



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADOS A CONDUCTAS DE
RIESGO PARA CONTRAER EL VIH EN USUARIOS DEL TARGA.
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO. 2014.**

**Para optar el Grado Académico de
Magister en Ciencias de la Salud
Mención Salud Pública y Docencia Universitaria**

Autor

ANGELA JAQUELINE ROMAN RIOS

Asesora

MG. MARÍA DEL PILAR MELGAREJO FIGUEROA

Huánuco – Perú

2016

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADOS A CONDUCTAS DE
RIESGO PARA CONTRAER EL VIH EN USUARIOS DEL TARGA.
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO. 2014.**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi Dios quien me dio todo lo que hoy tengo.

A mis padres por haberme inculcado con valor y moral para que sea lo que hoy soy.

A mi esposo por ser mi apoyo incondicional y a mis hijas por ser el motor de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento a mi Dios todo poderos quien me supo poner en los lugares exactos y con las personas exactas para la elaboración de la siguiente tesis.

Así mismo agradezco al equipo TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán por la información brindada y a los usuarios de este programa por su apoyo.

También un agradecimiento especial con todo el corazón a mis padres, mi esposo, mis hijas y hermanos por haberme apoyado día a día con este objetivo trazado en mi vida y ser mi fuente de inspiración

RESUMEN

El estudio tuvo el objetivo de determinar la asociación del nivel de conocimientos con las conductas de riesgo para contraer el VIH en usuarios del TARGA. H.R.H.V. – Huánuco. 2014. En una investigación con el método inductivo, de tipo no experimental, transversal y retrospectivo, con diseño descriptivo de nivel correlacional; siendo los principales resultados: El 35,4% fueron de veinte cinco a veintinueve años; el 77,1% fueron del género femenino; el 43,8% tuvieron secundaria completa. El 70,8% proceden se zona urbano marginal; el 54,2% son de unión estable. El 44,4% no conocen la vía de contagio sexual; el 51,4% no conocen la vía de contagio hemática; y el 60% no conocen la forma de transmisión en el embarazo. El 85,4% no reconoce cuando la sangre es segura; el 52,1% no conoce que existen exámenes para detectar a tiempo el VIH durante el embarazo; y el 79,2% si conoce que el preservativo evita el contagio de VIH. El 75% conoce como riesgo alto el sexo bajo efectos del alcohol; el 85,4% conoce como riesgo alto que el coito bajo efectos de drogas; y el 100% conoce que existe riesgo elevado el tener varias parejas sexuales ocasionales. La prueba estadística fue el Xi cuadrado relacional $p < ,005$, aceptando la hipótesis de investigación donde se concluye que los adultos tienen un nivel bajo de conocimientos sobre VIH y la conducta de riesgo a VIH es de riesgo alto.

Palabras Clave: Conocimientos y Conducta de Riesgo

ABSTRACT

The study aimed to determine the association of the level of knowledge with the risk behaviors to contract HIV in users of HAART. H.R.H.V. - Huánuco. 2014. In an investigation with the inductive method, of non-experimental type, transversal and retrospective, with descriptive design of correlational level; Being the main results: 35.4% were from twenty five to twenty-nine years; 77.1% were female; 43.8% had complete secondary education. 70,8% come from the marginal urban area; 54.2% are of stable union. 44.4% do not know the route of sexual contagion; 51, 4% do not know the route of blood contagion; And 60% do not know the form of transmission in pregnancy. 85.4% do not recognize when blood is safe; 52.1% do not know that there are tests to detect HIV in time during pregnancy; And 79.2% if they know that condoms prevent HIV transmission. 75% are known to be high risk of sex under the effects of alcohol; 85.4% are known to be at high risk of being sexually active under the influence of drugs; And 100% know that there is a high risk of having several casual sexual partners. The statistical test was the relational χ^2 $p < .05$, accepting the research hypothesis where it is concluded that adults have a low level of knowledge about HIV and the risk behavior to HIV is high risk.

Key words: Knowledge and Risk Behavior

PRESENTACIÓN

Las personas al momento que fueron contagiadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, se convierten en una problemática justificada para la investigación; el presente estudio bajo el propósito de diagnosticar cuanto conoce sobre el tema los pacientes seropositivos que acuden al programa de Tratamiento Anti retro Viral de Gran Actividad en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco y como se relacionan la infección a la forma de actuar de las personas; la presente investigación consta de siete ítems: 1. Introducción. 2. Referencia Teórica o Conceptual. 3. Metodología de Investigación. 4. Resultados. 5. Discusión de Resultados. 6. Conclusiones. 7. Recomendaciones y Referencias Bibliográficas.

INDICE GENERAL

Nº	Nombre	Página
	Resumen	5
	Abstract	6
	Presentación	7
I INTRODUCCIÓN		
1.1	Planteamiento del problema	9
1.2	Formulación del problema	11
1.3	Trascendencia teórica, técnica y académica	12
1.4	Antecedentes	13
1.5	Objetivos	18
II REFERENCIA TEÓRICO O CONCEPTUAL		
2.1	Breve referencia histórica	19
2.2	Marco conceptual	20
2.3	Teoría científica que los sustenta	30
2.4	Definiciones operacional de palabras clave	32
III METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN		
3.1	Método y nivel de investigación	33
3.2	Sistema de hipótesis, variables y esquema de diseño	34
3.3	Técnicas e instrumentos	36
3.4	Cobertura de la Investigación	41
IV RESULTADOS		
4.1	Presentación de resultados	44
V DISCUSIÓN DE RESULTADOS		
5.1	Verificación de la hipótesis, objetivos y problema	53
5.1	Nuevos planteamientos	54
	Conclusiones	56
	Recomendaciones	57
	Referencias bibliográficas	58
	Anexos	62

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Actualmente, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), evidencia un problema en la salud pública en todo el mundo.

