres de áreas urbanas y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.21; IC 95%: 1,05-1,41). Este hallazgo es similar al de los resultados reportados en los estudios de Teshome y col.<sup>23</sup> (OR=1.43; IC 95%: 1,24-1,65), Van Huy y col.<sup>24</sup> (Vietnam) (2016) (OR= 1.27; IC: 95%: 1.09-1.48), Agegnehu y col.<sup>30</sup> (OR=1.14; IC 95%: 0.91–1.42) y Mude y col.<sup>32</sup> (OR= 1.40; IC 95%: 1,12-1,76). Los autores agregan que la población urbana posee una mejor red de servicios que puedan facilitar el acceso a información precisa sobre el VIH.<sup>23,24,30,32</sup> Sin embargo, el estudio realizado por Pernaz y col.<sup>33</sup> encontró una asociación entre las mujeres de la Selva Alta y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (Perú) (2015) (OR=2.75; IC 95%: 2,20-3,435). Ellos asumen que esto es debido a que la población vive en un área de mayor riesgo de transmisión de VIH, aunque; también admiten que puede haber más factores que influyen en este resultado.<sup>33</sup> Por otro lado, el estudio realizado por Kasymova<sup>29</sup> (Tajikistan) (2019) no encontró una asociación entre las mujeres de áreas urbanas y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (OR= 0.84; IC 95%:0,76–0,92), la autora asume que esto se debe a la baja prevalencia de VIH ese país.<sup>29</sup>

Sobre el grado de instrucción, se encontró una asociación entre las mujeres con instrucción superior y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=3.76; IC 95%: 3,03-4,66). Este resultado, es similar al de los resultados reportados en los estudios de Pernaz y col.<sup>33</sup> (OR= 30.17; IC 95%= 18,59-48,98), Van Huy y col.<sup>24</sup> (OR= 2.50; IC 95%: 2,05-3,05), Ankunda y col.<sup>25</sup> (OR= 3.6; IC 95%: 2,86-4,58), Yaya y col.<sup>27</sup> (Nigeria) (2018 (OR= 2.67; IC 95%:2,50–2,86), Kasymova<sup>29</sup> (OR=3.50 CI 95%: 2,58–4,74), Agegnehu y col.<sup>30</sup> (OR= 4.07; IC 95%: 3.32–4.99) y Zarei y col.<sup>28</sup> (OR=4.24; IC 95%: 3,72-4,48). No obstante, el estudio realizado por Efendi y col.<sup>31</sup> no encontró una asociación entre las mujeres con instrucción secundaria y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (OR= 0.14; IC 95%: 0,11–0,18). Todos los autores confirman que el grado de instrucción influye en la búsqueda y discernimiento de adecuada información.<sup>33,24,25,29</sup> La educación es una herramienta crucial y esencial para evitar la transmisión del VIH, aunque si

bien es un componente necesario no suficiente, en todas las actividades de prevención.<sup>6</sup>

Tomando en cuenta el índice de riqueza, se encontró una asociación entre las mujeres del estrato económico más rico y tener un adecuado conocimiento sobre el VIH (RP=1.62; IC 95%: 1,33-1,97). Este resultado es similar a los reportados en los estudios de Pernaz y col.<sup>33</sup> (OR=2.25; IC 95%: 1,71-2,97), Van Huy y col.<sup>24</sup> (OR=1.88; IC 95%: 1.44-2.47), Haque y col.<sup>26</sup> (Bangladesh) (2018) (OR= 1.12; IC 95%: 0,95-1,31), Yaya y col.<sup>27</sup> (OR= 2.09; IC 95%: 1,60-2,73), Kasymova <sup>29</sup> (OR= 1.55; IC 95%: 1,37–1,75) y Mude y col.<sup>32</sup> (OR= 1.40; IC 95%: 1,12-1.76). Los autores de los diversos estudios atribuyen estos resultados a la facilidad en la que una persona con mayores recursos puede conseguir información precisa con mayor rapidez,<sup>33,24,27,29</sup> aunque Mude y col.<sup>32</sup> agrega que el ambiente donde se encuentra estos grupos permite un intercambio de información libre de tabúes.

En lo concerniente a la actitud hacia el VIH respecto a los hallazgos encontrados en relación con la edad, se encontró (RP= 1.01; IC 95%: 0,92-1,09) entre las mujeres de 20 a 29 años y tener una actitud no discriminatoria el VIH. La cercanía de este resultado a 1 no nos permite afirmar la presencia de una asociación. Este hallazgo, es similar a lo reportado en el estudio de Zarei y col.<sup>28</sup> (OR=1.05; IC 95%: 0,79-1,39). La actitud que un individuo toma ante una situación se da en base a experiencias previas que haya observado o tenido. La edad de las participantes limita el número de situaciones donde hayan tenido que experimentar una situación similar.<sup>44</sup> No obstante, el estudio realizado por Mude y col.<sup>32</sup> encontró una asociación entre las mujeres de 20 a 29 años y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (IR=1.28; IC 95%: 0,95-1,73).

Asimismo, se encontró una asociación entre las mujeres de 40 a 49 años y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=1.20; IC 95%: 1,10-1,32). Este hallazgo, es similar a lo reportado en los estudios de Teshome y col.<sup>23</sup> (OR= 2.24; IC 95%:1,80-2,80), Yaya y col.<sup>27</sup> (OR=1.26; IC 95%: 1,22–1,31) y Zarei y col.<sup>28</sup> (OR= 1.25; IC 95%: 0,89-1,76). Los autores suponen que las mujeres mayores han tenido más posibilidades de interactuar con diversas fuentes de información sobre el VH.<sup>17</sup> No obstante, el estudio realizado por Van Huy y col.<sup>24</sup> no encontró una asociación entre las mujeres mayores de 30 años y tener una actitud no

discriminatoria hacia el VIH (OR= 0.98; IC 95%: 0,67-1,44), los autores de este estudio suponen que este resultado se da por las escasas de campañas de concientización sobre el VIH que las entidades gubernamentales han dado.

Considerando el lugar de residencia, se encontró una asociación entre las mujeres de áreas urbanas y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=1.21; IC 95%: 1,11-1,31). Este hallazgo es similar al de los resultados reportados en los estudios de Teshome y col.<sup>23</sup> (OR= 1.12; IC 95%: 0,97-1,29), Haque y col.<sup>26</sup> (OR= 1.22; IC 95%: 1,11-,33), Mude y col.<sup>32</sup> (OR= 1.39; IC 95%: 1,08-1,80), y Zarei y col.<sup>28</sup> (OR= 1.18; IC 95%: 1,00-1,40). Los autores afirman que las áreas urbanas concentran los medios de comunicación, lo que facilita la masificación de las campañas de salud, mientras que en las áreas rurales, la carencia de servicio no sólo dificulta el acceso a información sino también aumenta la estigmatización de las personas que viven con VIH.<sup>23,26,32</sup> No obstante, no se encontró una asociación entre las mujeres de áreas urbanas y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH en los resultados de los estudios realizado por Pernaz y col.<sup>33</sup> (OR= 0,90; IC 95%: 0,74-1,09) y Van Huy y col.<sup>24</sup> (OR= 0.98; IC 95%: 0,84-1,13).

Respecto al grado de instrucción, se encontró una asociación entre las mujeres con instrucción superior y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (RP=2.20; IC 95%: 1,97-2,46). Este hallazgo coinciden con los resultados reportados en los estudios de Pernaz y col.<sup>33</sup> (OR= 5,91; IC 95%: 4,04 - 8,63), Van Huy y col.<sup>24</sup> (OR= 2.50; IC 95%: 2,05-3,05) y Mude y col.<sup>32</sup> (OR= 4.24; IC 95%: 1,50-11,93),. No obstante, se encontró una asociación entre las mujeres con instrucción secundaria y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH en los estudios realizados por Teshome y col.<sup>23</sup> (OR= 2.54; IC 95%: 2,17-2,98), quienes asumen este resultado como consecuencia de una mayor exposición hacia los medios de comunicación que presenta esta población; y Zarei y col.<sup>28</sup> (OR= 1.08; IC 95%: 0,86-1,36) quienes asumen este resultados como consecuencia del número de campañas dirigidas hacia la población durante la educación secundaria.

Acerca del índice de riqueza, se encontró una asociación entre las mujeres del estrato económico más rico y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH

(RP=1.46; IC 95%: 1,31-1,63). Este resultado es similar a los reportados en los estudios de Pernaz y col.<sup>33</sup> (OR= 3,03; IC 95%: 2,24-4,11), Teshome y col.<sup>23</sup> y Mude y col.<sup>32</sup> (OR= 3.06; IC 95%: 2,08-4,49). Sin embargo, el estudio de Van Huy y col.<sup>24</sup> mostró una asociación entre las mujeres dentro del estrato económico medio y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (OR= 1.15; IC 95%: 0,92-1,43); mientras que el estudio de Zarei y col.<sup>28</sup> encontró una asociación en las mujeres del segundo estrato económico y tener una actitud no discriminatoria hacia el VIH (OR=1.33; IC 95%: 1,06-1,68).

Los resultados hallados en esta investigación evidencian que tanto el adecuado conocimiento como la actitud no discriminatoria hacia el VIH son características asociadas a la edad, lugar de residencia, grado de instrucción e índice de riqueza de las participantes. Estos resultados muestran una similitud hallada con los otros estudios previos. Esta investigación es una visión general de la situación a nivel nacional que brindará un precedente para los futuros trabajos que busquen encontrar otros factores asociados al Conocimiento y Actitud hacia el VIH en la población peruana a nivel nacional.

En relación con las fortalezas de este estudio, los resultados similares a estudios previos permitirán una mayor facilidad para aplicar recomendaciones como también fortalecer las falencias que estos mismos resultados han presentado. Además, se debe resaltar la importancia que una herramienta como ENDES puede ofrecer a futuros investigadores, pues es una base de datos con información actualizada como también de libre acceso.

Dentro de las limitaciones de este estudio se debe resaltar que la información utilizada puede presentar omisiones de datos que pudieron haber alterado los resultados de este estudio. Asimismo, los resultados obtenidos en este trabajo de investigación muestran una imagen que no podrá asumirse como el reflejo exacto de la situación actual a nivel nacional; puesto que mientras se desarrollaba este trabajo, a nivel global se ha presentado una pandemia que ha modificado en totalidad las costumbres de los ciudadanos y la respuesta de las instituciones: El Covid-19.

## CONCLUSIONES

1. El adecuado conocimiento y la actitud no discriminatoria hacia el VIH son características que se relacionan en mujeres peruanas de 40 a 49 años, de áreas urbanas, con instrucción superior y del estrato económico más rico.
2. Las mujeres de 20 a 29 años no tienen un adecuado conocimiento sobre el VIH.
3. Las mujeres con instrucción superior tienen un adecuado conocimiento sobre el VIH.
4. Las mujeres de áreas urbanas tienen una actitud no discriminatoria hacia el VIH.