Según la Organización Mundial de la Salud al año 2013 las tendencias están cerca de 38,8 de millones de personas infectadas por el VIH.¹

La región de África Subsahariana es una de las que tiene mayor prevalencia, con 22,9 millones de personas infectadas, el 2010 se llega al 68% en todo el mundo. Sudáfrica es uno de los países con mayores casos de personas con VIH, encontrando unos 5,6 millones de casos. Asia tiene una de las mayores poblaciones con personas contagiadas con VIH, existiendo 4 millones con el virus, reportadas en el año 2010. En Europa del este y Asia central, hasta el 2010, los casos de SIDA aumentaron a 1,5 millones. En Rusia y Ucrania representan entre el 90% de la epidemia regional. En el Oriente Medio y Norte de África se registraron 470 000, 000 adultos y niños infectados con VIH. Las muertes por SIDA se incrementaron desde 22 000,000 hasta 35 003,000 cifra hasta el año 2012.¹

En el Perú, según la OGE del MINSA Perú, hasta el año 2013, existen 51,136 casos de VIH, siendo el 73% reportada en la ciudad de Lima y Callao y 29,375 casos de SIDA.²

En Huánuco, según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú, hasta el año 2013, informa que existen 437 personas con VIH y 100 casos de SIDA.³

En relación al fenómeno del SIDA, por su impacto a nivel personal, profesional, social, cultural y económico, se observa que los comportamientos tienen, en la mayoría de los casos, una estrecha relación con los conocimientos, las creencias, las actitudes y los valores dentro de un contexto histórico y social. La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que se extendió a principio de la década de los ochenta, ha vuelto a poner en primer plano la intrincada relación existente entre la conducta del individuo y el desarrollo de una enfermedad.⁴

Esta problemática se convierte en la cuarta causa de mortalidad en el mundo. A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado. La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en la Región de Europa, pero en la Región de África se incrementaron, y en otras Regiones se mantienen, haciendo un promedio estable a nivel mundial.⁵

Según datos presentados por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú, en el Huánuco y en el Perú, el VIH/SIDA, se incrementado, y no se tiene información, sobre el nivel de conocimientos en cuanto a los factores de riesgo y prevención

del VIH, que tuvieron las personas al momento que fueron contagiadas, convirtiéndose en una problemática justificada para estudiar como parte de un problema de Salud Pública.⁶ El incremento de los comportamientos de riesgo, principalmente relacionadas con el consumo de alcohol, las drogas y las relaciones sexuales sin protección, se han visto influenciadas por problemáticas sociales como: El abuso, la explotación sexual de menores y sexo por dinero.⁷ Lo antes mencionado nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación del nivel de conocimientos con las conductas de riesgo para contraer el VIH en usuarios del TARGA. Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco. 2014?

Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en usuarios del TARGA?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre vías de contagio de VIH en usuarios del TARGA?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre prevención de contagio de VIH en usuarios del TARGA?
4. ¿Cuáles son las conductas de riesgo en usuarios del TARGA según: relaciones coitales bajo efectos del alcohol, relaciones coitales bajo efectos de drogas, múltiples parejas sexuales ocasionales?

1.3.Trascendencia Teórica Técnica y Académica

Teóricamente, en nuestro País los pacientes con VIH hasta el año 2013, fueron 51,136 infectados; según la Dirección Regional de Salud Huánuco los casos de VIH hasta el año 2013, fueron 437 casos; el VIH que pasaron a estadio SIDA fueron 29,375 enfermos y 100 en Huánuco,⁸ de seguir con esta situación se advierte el incremento de muerte por esta enfermedad y con ello familias desintegradas y con estigmatismos en la sociedad.

Técnicamente, nuestro hospital, está clasificado como complejidad II - 2, según norma técnica que rige en todo la Nación,⁹ maneja el programa de TARGA específicamente para VIH, creada en Septiembre del año 2012 como parte de los lineamientos de atención a las personas, así asume la responsabilidad de dar tratamiento a las personas con VIH/SIDA, siendo esta población estudiada.

Académicamente, la universidad a través del post grado impulsa a la comunidad académica a la investigación.¹⁰ Así mismo la presente investigación aporta a las para futuras investigaciones como antecedentes.

1.4. Antecedentes Inmediatos

1.4.1. Antecedentes Internacionales:

En Colombia, Cali el año 2011 Uribe, Orcasita y Vergara¹¹ realizaron el estudio denominado: factores de riesgo para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de deficiencia adquirida en adolescentes y jóvenes colombianos, determinando los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia en adolescentes y jóvenes entre los 10 y 23 años de instituciones educativas públicas de diferentes ciudades. El estudio fue descriptivo. Aplicaron la medición VIH/Sida-65 y la Autoeficacia (SEA- 27). Siendo los resultados: 1. Los conocimientos adquiridos no se reflejaban en las costumbres y continuaban presentando ideas erróneas sobre el tema; 2. La edad, los conocimientos disminuyen a mayor edad, al igual que las actitudes, susceptibilidad y autoeficacia. Concluyendo que: es necesario que se desarrollen intervenciones orientadas hacia el cambio de conducta, la edad, género, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico.

En Colombia, Cali en el 2011 Uribe, Orcasita y Vergara¹² realizaron una investigación en Cali-Colombia, denominada: conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios, donde describieron las principales conductas de riesgo en estudiantes en universitarios, Las investigadoras usaron el diseño descriptivo de nivel correlacional. Los resultados mostraron un alto nivel de

conocimientos del tema, sin embargo no se evidencian cuando tienen que ponerlas en práctica. Presentándose prevalencia elevada por no usar condón, los encuentros sexuales ocurren a edades cada vez más tempranas y hay aumento en el número de parejas sexuales, aspectos que aumentan la vulnerabilidad frente a la infección.

En Cuba, La Habana hacia el 2008 Castro¹³ realiza la investigación titulada: conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de deficiencia adquirida en adolescentes. La investigadora utiliza un diseño descriptivo, a un grupo de adolescentes de la localidad de Punta Brava, Municipio La Lisa; usando un muestreo simple aleatorio con 95 % de confiabilidad. Los resultados fueron que: hubo un predominio del sexo femenino, el grupo de edades de 13 a 14 años y los que cursan el 9no grado. Se apreció que la minoría de los estudiantes ya había iniciado sus relaciones sexuales. Se demostró la existencia de prácticas sexuales de riesgo como: edad de inicio precoz entre 12,5 y 13.7. Motivación errada para iniciar la vida sexual, gran número de ellos ha tenido más de 3 parejas sexuales, aunque predominó el uso del condón como medio de protección, no es usado con la frecuencia adecuada.

1.4.2. Antecedentes Nacionales:

A nivel nacional conjuntamente con el País carioca Silva, Andrade, Palacios y et al.,¹⁴ realizaron la investigación denominada nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres; con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo de adolescentes mujeres sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en un Programa de Adolescentes de un hospital público; utilizando un diseño descriptivo; con los siguientes resultados: edad de predominio entre catorce y dieciséis años, solteras y con estudios de media. El conocimiento que predominó fue regular. No se observó correlación entre los niveles de conocimientos y las variables sociodemográficas; concluyendo en la necesidad de reforzar y evaluar el Programa de Adolescentes creando una interiorización y concientización de las usuarias para que mantengan una adecuada salud reproductiva.