## RECOMENDACIONES

1. Las campañas de prevención del VIH deben priorizarse en un grupo etario determinado: Las mujeres de 20 a 29 años. Este grupo poblacional es de riesgo al tener una elevada incidencia y prevalencia del VIH. Es necesario que los recursos humanos y económicos sean utilizados en diseñar campañas que sepan adaptarse a una población que vive en un constante cambio social.
2. El adecuado conocimiento sobre el VIH no debe ser una herramienta exclusiva de la población con instrucción superior. La información que una campaña debe brindar debe adaptarse con relación al nivel educativo. Simplificar la información no implica el uso de conceptos básicos sino mejorar la precisión de la información que se desea impartir en un determinado grupo de personas.
3. Las campañas que buscan mejorar la actitud no discriminatoria hacia el VIH deben adaptar su contenido con relación al lugar de residencia. Porque el entorno urbano y rural difieren en varios aspectos, como la densidad poblacional, la presencia o ausencia de determinados servicios y el uso de determinadas costumbres. Tanto la población de áreas urbanas como de áreas rurales están expuestas a diferentes situaciones con respuestas que se adaptan en relación con el entorno donde viven. Adaptar el contenido que se presentará una determinada información, facilitará una mejor identificación por parte del oyente ante la información que se le exponga.
4. Es necesario mejorar la distribución de recursos humanos, logísticos y económicos en materia de prevención del VIH para lograr un adecuado conocimiento y una actitud no discriminatoria hacia esta enfermedad. Enfocarse exclusivamente en una determinada población termina siendo perjudicial para una sociedad, pues los individuos que estuvieron fuera del alcance de alguna campaña de prevención aumentan su riesgo tanto para contraer esta enfermedad como facilitar el intercambio de información errónea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cueto M. Culpa y Coraje: Historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú. 1 ed. Vol. 1. Fondo Editorial UPCH; 2001. 170 pp.
2. Cueto M. El rastro del SIDA en el Perú. *História, Ciências, Saúde*. 2002; 9:17–40.
3. Varios Autores. Monitoreo Global del SIDA 2020 — Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA [Internet]. ONUSIDA; 2019. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2019/Global-AIDS-Monitoring>
4. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. Ministerio de Salud del Perú; 2020.
5. Becerra-Gonzales V, Chunga-Iturry N, Palomino-Cruzado C, Arévalo-Rodríguez T, Nivín-Huerta J, Portocarrero-Ramírez L, et al. Asociación entre el conocimiento de las mujeres peruanas acerca del VIH y sus actitudes frente a personas infectadas. 2012;16(3):8.
6. Durvasula R. HIV/AIDS in Older Women: Unique Challenges, Unmet Needs. *Behav Med*. 2014;40(3):85–98.
7. Corea G. *The Invisible Epidemic: The Story of Women and AIDS*. [Internet]. 1a ed. Vol. 9. New York: Harper Collins; 1992. 340 pp. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/088610999400900110>
8. Institute of Medicine (US) Committee on a National Strategy for AIDS. *Confronting AIDS: Directions for Public Health, Health Care, and Research*. [Internet]. 1 ed. National Academies Press (US); 1986. 392 pp. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK219139/>
9. Frank T, Carter A, Jahagirdar D, Biehl M, Douwes-Schultz D, Larson S, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV,



- 1980-2017, and projections to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors (GBD). *The Lancet HIV*. el 2 de diciembre de 2019; 6:831–59.
10. Centers for Disease Control (CDC). Follow-up on Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. el 28 de agosto de 1981;30(33):409–10.
  11. Dale SK, Cohen MH, Kelso GA, Cruise RC, Weber KM, Watson C, et al. Resilience among women with HIV: Impact of silencing the self and socioeconomic factors. *Sex Roles*. el 1 de marzo de 2014;70(5–6):221–31.
  12. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica*. junio de 2002; 11:327–34.
  13. Machtinger EL, Wilson TC, Haberer JE, Weiss DS. Psychological Trauma and PTSD in HIV-Positive Women: A Meta-Analysis. *AIDS Behav*. noviembre de 2012;16(8):2091–100.
  14. Branson B, Handsfield H, Lampe M, Janssen R, Taylor A, Lyss S, et al. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in HealthCare Settings. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. el 1 de octubre de 2006; 55:1–17.
  15. Brustenga JG, Beltrá MN, Sanz AM, Durán BM. Epidemiología del VIH/sida en el mundo y el fenómeno migratorio actual. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. el 1 de mayo de 2008; 26:2–5.
  16. Juan-Martínez B, Castillo-Arcos L del C. Determinantes sociales de salud asociados al virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres indígenas del norte de Oaxaca, México. *Enferm Clin*. el 1 de enero de 2016;26(1):81–4.
  17. Jesmin SS, Chaudhuri S. Why Do Some Women Know More? An Exploration of the Association of Community Socioeconomic Characteristics, Social Capital, and HIV/AIDS Knowledge. *Women & Health*. el 1 de octubre de 2013;53(7):669–92.