En Perú, Lima el 2011 Gómez,¹⁵ realizó la tesis denominada conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo; los investigadores determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad que tienen los adolescentes; el diseño fue descriptivo;

los resultados fueron: 1. El 99,10%, ha recibido algún tipo de información con respecto a sexualidad. 2. La fuente adquirida fue de los profesores 81,86%. 3. El 99,60% de los alumnos conocen de la existencia de las infecciones de transmisión sexual, siendo las más conocidas el VIH/SIDA 99,12%. 4. El 98,7% sabe que estas infecciones se pueden contagiar y que también se puede prevenir; a pesar de esto solo el 30,97% conoce las tres formas correctas de prevenirlas. 5. El 99,6%, conocen de la existencia del VIH/SIDA 6. El 99,6% de los alumnos conoce de la existencia de los métodos anticonceptivos siendo los más conocidos la Píldora 93,81%. 7. El 71.68% de los alumnos está de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos por los adolescentes antes del matrimonio. 8. El 31% de los alumnos ya han tenido actividad sexual. 9. El 56,9% usó algún método anticonceptivo siendo el preservativo 80,5% el más usado. Concluyendo que la mayoría tienen el conocimiento adecuado, las actitudes y práctica están ligadas a factores de riesgo.

En Perú, Tarapoto en el año 2012 Arrasco y Gonzales,¹⁶ realizaron la investigación denominada relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo. Junio - Agosto 2012; con el objetivo de determinar la relación entre “El Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas Sobre Infecciones de

Transmisión Sexual VIH-SIDA; utilizando un diseño descriptivo de nivel correlacional. Los resultados muestran que la mayoría de los estudiantes presentan un nivel de conocimiento medio (74,0%) y una práctica adecuada (64,9%). La prueba Chi Cuadrado demostró que no hay relación directa χ^2 (5,991= $p > 0,05$) rechazando la hipótesis de estudio. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA no tiene una relación directa ($p > 0,05$) con la práctica preventiva; dentro de las características socio demográficas predominantes de la población de estudio son: edad promedio es de 16 años (62,3%), sexo masculino (57,1%), viven en zona urbana (87%), soltero (97,4%). El nivel de conocimiento es medio (74,0%), y las prácticas adecuadas (64,9%); concluyendo que un conocimiento medio determina práctica adecuada en nuestra población de estudio.

1.4.3. Antecedentes Locales:

En Perú, Huánuco en el año 2007 Manrique de Lara Suarez, Miraval, y et al.,¹⁷ realizaron la investigación denominada: efectividad de un programa educativo para promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA de la institución educativa pública Illatupa – Huánuco, con el objetivo de determinar la efectividad de un programa educativo, utilizando un diseño cuasi experimental; siendo los resultados después de la aplicación del

Programa Educativo se produjo entre ambos grupos un incremento en el nivel de conocimientos relacionados a formas de contagio, prevención y tratamiento, observándose diferencias estadísticas significativa ($\chi^2 = 9,22$). En el grupo experimental se encontró una diferencia significativa en los conocimientos ($\chi^2 = 5,83$). Concluyendo que las actitudes relacionadas a rechazo o abandono de una persona infectada, prevención con el uso del condón, postergación de las relaciones sexuales.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar la asociación del nivel de conocimientos con las conductas de riesgo para contraer el VIH en usuarios del TARGA. Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco. 2014.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los usuarios del TARGA.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre vías de contagio de VIH en usuarios del TARGA.
3. Identificar el nivel de conocimientos sobre prevención de contagio de VIH en usuarios del TARGA.
4. Conocer las conductas de riesgo en usuarios del TARGA Según:
Relaciones coitales bajo efectos del alcohol, relaciones coitales bajo efectos de drogas, múltiples parejas sexuales ocasionales.

2. REFERENCIA TEÓRICA

2.1. Antecedentes Históricos

Juana Ruth Dionicio Sifuentes,¹⁸ en un estudio comparativo entre la Costa y la Sierra donde incluyó a la Región de Huánuco, en el año 2004, realizó la tesis con fines de obtener el grado de magister en salud reproductiva en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú, denominada: los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes ante las Infecciones Transmisión Sexual; fue un estudio comparativo en poblaciones de la costa y sierra. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y su influencia sobre las actitudes y prácticas de los adolescentes en diferentes niveles educativos incluidos la costa y la sierra; utilizando un diseño analítico; siendo los resultados: el nivel de conocimientos en la costa fue significativamente adecuado con el 53,7% y en la sierra el 43,6%. Los conocimientos fueron adecuados en los alumnos del quinto año con un 43,6% y en los alumnos del tercer año fueron 41,7%. A mayor nivel de conocimientos mejora sus actitudes independientemente del lugar de procedencia. Concluyendo que no hubo relación entre los conocimientos y las prácticas sexuales.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Virus de inmunodeficiencia humana

Patogenia:

Los virus están clasificados como retrovirus, los cuales son virus que usan ácido ribonucleico (ARN) que se replican mediante un ácido desoxirribonucleico (ADN) intermediario, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente del ARN y que se encuentra dentro del virión. Este grupo enzimático permite transcribir información genética de tipo ARN a ADN, siendo así únicamente el proceso para este virus.

Así mismo, la familia de los retrovirus está desglosada en varias subfamilias: *oncoviridae*, *espumaviridae* y *loslentiviridae*, las cuales son de diferentes características.

Los virus de esta familia causan destrucción lenta y progresiva de las células que infectan, provocando enfermedad en los seres humanos, específicamente el tipo 1 y 2, descubiertos 1983 y 1986, respectivamente.

El tipificado 1 tiene múltiples serotipos y se clasifican en: M (*main*), O (*outlier*) y N (New, No M, No O).

El M provoca la mayoría de las infecciones en el mundo y se son los serotipos: A, B, C, D, E, F, G, H, J, K; en este grupo se han identificado las cepas recombinantes que incorporan genes de combinaciones de algunas de las cepas. El grupo O, se ha encontrado en cierta parte de África y los exámenes de

laboratorio son muy sensibles a su diagnóstico y el N de poca frecuencia generalmente proviene de Camerún.

En Cuba, el tipo B es el que predomina, las cepas progresan en forma rápida cuando cambia al estadio SIDA, existiendo una respuesta mínima al tratamiento y es dificultoso el diagnosticar la lectura de los virus y existe la transmisibilidad en personas que viven con VIH, lo que ayuda a la reinfección.

Por su parte, el VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C y E.¹⁹

Vías de transmisión

- 1. Vía sexual.-** Es una de las primeras vías por la que la población se infecta a nivel mundial. Se encuentra entre ellos las relaciones heterosexuales, la penetración por el ano, en conducto vaginal y por la boca; también aumentan los varones que tienen sexo con otros varones, al igual que si tienen otras infección de transmisión sexual al momento de las relaciones coitales desprotegidas.
- 2. Uso de sangre contaminado.-** Esta vía se mantiene en vigilancia epidemiológica, a pesar de ello no se elimina por completo la probabilidad de trasmisión, ya que existe el periodo de ventana en la cual el resultado es falso negativo, porque no se encuentra anticuerpos. El consumo de sustancias psicoactivas como drogas en nuestro medio no es

frecuente. Así mismo es menester señalar que el virus del VIH no está presente en el ambiente, la infección se da cuando existe contacto directo con secreciones infectadas, siendo así existen medidas de protección para los servidores de salud como la Bioseguridad.

3. Trasmisión de la madre al feto o trasmisión vertical.- Esta incluye 3 momentos: vía transplacentaria, en el parto al contaminarse el canal blando y en la secreción lactaria. Existe riesgo para transmitir al feto esto oscila entre el 15 y 45 %, reduciéndose hasta el 1 % cuando se administra terapia antiretroviral en las semanas correspondientes.²⁰

Evolución

Las tres primeras publicaciones correspondientes a la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana son desde los años 1981, donde los investigadores describen una serie de procesos caracterizados que evolucionan a la depresión severa de la inmunología y son rápidos en su evolución cuando anteriormente estos sujetos eran sanos, apareciendo enfermedades poco comunes de orden infecciosos y oportunistas como la neumonía por *Pneumocystis Carinii*, la candidiasis esofágica, o lesiones herpéticas ulcerativas y de neoplasias poco frecuentes como el sarcoma de Kaposi, la cual presentaba una distribución epidemiológica distinta la conocida

hasta entonces. El uso de la Pentamidina advirtió la rareza del caso e informado por el Centro para el control de las enfermedades en Los Ángeles (USA), donde el tratamiento de la neumonía por *Pneumocystis Carinii* en cinco personas homosexuales aumentaba la frecuencia del Sarcoma de Kaposi en Nueva York.

La circunstancia de vigilancia en epidemiología de la enfermedad que afectaba a varones homosexuales hizo la denominación de GRID, pero al percatarse que afectaba a otro grupo poblacional como los consumidores de drogas que se inyectaban, en personas con transfusión de sangre en forma permanente por otras enfermedades (hemofílicos) y en provenientes de Haití, hizo que se desechara estas siglas, y se planteara como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Comenzaron a surgir hipótesis sobre el origen del SIDA, algunas más exactas que otras, se contagiaban al contacto con el esperma o con la ingestión de nitrato de amilo, usado como estimulante en la población homosexual. Surgió así la descripción de las primeras clasificaciones médicas desde el centro para el control de las enfermedades (EE.UU.), donde se puso en evidencia la presencia de un nuevo agente infeccioso, muy vírico, ocasionando el SIDA.

2.2.2. Nivel de conocimientos

Concepto

El conocimiento, ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos; ya que es una piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo. La actividad de “conocer” es un proceso intelectual por el cual se establece una relación entre quien conoce (sujeto o actor) y el objeto (material o inmaterial).

El cual es descrito por filósofos y estudiosos de acuerdo a su concepción, siendo:

Rossental – Iudin (1980:80):”Conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social, se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”.

Eyssautier (2002) “Conocimiento es todo aquello que capta la mente humana de los fenómenos que lo rodea.”

Afanasiev V. (1984:13):”El conocimiento consiste en la asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo

objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico.”

Salazar Bondy: Desde el punto de vista fisiológico, define al conocimiento primero como un acto (conoce el producto) y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto, este conocimiento se puede adquirir, acumular ,transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje.

También el conocimiento implica una relación de dualidad, el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en este proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: “acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa”. Entonces se podría concluir que el conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones o actividades de quien aprende.

Clases de conocimiento:

- 1. Conocimiento cotidiano o vulgar:** Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser a metódico, asistemático, el conocimiento se adquiere en la vida diaria; en el simple contacto con las cosas y con los demás hombres. No explica el “como”, ni el “porque” de los fenómenos.

- 2. Conocimiento científico:** Es fruto del esfuerzo, consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas, empieza el conocimiento científico; actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica, pues trata de captar los fenómenos, conservando principios, hipótesis y leyes científicas. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.

Formas de adquirir el conocimiento:

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y prácticas frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- 1. Lo informal;** mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud – enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- 2. Lo formal;** es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadores donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Existe la probabilidad de que por falta de información: Una gran proporción de personas no les preocupa la posibilidad de infectarse debido a que en muchos casos no cuentan con la información necesaria, que les indique la gravedad de la enfermedad. Los conocimientos y la percepción de riesgo sobre el VIH/SIDA son prerequisites importantes para el cambio de comportamiento, pero son insuficientes.²¹

2.2.3. Conductas de riesgo

Riesgos por prácticas sexuales: muchos jóvenes inician sus relaciones sexuales a temprana edad, lo que hace que se expongan a infecciones como el VIH/SIDA debido a la falta de protección en las relaciones

sexuales. Riesgos por uso de alcohol y drogas: los efectos de estas sustancias generan un nivel de desequilibrio en las personas, que los exponen a conductas de alto riesgo, siendo incapaces de razonar y de poner en práctica la prevención para no infectarse. Riesgo por condición social y económica: la pobreza es una condición de vulnerabilidad frente al VIH, prueba de ello es que el 95% de los casos en VIH se presenta en países en desarrollo. Riesgo por transfusiones de sangre o de sus derivados estos casos son pocos en el país debido a los controles establecidos para evitar el riesgo de infección por esta vía. La expansión de la epidemia ha producido un giro hacia la transmisión heterosexual y las tasas de infección en las mujeres. Pero más allá de las estadísticas disponibles, hay profundas diferencias entre hombres y mujeres en las causas subyacentes de la infección por el VIH/SIDA y sus consecuencias, que reflejan las diferencias biológicas, de comportamiento sexual, de actitudes y presión social, y de poder económico que influyen en la vulnerabilidad a la infección. Otro aspecto importante a considerar es el promedio de parejas sexuales en hombres y mujeres. En varios países europeos los hombres presentan una media superior a la de las mujeres y éstas suelen tener parejas sexuales más estables, frente a una mayor frecuencia de relaciones esporádicas entre los hombres.²²

El uso correcto y consistente del condón es una medida muy efectiva para la prevención de embarazos y de las ITS. A pesar de sus muchas ventajas (ausencia de sofisticación, bajo precio, facilidad de

distribución) tiene una notable limitación, al estar su uso influido por cuestiones sociales y culturales que dan su control al hombre.