18. Caballero P, Gutiérrez C, Rosell G, Yagui M, Alarcón J, Espinoza M, et al. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre VIH/SIDA en el Perú 1985 - 2010. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. julio de 2011;28(3):470–6.
19. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*. julio de 2010;376(9734):41–8.
20. Celum C, Barnabas R. Reaching the 90-90-90 target: lessons from HIV self-testing. *Lancet HIV*. 2019;6(2): e68–9.
21. Granich R, Gupta S, Hall I, Aberle-Grasse J, Hader S, Mermin J. Status, and methodology of publicly available national HIV care continua and 90-90-90 targets: A systematic review. *PLOS Med*. abril de 2017;14(4): e1002253.
22. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Microdatos - Base de Datos [Internet]. 2019 [citado el 1 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>
23. Teshome R, Youjie W, Siraj N. Comparison and Association of Comprehensive HIV/AIDS Knowledge and Attitude towards people Living with HIV/AIDS among Women Aged 15- 49 in Three East African Countries: Burundi, Ethiopia, and Kenya. *J AIDS Clin Res*. el 1 de enero de 2016;07.
24. Van Huy N, Lee H-Y, Nam Y-S, Van Tien N, 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*. 2016; 9:29247.
25. Ankunda D, Asiimwe JB. Determinants of comprehensive knowledge of HIV/AIDS among women of the reproductive age (15-49) in Uganda. *Int J Community Med Public Health*. el 22 de septiembre de 2017;4(10):3530.
26. Haque MdA, Hossain MdSN, Chowdhury MAB, Uddin MdJ. Factors associated with knowledge and awareness of HIV/AIDS among married

- women in Bangladesh: evidence from a nationally representative survey. SAHARA J. el 24 de septiembre de 2018;15(1):121–7.
27. Yaya S, Ghose B, Udenigwe O, Shah V, Hudani A, Ekholuenetale M. Knowledge, and attitude of HIV/AIDS among women in Nigeria: a cross-sectional study. *European Journal of Public Health*. el 1 de febrero de 2019;29(1):111–7.
  28. Zarei E, Khabiri R, Tajvar M, Nosratnejad S. Knowledge of and attitudes toward HIV/AIDS among Iranian women. *Epidemiol Health*. el 3 de agosto de 2018;40: e2018037.
  29. Kasymova S. Awareness and knowledge about HIV/AIDS among women of reproductive age in Tajikistan. *AIDS Care*. el 2 de abril de 2020;32(4):518–21.
  30. Agegnehu CD, Geremew BM, Sisay MM, Muchie KF, Engida ZT, Gudayu TW, et al. Determinants of comprehensive knowledge of HIV/AIDS among reproductive age (15–49 years) women in Ethiopia: further analysis of 2016 Ethiopian demographic and health survey. *AIDS Res Ther*. 2020;17(1):51.
  31. Efendi F, Pratama ER, Indarwati R, adisuyatmana S, Lindayani L, Bushy A. HIV-related knowledge level among Indonesian women between 15 years and 49 years of age. *Afri Health Sci*. 2020;20(1):83–90.
  32. Mude W, Oguoma VM, Gesesew HA, Ameyaw EK, Njue C, Nyandanda T, et al. HIV/AIDS knowledge and attitudes assessment among women of child-bearing age in South Sudan: Findings from a Household Survey. Musuka G, editor. *PLoS ONE*. el 14 de diciembre de 2020;15(12): e0243969.
  33. 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*. el 5 de diciembre de 2015;32(4):667.
  34. Agurto Alvarado JY. Conocimientos y actitudes del vih/sida en mujeres en edad fértil que se atienden por primera vez en el EE. SS I-3 de Villa Primavera-Sullana, enero-abril, año 2020. Universidad Católica Los Ángeles

- de Chimbote [Internet]. el 5 de agosto de 2020; Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/17204>
35. Peteet B, Staton M, Miller-Roenigk B, Carle A, Oser C. Rural Incarcerated Women: HIV/HCV Knowledge and Correlates of Risky Behavior. *Health Educ Behav.* diciembre de 2018;45(6):977–86.
  36. Haley DF, Justman JE. The HIV Epidemic Among Women in the United States: A Persistent Puzzle. *J Women's Health.* septiembre de 2013;22(9):715–7.
  37. Gómez O, Pérez M. Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar.* el 1 de diciembre de 2009;38.
  38. Barré-Sinoussi F, Ross AL, Delfraissy J-F. Past, present and future: 30 years of HIV research. *Nat Rev Microbiol.* 2013;11(12):877–83.
  39. Ficha Informativa del Perú sobre el VIH [Internet]. ONUSIDA; 2020. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru>
  40. Iqbal MM. Can we get AIDS from mosquito bites? *J La State Med Soc.* agosto de 1999;151(8):429–33.
  41. Kaplan MS. Feminization of the AIDS Epidemic. *JSSW.* 1995; 22:19.
  42. L Perkins E, Stennis KB, Spriggs Lecture VT, Kwegyir-Afful EA, Prather A. Is Knowledge Enough? Considering HIV/AIDS Risk Behaviors and HIV/AIDS Knowledge with African American Women. *Int J High Risk Behav Addict* [Internet]. el 10 de agosto de 2014 [citado el 1 de marzo de 2021];3(3). Disponible en: <https://sites.kowsarpub.com/ijhrba/articles/19615.html>
  43. UNAIDS. Making condoms work for HIV prevention: cutting-edge perspectives. Geneva; 2004. 32 p.
  44. Emmanuel W, Edward N, Moses P, William R, Geoffrey O, Monicah B, et al. Condom Use Determinants and Practices Among People Living with HIV in Kisii County, Kenya. *TOAIDJ.* el 13 de noviembre de 2015;9(1):104–11.

45. Sáenz E, Benavides R. Práctica sexual segura e insegura en la pareja heterosexual. NURE Inv. 2014;11(68):10.
46. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. diciembre de 1991;50(2):179–211.