Los factores de desigualdad que intervienen en los encuentros afectivos y sexuales se intensifican en los contextos de exclusión social y/o pobreza. Debido a las desigualdades de oportunidades en el mercado laboral, una vía alternativa para muchas mujeres es la prostitución o el trabajo sexual. Sin entrar en el análisis de su definición, el hecho de intercambiar sexo por dinero, regalos, favores, seguridad o para pagar droga y deudas contraídas con las redes organizadas de tráfico de mujeres y de inmigración ilegal pone a las mujeres en un riesgo especial de adquirir la infección. Las mujeres jóvenes en riesgo de exclusión social son especialmente vulnerables y a tener embarazos no deseados como resultado de las presiones sociales, económicas y de género a las que tienen que hacer frente en sus encuentros sexuales. Junto a los factores de riesgo asociados a la juventud, vulnerabilidad, como la falta de educación o la falta de apoyo familiar y social, que puede privarlas de un apoyo afectivo esencial a la hora de prevenir las prácticas de riesgo.

2.3. Teoría Científica que los Sustenta

En cuanto al equilibrio entre el conocimiento y el comportamiento o conducta, en este último la cultura y la sociedad tienen efectos poderosos, ya menudo contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH por no comprender plenamente el alcance de su exposición al riesgo y los resultados potencialmente peligrosos.²³ Lo anterior pudiera estar condicionado por las características propias de esta etapa de la vida, donde muchos comportamientos están en fase de conformación, entre ellos, el área de la sexualidad constituye un aspecto de especial importancia como parte del proyecto de vida de cada joven, que se va estableciendo en sus formas de manifestar las organizaciones valorativas, conocimientos, creencias y actitudes de forma estable en su vida sexual, y en los que los maestros y educadores pares son una fortaleza, siempre que reciban las herramientas para poder hacerlo. Para los jóvenes en este grupo de edad, los riesgos que presenta el VIH pueden ser particularmente difíciles de comprender, como este virus tiene un largo período de incubación, el comportamiento arriesgado de una persona no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas, esto puede estar explicando el comportamiento riesgoso de algunos adolescentes estudiados en cuanto al cambio frecuente de pareja, en mayor cuantía el no uso sistemático del condón y la baja percepción de riesgo que expresaron, lo que constituye riesgos potenciales en la infección con enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH con su

consecuente SIDA. De este modo se llegó a la conclusión de que existe disonancia entre el apropiado nivel de conocimientos que poseen los jóvenes sobre cómo prevenir la transmisión del VIH y la presencia de comportamientos sexuales no adecuados al respecto, lo que concuerda perfectamente con la baja percepción de riesgo de contraer la enfermedad que en general expresan.²⁴

Los varones se exponen a conductas de riesgo en mayor porcentaje que las mujeres: un mayor número de varones que de mujeres adolescentes tuvo una pareja ocasional en el último contacto sexual con penetración, consumió drogas en esta ocasión y ha tenido un mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida. Por otra parte, un mayor número de mujeres no utilizaba el preservativo con pareja fija en comparación con los varones. Este hallazgo es congruente con otras investigaciones recientes en las que se reveló que las mujeres tenían un mayor riesgo que los varones para no utilizar el preservativo en la última relación sexual con una pareja estable.²⁵ Este hecho podría ser debido a influencias de la percepción de las adolescentes sobre su relación de pareja de forma que dentro del contexto de una relación estable se perciba como menos importante el uso del preservativo y no usarlo no se considere como una práctica de riesgo.²⁶

2.4. Definiciones Operacionales de Palabras Clave

2.4.1. Conductas de riesgo.- Actitudes que pueden provocar un daño en la salud; estas conductas son acompañadas por la ingesta de alcohol y drogas.

2.4.2. Conocimientos.- Conceptos sobre el tema, las cuales expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.

2.4.3. TARGA.- Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

2.4.4. VIH.- Virus de Inmunodeficiencia Humana.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método y Nivel de Investigación

3.1.1. Inductivo, porque es el proceso de conocimiento que se inicia por la observación de fenómenos particulares con el propósito de llegar a conclusiones generales.²⁷

3.1.2. Tipo

3.1.2.1. Según la intervención del Investigador

Observacional: No existió intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.

3.1.2.2. Según la planificación de la toma de datos

Prospectivo: Los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación de fuente primaria.

3.1.2.3. Según el número de ocasiones en que mide la variable

de estudio: Transversal, porque los datos fueron recogidos en una sola ocasión.²⁸

3.1.3. Nivel de Investigación:

El Autor José Supo,²⁹ menciona que la estructuración y organización de conceptos, provienen de los diferentes campos del conocimiento en salud: **Correlacional**, porque medió la asociación entre ambas variables.

3.2. Sistema de Hipótesis, Variables y Diseño

3.2.1. Hipótesis

H_i El nivel de conocimientos está asociado con las conductas de riesgo para contraer el VIH en usuarios del TARGA. Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco. 2014.

H^o El nivel de conocimientos no está asociado con las conductas de riesgo para contraer el VIH en usuarios del TARGA. Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco. 2014.

Hipótesis estadística de correlación:

H_i: $r_{XY} \neq 0$ (no es igual a cero, o ambas variables están correlacionadas).

H_i: $r_{XY} = 0$ (“las dos variables no están correlacionadas; su correlación es cero”)

3.2.2. Sistema de Variables

Variable Independiente: Nivel de conocimientos

Variable Dependiente: Conductas de riesgo del usuario

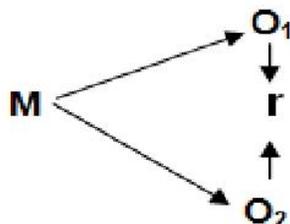
Variables Intervinientes:

1. Género
2. Instrucción
3. Procedencia
4. Estado civil

Operacionalización de Variables:

Variable		Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valor Final
INDEPENDIENTE	Nivel de conocimientos	Conocimientos sobre vías de contagio de VIH	• Conocía las vías de contagio sexual	Cualitativa	Nominal	Escala de Stanones: Alto Bajo
			• Conocía la vía de contagio hemática			
			• Conocía la vía de contagio vertical			
		Conocimientos sobre prevención de contagio de VIH	• Conocía el uso del preservativo			
			• Conocía el uso de sangre segura			
			• Conocía la prueba de detección precoz en el embarazo sobre el VIH			
DEPENDIENTE	Conductas de riesgo	Conducta sobre las relaciones coitales bajo efectos del alcohol	Tuvo relaciones coitales bajo efectos del alcohol	Cualitativa	Nominal	Riesgo alto Riesgo bajo
		Conducta sobre las relaciones coitales bajo efectos de drogas	Tuvo relaciones coitales bajo efectos de drogas			
		Conducta sobre múltiples parejas sexuales ocasionales	Tuvo múltiples parejas sexuales ocasionales			
INTERVINIENTE	Género	Sexo	-	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
	Instrucción	Grado de Instrucción	-			Primaria Secundaria Técnico Universitaria
	Procedencia	Lugar de Origen	-			Urbana Rural Urbano marginal
	Estado Civil	Unión Conyugal	-			Soltero Casado Unión estable
	Edad	Años cronológicos	-			Adolescente Adulto Joven Adulto

3.2.3. Diagrama:



Donde:

M = Muestra

O₁ = Observación de la V. 1.

O₂ = Observación de la V. 2.

r = Correlación entre dichas variables.

3.3. Técnicas e Instrumentos

3.3.1. Técnica: Fue a través de una entrevista.

3.3.2. Instrumento: Fue a través de una guía de entrevista elaborada por la investigadora.

3.3.3. Definición Operativa del Instrumento Recolección de Datos

Todos los instrumentos de recolección de datos, fueron sometidos a una validez cualitativa de contenido, en la cual se consideraron tres juicios de expertos (anexo 2). Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos, en la validez por consistencia interna o confiabilidad, se tuvo en cuenta la naturaleza de las respuesta del instrumento de recolección de datos, se aplicó el KR de Richardson, por tener opciones de respuestas dicotómicas [nivel de conocimientos y conductas de riesgo (Alto, Bajo)].

Tabla A

Estimación de la confiabilidad por el
Método de KR de Richardson

	(n _p = 10)
Instrumento inferenciable	KR
Nivel de conocimiento	0,94
Conductas de Riesgo	0,81
	$\bar{x} = 0,88$

Fuente: prueba piloto

Tal como lo evidencia la presente tabla, la variable obtuvo una confiabilidad aceptable ($KR=0,88$) para ser aplicados a la muestra en estudio.

3.3.4. Técnica de Recojo, Procedimientos y Presentación de datos

- a. Autorización.-** Se gestionó con los coordinadores del TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco los permisos respectivos para la aplicación del instrumento.
- b. Identificación.-** Se identificó a los pacientes, y se les realizó una explicación previa de la investigación y los que aceptaron firmaron la autorización (anexo 3). Se clasificaron los pacientes a ser entrevistados individualmente.
- c. Selección de participantes.-** Luego de firmado el consentimiento se procedió a seleccionar a cada paciente según criterios de inclusión.
- d. Aplicación del instrumento.-** Se procedió a aplicarse la guía de entrevista, por parte de la investigadora.
- e. Despedida.-** Una vez concluido la aplicación del instrumento, se procedió a agradecerles por su participación.

- f. Digitación.-** Una vez obtenida la información fue digitada en una base de datos en Microsoft Excel, la cual era ingresada diariamente.
- g. Archivo.-** Toda la documentación se encuentra en la base de la investigadora en calidad de custodia hasta dos años.
- h. Consideraciones ética³⁰.-** La presente investigación se realizó respetando las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, tomando del manual de procedimientos de la **oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación (OPHSI)** y del **comité institucional de ética para humanos (CIE)**. El principio de justicia hace referencia a la igualdad de todo ser humano, independientemente de su raza, credo, sexo, y condición social, se hace necesario tender a la menor desigualdad. Categoría de investigación de “Ningún Riesgo” (exoneración de revisión): La investigación que involucra el Consentimiento Informado A. Información General Los participantes deben aceptar libremente a contribuir con su tiempo y esfuerzo en cualquier tipo de investigación en humanos. El participante deberá dar su consentimiento únicamente después haber entendido íntegramente lo que está consintiendo, y cualquier riesgo en el que pueda ser involucrado. Debe asegurarse a los participantes que no habrá ninguna multa por negarse a

participar, y que son totalmente de retirarse de la investigación en el momento en que lo quieran, sin sufrir ningún tipo de multa o perjuicio por ello. Los requisitos para un adecuado consentimiento informado son usualmente satisfechos si este se informa adecuadamente, ya sea oralmente o por escrito, de: (1) la naturaleza general y propósito de la investigación, (2) los procedimientos a los que el participante estaría aceptando participar, y los riesgos, la cantidad de tiempo y esfuerzo requeridos en cada uno, (3) que la privacidad del participante se respetará, (4) que la participación es totalmente voluntaria y el participante es libre retirarse cuando desee y que es libre para rechazar su participación en cualquiera de los procedimientos a los que el participante pueda ser objeto, y (5) a quien puede contactar para recibir mayor información respecto a la investigación.

i. Elaboración de los datos

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica, cada uno de los instrumentos que se utilizó; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a las

respuestas esperadas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

j. Análisis e interpretación de datos: Análisis descriptivo.-

Se analizó de acuerdo a las características de cada una de las variables según el grupo de estudio, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó (categórica o numérica); Se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, en cada caso trataremos de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

Análisis inferencial.- Se consideró varias medidas, ya que se buscó, en primera instancia, identificar las variables con categorías diferentes, luego de ello se procedió a hallar el chi cuadrado.

k. Formulación de hipótesis

En el presente estudio, se utilizó la prueba de chi cuadrado de correlación, de observar un conjunto concreto de frecuencias a, b, c y d en una tabla 2 x 2 cuando se asume independencia y los totales de filas y columnas se consideran fijos viene dada por la distribución

hipergeométrico. Se utilizó para analizar una tabla de contingencia de 2x2 y probar si la variable de fila y la variable de columna son independientes:

H₀: la variable de fila y la variable de columna son independientes. H_i: la variable de fila y la variable de columna son dependientes.

3.4. Cobertura de la Investigación

3.4.1. Población

Estuvo compuesta por todos los usuarios que acudieron al programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, ubicado en el Jr. Hermilio Valdizán # 950. Siendo N=120.