# ANEXOS

## ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



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

### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta con relación al Proyecto de Tesis “**FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA EL VIH EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR DEL 2019**”, que presenta la SR. CARLOS FERNANDO ANTONIO ROJAS CHÁVEZ, 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:



\_\_\_\_\_  
**Mg. Willer Chanduví Puicón**  
ASESOR DE LA TESIS



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

Lima. 10 de enero de 2021

## ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Manuel Huamán Guerrero

---

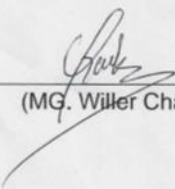
Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas  
Oficina de Grados y Títulos  
Formamos seres para una cultura de paz

### Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. Carlos Fernando Antonio Rojas Chávez, de acuerdo con 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,

  
\_\_\_\_\_  
(MG. Willer Chanduví Puicón)

Lima, 08 de enero de 2021

**ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO  
POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA**



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

**Facultad de Medicina Humana**  
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°0253-2021-FMH-D

Lima, 22 de enero de

2021 Señor

**ROJAS CHÁVEZ CARLOS FERNANDO ANTONIO**

Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para hacer conocimiento que el proyecto de **“FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA EL VIH EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR DEL 2019”**, presentado 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 21 de enero de 2021.

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

Sin otro particular,

Atentamente,



*Hilda Jurupe Chico*  
Mg. Hilda Jurupe Chico.  
Secretaria Académica



**ANEXO 4: CARTA DE APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA 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: “FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA ELVIH EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN ENCUESTA DEMOGRÁFICA YDE SALUD FAMILIAR DEL 2019”.**

Investigador:

**CARLOS FERNANDO ANTONIO ROJAS CHÁVEZ**

Código del Comité: **PG-010-2021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, 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, 3 de marzo del 2021



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

**ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS**



### ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA EL VIH EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR DEL 2019" que presenta el señor Carlos Fernando Antonio Rojas Chávez 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 con 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:

Dr. Luis Alberto Cano Cardenas

PRESIDENTE

Dr. Felix R. Llanos Tejada

MIEMBRO

Dra. Patricia R. Segura Nunez

MIEMBRO

Jhony A. De La Cruz Vargas, Phd, MCR, MD  
Director de tesis

Mg. Willer Chanduyi Pulcon  
Asesor de Tesis

Lima, 06 de abril 2021

## ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

### FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA EL VIH EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR DEL 2019

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>12%</b>	<b>11%</b>	<b>1%</b>	<b>5%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad Ricardo Palma</b> Trabajo del estudiante	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.unan.edu.ni</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>elsidaenel2011.blogspot.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>www.scribd.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>fr.scribd.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER TITUTLACIÓN POR TESIS

 UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

**V CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS**

**CERTIFICADO**

Por el presente se deja constancia que el Sr.

**CARLOS FERNANDO ANTONIO ROJAS CHÁVEZ**

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis durante los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio del 2019, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA EL VIH EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR DEL 2019.**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido 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, 21 de enero de 2021

  
Dr. John De La Cruz Vargas  
Director del Curso Taller

  
Dra. María del Socorro Alvarista Gutiérrez Vda. de Bumbardén  
Decana

## ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<b>General</b>	<b>General</b>	<b>General</b>	<b>Dependientes</b>	
¿Cuál es la asociación entre conocimiento y actitud hacia el VIH con factores sociodemográficos en mujeres peruanas de 15 a 49 años, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019?	Determinar la asociación entre conocimiento y actitud hacia el VIH con factores sociodemográficos en mujeres peruanas de 15 a 49 años, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019.	Existe una asociación entre conocimiento y actitud hacia el VIH con factores sociodemográficos en mujeres peruanas de 15 a 49 años, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019.	Conocimiento sobre el VIH. Actitudes hacia el VIH.	Estudio observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal y datos secundarios
<b>Específicos</b>	<b>Específicos</b>	<b>Específicas</b>	<b>Independiente</b>	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>
¿Cuál es la asociación entre las mujeres de 20 a 29 años con el adecuado conocimiento y la actitud no discriminatoria hacia el VIH?	Determinar la asociación entre las mujeres de 20 a 29 años con el adecuado conocimiento y la actitud no discriminatoria hacia el VIH.	Existe una asociación entre las mujeres de 20 a 29 años con el adecuado conocimiento y la actitud no discriminatoria hacia el VIH.	Edad Lugar de residencia Grado de instrucción Índice de riqueza Estado civil	Fuente de datos secundaria (información recogida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.
¿Cuál es la asociación entre el grado de instrucción y el adecuado conocimiento sobre el VIH?	Determinar la asociación entre el grado de instrucción y el adecuado conocimiento sobre el VIH.	Existe una asociación entre el grado de instrucción y el adecuado conocimiento sobre el VIH.	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS</b>
			<b>Población</b>	Uso programa SPSS 26.0. para realizar el análisis descriptivo, y el análisis bivariado. Uso del programa STATA 15 para realizar el análisis multivariado para obtener la razón de prevalencia
			Mujeres de 15- 49 años registradas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 20019.	
			<b>Muestra</b>	
¿Cuál es la asociación entre el lugar de residencia y la actitud no discriminatoria hacia las personas con VIH?	Determinar la asociación entre el lugar de residencia y la actitud no discriminatoria hacia las personas con VIH.	Existe una asociación entre el lugar de residencia y la actitud no discriminatoria hacia las personas con VIH.	Biepática, probabilística, estratificada e independiente.	