3.4.2. Tamaño de la muestra

Tamaño de la muestra para la población finita y conocida:

Fórmula³¹ alfa:

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

Dónde:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 120

z: valor correspondiente a distribución gauss: **z_α** = 0,05 = 1,96

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar: 70% = 0,7

q: 1 – p (si p = 70 %, q = 30 %) = 0,3

i: error que se prevé cometer si es del 10 %: $i = 0,1$

$$n = \frac{1,96^2 * 120 * 0,7 * 0,3}{0,01(120-1) + 1,96^2 * 0,7 * 0,3}$$

$$n = \frac{96,80832}{1,996736} = 48,48$$

n = 48 pacientes

3.4.3. Características de la Población:

a. Criterios de inclusión

1. Usuarios inscritos en TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.
2. Usuarios continuadores.
3. Usuarios mayores de 18 años.
4. Usuarios con historia clínica completa.
5. Usuarios que acepten ser incluidos en la investigación, mediante el consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión

1. Usuarios no inscritos en TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco.
2. Usuarios que no son continuadores.
3. Usuarios menores de 18 años.
4. Usuarios sin historia clínica completa.
5. Usuarios que no acepten ser incluidos en la investigación, mediante el consentimiento informado.

c. Ubicación del espacio

Se realizó en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

d. Ubicación del Tiempo

Durante el año 2014.

e. Muestreo

Probabilístico, aleatoria simple.

f. Unidad de Análisis

Cada paciente con VIH

g. Unidad de Muestreo

Cada paciente con VIH tratado en el TARGA

h. Marco Muestral

Teniendo como muestra 48 pacientes, ubicados mediante una relación de pacientes ingresantes al programa TARGA.

4. RESULTADOS:

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADOS A CONDUCTAS DE RIESGO
PARA CONTRAER EL VIH EN USUARIOS DEL TARGA.
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO. 2014.**

Tabla N° 01

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Datos Sociodemográficos		N	%
Edad	18 a 19 años	2	4,2
	20 a 24 años	4	8,3
	25 a 29 años	17	35,4
	30 a 34 años	7	14,6
	35 a 39 años	12	25,0
	Más de 40 años	6	12,5
Género	Femenino	37	77,1
	Masculino	11	22,9
Nivel Educativo	Primaria	8	16,7
	Secundaria	21	43,8
	Técnico	10	20,8
	Universitaria	9	18,8
Lugar de Procedencia	Urbana	9	18,8
	Rural	5	10,4
	Urbano marginal	34	70,8
Estado Civil	Soltero (a)	18	37,5
	Casado (a)	4	8,3
	Unión estable	26	54,2

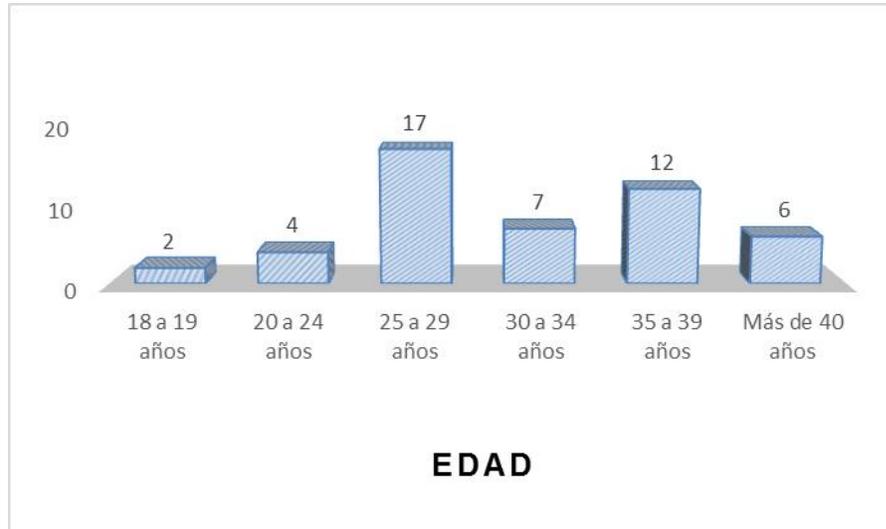
FUENTE: Ficha de recolección de datos.

Total: 48 personas

Interpretación: En la tabla 1 y figuras 1, 2, 3,4 y 5 se observa los datos sociodemográficos: Según la edad de 18 a 19 años existen 2 personas (4,2%), 4 de 20 a 24 años (8,3%), 17 de 25 a 29 años (35,4%), 7 de 30 a 34 años (14,6%), 12 de 35 a 39 años (25%) y 6 de más de 40 años (12,5%). Según el género, 37 son de sexo femenino (77,1%) y 11 son de sexo masculino (22,9%). Según el nivel educativo, 8 son de nivel primaria (16,7%), 21 de nivel secundario (43,8%), 10 son de nivel técnico (20,8%) y 9 son de nivel universitario (18,8%). Según la procedencia, 9 son de la zona urbana (18,8%), 5 son de la zona rural (10,4%) y 34 son de la zona urbano marginal (70,8%). Según el estado civil, 18 son solteros (37,5%), 4 son casados (8,3%) y 26 son de unión estable (54,2%).