Fuente: Elaboración propia

## ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre de variable		Definición operacional	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
1	<b>Conocimiento sobre el VIH</b>	Determinada por los conocimientos de los hechos esenciales relacionados con la transmisión del VIH.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> V754CP V754DP V754JP V756 S802E <b>Mod:</b> RE758081	1: Adecuado 0: No adecuado
2	<b>Actitud hacia el VIH</b>	Determinada por la posición que toma el individuo ante situaciones o políticas que devengan en un trato desigual hacia una persona viviendo con VIH.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> 807 812 <b>Mod:</b> REC91	1: Adecuado 0: No adecuado
3	<b>Edad</b>	Edad de la entrevistada en años y agrupadas por grupos etéreos determinados.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> V013 <b>Mod:</b> RE0111	1: 15-19 años 2: 20 a 29 años 3: 30 a 39 años 4: 40 a 49 años
4	<b>Lugar de residencia</b>	Tipo de zona del domicilio actual.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> V025	1: Urbana 2: Rural
5	<b>Grado de instrucción</b>	Determinada por el grado de estudios de la entrevistada.	Cualitativa	Ordinal	<b>CID:</b> V149 <b>Mod:</b> RE0111	0: Primaria 1: Secundaria 2: Superior
6	<b>Índice de riqueza</b>	Determinada por el poder económico de la familia basada en la información del Sistema de Focalización de Hogares (SIFOH) del periodo 2012-2013.	Cualitativa	Ordinal	<b>CID:</b> V190 <b>Mod:</b> REC0111	1: El más pobre 2: Pobre 3: Medio 4: Rico 5: Más rico
7	<b>Estado civil</b>	Determinada por la situación de la encuestada con otro individuo.	Cualitativa	Nominal	<b>CID:</b> V501 <b>Mod:</b> REC516171	0: Soltera 1: Casada 2: Divorciada

Fuente: Elaboración propia.

## ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**REPÚBLICA DEL PERÚ**  
**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA**  
**ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES CUESTIONARIO INDIVIDUAL**  
**ENDES**  
**MUJERES DE 12 A 49 AÑOS**

Fragmento de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019 que sirvió para el desarrollo de este trabajo.

V012	¿Cuántos años cumplidos tiene?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS
V025	Tipo de lugar de residencia	1: URBANO 0: RURAL
V190	Índice de riqueza	0: MÁS POBRE 1: POBRE 2: MEDIO 3: RICO 4: MÁS RICO
V149	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?	0: PRIMARIA 1: SECUNDARIA 2: SUPERIOR
V501	Estado civil	0: SOLTERA 1: CASADA 2: DIVORCIADA
802A	¿Cree Ud. que las personas tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH), si tienen una sola pareja sexual que no esté infectado y que no tenga otras parejas?	1: SI 2: NO 0: NO SABE
802B	¿Cree Ud. que las personas que usan condón cada vez que tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	1: SI 2: NO 0: NO SABE
802D	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por dar un abrazo, beso o caricias a una persona infectada?	1: SI 2: NO 0: NO SABE
802E	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) compartiendo alimentos o utensilios como cubiertos, vasos, etc. con una persona infectada?	1: SI 2: NO 0: NO SABE
	¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por la picadura de un mosquito?	1: SI 2: NO 0: NO SABE
812	¿Usted compraría verduras o frutas si supiera que el vendedor está infectado con el virus que causa el SIDA?	1: SI 2: NO 0: NO SABE
807	¿Si una niña o niño tiene una infección por el virus que causa el SIDA, se le debe permitir asistir a la escuela o colegio?	1: SI 2: NO 0: NO SABE

**ANEXO 11: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

REPÚBLICA DEL PERÚ

INSTITUTO NACIONAL  
DE ESTADÍSTICA E  
INFORMÁTICA

**ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y  
DE SALUD FAMILIAR  
ENDES**

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

CONGLOMERA			VIVIENDA			HOG		

**CONSENTIMIENTO**

Señora (Señorita), mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de salud de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijas e hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

SI, ACEPTA: 1

SI, EN OTRO MOMENTO: 2

NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3

**ANEXO 12: BASE DE DATOS**



**Lista que contiene el código de identificación de una parte de los participantes (La base de datos estuvo conformada por 32150 personas)**

000204601	2	007506701	1	000906701	2	008102001	2	001511301	2	008701502	2	019509901	1
000205201	4	007506702	2	000910501	2	008102401	1	001511301	6	008701503	2	019511501	4
000207701	4	007509901	4	000913801	2	008103101	2	001514501	2	008702801	3	019513301	1
000208001	2	007512501	2	000915501	2	008103901	1	001515001	1	008703101	2	019602501	4
000209401	2	007513401	2	000915601	2	008106701	2	001518301	1	008703301	1	019603601	3
000211701	1	007514701	1	000916101	3	008106901	4	001600701	3	008704301	1	019607601	2
000301001	2	007601501	1	001001501	2	008109601	2	001601701	2	008710001	2	019608701	2
000305001	2	007603901	2	001003201	1	008205701	3	001602601	1	008712201	2	019615601	2
000308301	2	007606701	2	001009301	2	008206901	2	001605101	2	008713201	1	019700601	1
000310401	2	007608901	4	001014601	1	008207601	2	001607101	2	008802602	2	019702501	4
000320001	2	007610401	3	001019101	2	008209901	2	001701901	2	008803801	1	019704101	4
000322501	2	007611901	2	001022701	2	008210201	2	001704201	4	008805701	2	019706401	3
000325801	2	007613501	2	001024301	2	008210401	3	001707401	2	008809001	2	019708601	2
000400101	2	007613701	1	001029501	1	008212801	3	001710801	3	008810101	2	019713001	1
000403801	2	007700801	3	001102101	2	008300701	2	001714101	1	008811201	4	019802201	1
000409001	2	007700802	2	001104301	2	008301701	2	001714901	2	008812701	2	019806601	2
000413001	2	007702801	1	001106901	2	008306701	2	001715801	2	008813401	2	019807801	2
000413101	2	007704701	2	001107501	2	008310001	3	001802201	2	008815001	2	019810801	2
000415901	2	007705101	2	001107701	1	008310601	2	001803101	2	008815002	2	019811101	2
000417401	4	007708301	1	001113201	2	008310701	2	001803201	2	008815003	1	019812601	4
000500501	2	007708801	2	001200401	2	008312001	1	001803601	2	008901301	2	019819601	2
000501101	2	007710501	2	001201301	2	008315401	1	001806701	2	008901901	7	019902601	2
000503401	2	007713001	1	001202101	2	008315401	3	001808101	2	008902701	2	019907301	2
000508001	2	007714701	2	001205101	1	008401501	3	001901101	2	008904701	3	019909301	2
000512001	1	007803001	2	001205601	2	008402501	2	001901101	4	008907301	1	019911101	2
000600101	1	007803601	2	001206101	2	008403601	2	001901601	2	008909801	2	019911101	4
000602501	2	007804401	3	001208401	2	008404201	2	001902001	1	009004301	2	019911701	1
000606601	2	007804801	2	001208501	2	008404501	2	001902601	2	009004901	2	019912001	2
000610701	1	007805801	2	001300601	2	008404701	2	001905501	1	009007501	2	019912301	1
000611601	2	007807201	2	001303101	3	008405201	2	001906401	2	009008801	2	020001701	2
000612701	2	007807401	2	001307801	4	008406901	3	001907501	3	009009201	2	020002501	1
000613201	1	007807801	1	001308801	1	008407101	1	001907801	4	009013001	2	020003601	2
000702001	2	007808101	2	001310401	1	008407601	1	001910101	3	009014001	1	020006501	2
000702501	2	007906301	1	001311001	2	008500301	2	002006701	4	009101601	1	020008501	1
000706201	2	007910601	3	001401301	2	008502101	1	002006702	1	009103601	2	020008701	2
000712001	2	007911501	1	001404101	2	008502401	2	002009001	2	009105901	2	020009801	2
002013401	3	009112101	2	003216301	2	010304801	2	003000401	2	010103801	2	022804401	5
002014801	2	009114301	3	003216401	2	010305801	5	003000601	1	010105101	1	022804701	2
002015301	2	009115001	3	003217501	1	010306001	4	003000701	2	010200101	3	022805501	2
002019201	2	009203601	2	003217601	2	010306101	2	003000801	2	010200201	1	022805701	3
002019601	3	009210901	1	003217701	2	010401601	2	003008701	2	010200301	2	022809301	4
002025301	2	009212301	2	003218101	2	010403601	2	003009001	2	010200401	3	022810301	3
002100101	1	009213301	1	003300301	2	010404001	2	003009101	2	010200401	5	022811301	2
002101201	2	009215101	2	003301501	2	010404401	2	003010201	1	010200501	2	022900601	2
002105101	2	009301701	2	003301701	2	010405001	2	003010601	2	010200601	1	022900701	2
002105901	1	009302201	2	003301801	2	010406501	1	003010601	7	010200801	3	022905101	2
002114701	2	009302301	2	003301901	2	010406601	2	003100701	2	010200901	1	022905201	2
002117501	2	009305801	2	003302001	2	010406801	1	003100801	6	010201001	2	022905301	1
002117901	1	009306001	1	003315801	3	010407201	2	003100901	2	010202001	3	022905401	2
002200201	2	009402001	2	003316301	1	010503101	2	003101101	1	010202101	2	022905501	2
002200401	2	009402801	2	003316401	2	010503201	2	003111701	2	010202201	2	022906301	2
002202501	2	009404301	2	003316501	2	010503301	2	003111901	2	010202301	2	023002001	3
002204501	2	009407401	5	003316601	1	010507101	2	003112001	2	010202401	2	023009101	2
002205101	2	009414101	2	003402601	2	010507201	1	003117901	2	010303901	2	023009201	2
002206901	2	009414901	2	003402701	1	010507401	2	003118001	2	010304001	2	023009301	2
002207001	1	009415701	2	003402901	2	010507501	2	003118101	2	010304101	2	023009401	2
002210101	2	009417901	4	003403001	1	010507901	1	003118501	2	010304201	2	023009501	2

002211801	2	009500801	1	003409901	2	010507902	1	003209701	2	010304301	2	023010101	2
002301901	2	009502201	3	003415901	2	010600601	2	003209801	2	010304401	2	023010201	2
002303601	2	009502501	2	003416001	2	010600701	2	003210001	2	010304501	2	023010401	2
002304301	2	009504601	2	003416201	2	010600801	1	003216201	2	010304601	2	023010501	2
002307201	2	009507201	3	003501501	1	010600901	2	023908101	2	003902501	2	023100301	2
002310401	2	009509701	1	003501701	1	010601001	3	023910301	1	003909301	2	023101701	2
002310901	2	009512301	2	003502201	2	010602101	2	024002001	1	003909401	1	023102601	2
002400101	2	009512901	2	003502301	2	010602301	2	024003401	1	003909601	2	023104901	2
002400801	1	009600301	2	003502401	3	010602501	3	024003601	2	003909701	2	023107001	2
002401501	3	009600401	2	003502501	2	010606401	2	024009701	2	004006601	3	023107701	2
002403001	2	009600701	2	003504701	2	010606501	2	024010101	2	004007201	2	023108801	4
002404701	2	009602001	2	003505101	2	010606701	2	024010801	2	004007301	2	023111901	2
002404901	2	009602201	2	003600601	2	010700401	4	024012301	4	004007401	1	023201101	6
002409001	1	009602701	2	003600701	2	010701101	2	024015201	4	004007501	2	023201201	2
002410401	2	009602901	2	003600801	2	010701201	2	024100701	2	004011801	2	023205001	2
002410601	1	009603201	2	003602101	3	010701301	2	024102201	2	004011901	2	023205401	2
002410601	2	009700501	2	003602401	2	010701401	2	024104701	2	004012001	2	023205501	1
002502501	2	009700801	2	003610701	2	010708201	2	024106201	1	004012101	2	023206501	2
002506201	2	009703101	1	003610801	2	010800101	2	024107401	2	004012201	2	023206801	1
002507601	2	009703901	2	003611001	2	010800201	2	024109201	3	004012301	3	023207102	2
002508701	2	009705201	2	003703801	2	010800501	4	024109601	1	004012401	2	023302101	2
002510201	2	009705301	2	003703901	2	010800601	2	024110201	4	004100101	1	023302401	4
002514301	2	009705701	2	003704001	2	010800701	2	024110401	2	004100201	3	023304101	3
002518501	2	009705901	2	003704101	1	010801101	1	024200601	1	004100301	2	023304501	2
002602201	2	009707401	2	003708001	2	010801201	3	024201401	1	004100401	1	023305101	2
002604101	2	009707501	2	003708101	2	010801301	2	024203001	2	004102701	1	023306401	2
002606601	2	009801001	2	003708201	2	010801601	4	024203001	6	004108701	2	023307201	2
002606801	2	009801101	1	003709801	2	010803701	4	024203301	3	004108801	1	023313601	2
002607601	3	009802101	2	003709901	2	010803801	3	024204201	2	004202401	2	023401101	1
002609101	5	009802201	2	003710001	3	010803901	2	024204901	3	004202501	2	023402101	3
002609801	4	009802301	2	003710101	2	010804001	1	024205801	2	004202601	2	023402301	2
002610101	2	009802901	4	003809001	2	010804101	2	024206601	1	004202801	2	023403201	3
002702501	1	009803001	2	003809101	2	010901001	2	024207801	1	004203301	2	023407001	2
002703301	2	009803101	2	003809301	2	010901101	1	024300401	2	004203801	4	023408501	1
002706501	2	009803201	2	003813601	2	010901301	2	024300401	3	004203901	3	023411501	1
002708301	1	009904001	2	003813701	3	010904101	2	024302401	1	004204001	2	023412501	2
002712401	2	009904101	5	003813801	2	010904301	2	024305201	2	004204501	2	023501301	2
002714201	2	009904301	2	003814001	2	010904501	2	024307901	2	004204701	2	023501601	3
002716501	2	009904401	2	003815101	2	010907501	2	024307902	4	011005401	2	023503501	2
002801201	2	009907001	2	003815501	1	010908001	2	024308101	2	011006301	2	023504701	2
002803201	2	009907101	2	003815601	2	011000601	2	024308101	3	011009501	2	023505701	2
002804301	2	009907401	3	003900101	1	011001201	2	024308801	2	011102401	2	023505901	1
002804401	2	009913501	2	003900201	2	011001301	4	024310501	2	011104601	2	023506001	2
002805101	2	009913601	2	003900301	3	011001401	1	024311401	2	011104701	2	023600701	2
002805901	2	009913701	2	003900401	2	011001801	2	024311401	4	011104801	3	023601701	1
002807901	2	009913801	2	003900501	2	011002501	2	024311701	2	011105801	2	023603601	1
002809901	3	010002501	2	003902101	2	011003201	4	024311701	3	011202701	2	023604201	2
002903201	2	010002601	2	003902201	2	011003701	2	024400701	2	011202801	1	023604501	2
002903301	4	010002901	2	021807501	2	024701301	2	024402002	2	011209301	1	023606201	2
002904201	2	010009401	3	021810301	5	024701701	2	024402003	2	011209701	2	023607501	1
002904301	2	010009501	2	021900601	2	024705101	1	024402901	2	011209801	2	023609301	1
002904401	2	010009701	2	021902001	2	024707801	1	024404001	2	011210801	2	023700601	4
002904501	2	010011501	1	021902401	2	024714501	2	024405501	1	011210901	3	023701801	2
002904601	2	010011601	2	021903501	5	024714501	3	024409401	1	011211001	2	023702501	2
002905701	2	010011701	2	021906301	2	024800601	3	024411101	3	011301401	2	023705901	1
002905801	1	010011801	2	021909101	2	024800601	5	024411101	5	011301601	2	023709001	2
002906001	2	010101101	1	021909601	2	024800601	7	024413301	2	011303101	1	023709401	2
003000101	2	010101701	2	021915601	4	024801301	2	024502101	1	011401101	2	023710301	2
021712901	1	024603401	1	022001901	2	024804001	3	024502101	3	011401301	2	023710801	2
021801101	2	024603801	2	022002401	3	024804001	4	024503801	2	011402201	1	023800301	3
021802701	1	024604601	2	022002801	2	024804001	6	024504501	2	011402301	1	023800901	3
021805601	1	024604901	3	024815501	2	024805301	2	024504601	2	011402901	3	023802201	1
021805801	1	024606701	2	024815501	3	024805501	2	024508701	1	011403101	2	023803801	1
021806901	1	024607201	2	024902701	7	024806501	2	024508701	2	011405201	4	023804101	2
025707201	2	024700201	2	024902701	8	024806501	3	024510001	2	011406001	1	023805001	2
025709101	2	012810201	2	024905401	1	024806901	3	024510001	3	011406101	2	023805801	2