FIGURA N° 01

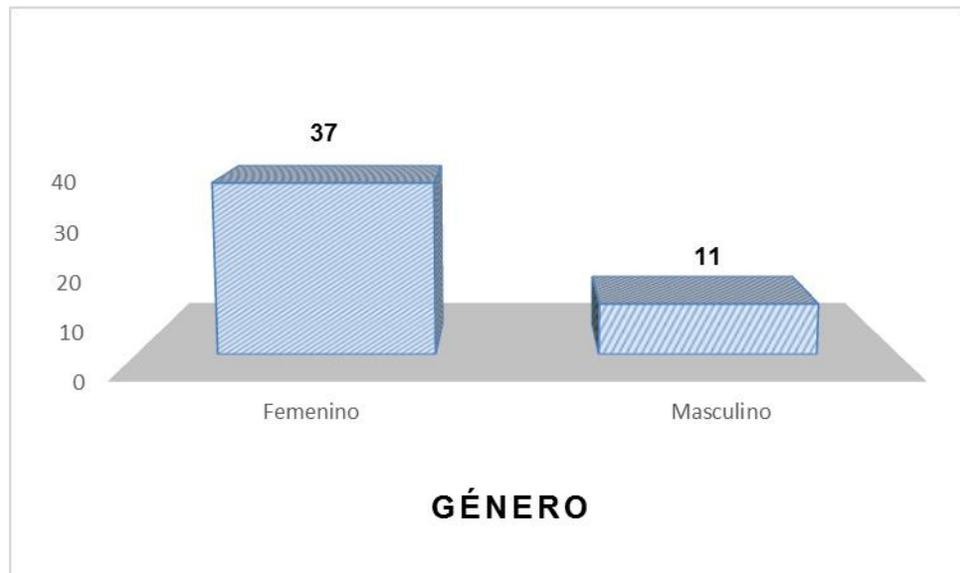
EDAD



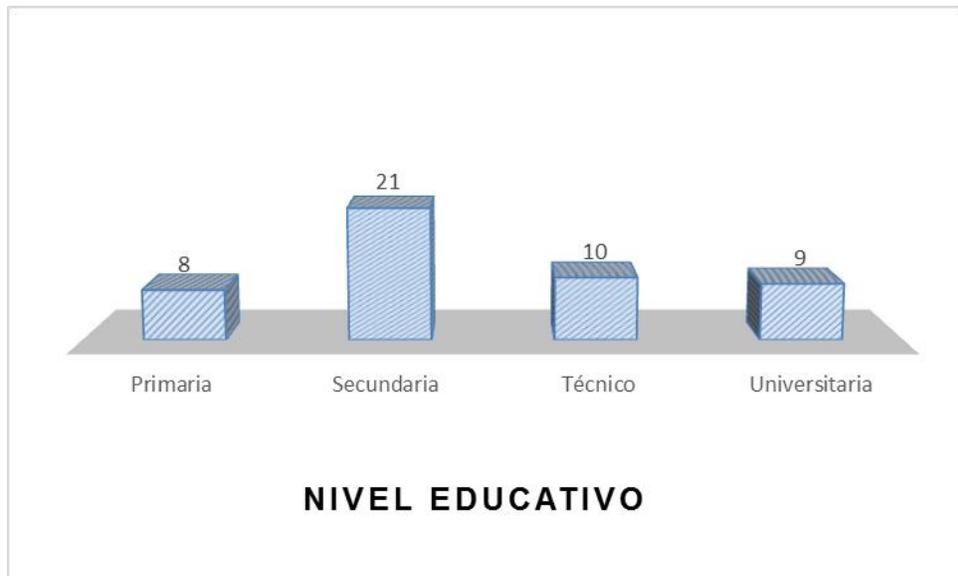
Fuente: Tabla N° 1.

FIGURA N° 02

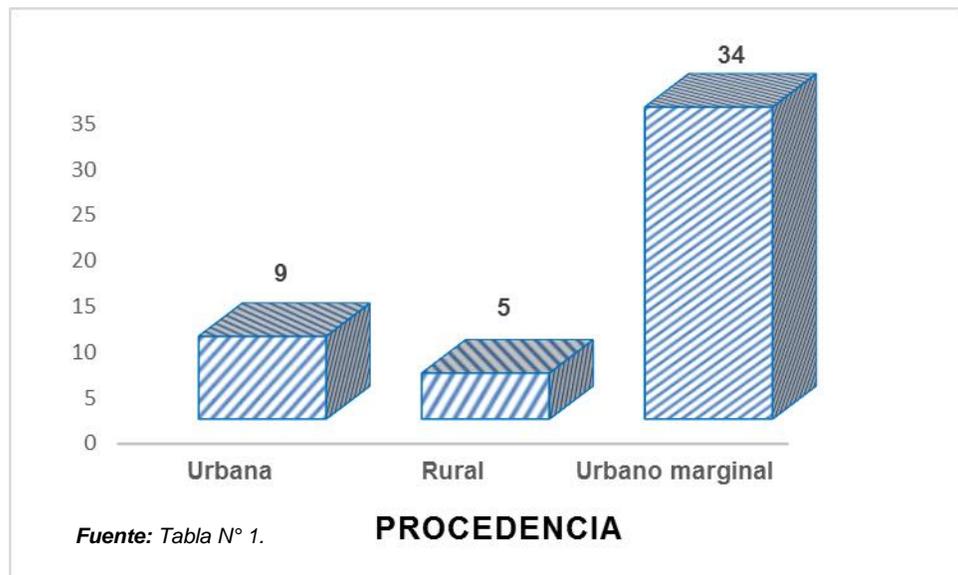
GÉNERO



Fuente: Tabla N° 1.

FIGURA N° 03**NIVEL EDUCATIVO**

Fuente: Tabla N° 1.

FIGURA N° 04**LUGAR DE PROCEDENCIA**

Fuente: Tabla N° 1.

FIGURA N° 05
ESTADO CIVIL

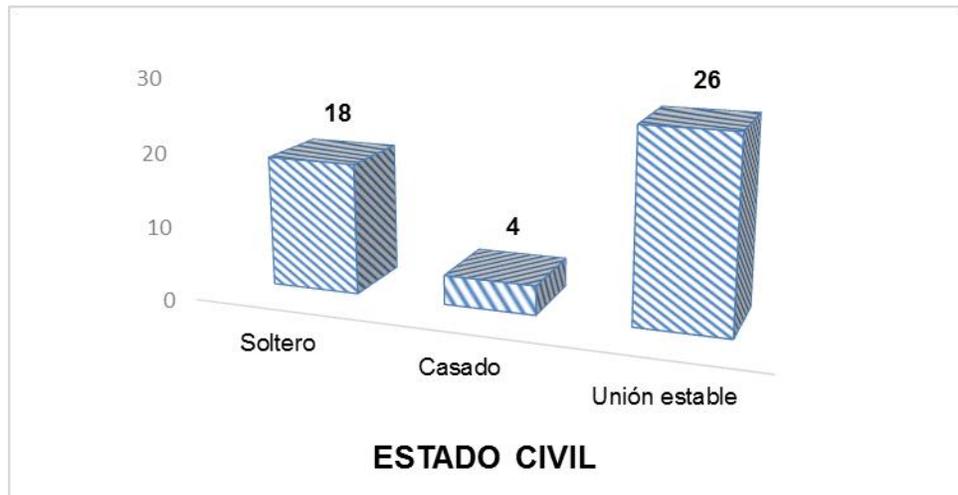


Tabla N° 02

CONOCIMIENTO SOBRE LAS VÍAS DE CONTAGIO SEXUAL

Vía de contagio sexual		N°	%
¿El contagio de VIH es por vía oral?	SI	17	35,4
	NO	31	64,6
¿El contagio de VIH es por vía anal?	SI	20	41,7
	NO	28	58,3
¿El contagio de VIH es por vía vaginal?	SI	43	89,6
	NO	5	10,4

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

Total: 48 personas.

Interpretación: En la tabla 2 y figura 06, se observa conocimiento sobre las vías de contagio sexual de VIH: a la pregunta el contagio de VIH es por vía oral, respondieron que SI 17 personas (35,4%) y 31 respondieron NO (64,6%), a la pregunta el contagio es por vía anal, respondieron que SI 2 personas (41,7%) y NO 28 personas (58,3%) y a la pregunta el contagio es por vía vaginal, respondieron que SI 43 personas (89,6%) y NO 5 personas (10,4%).

FIGURA N° 06

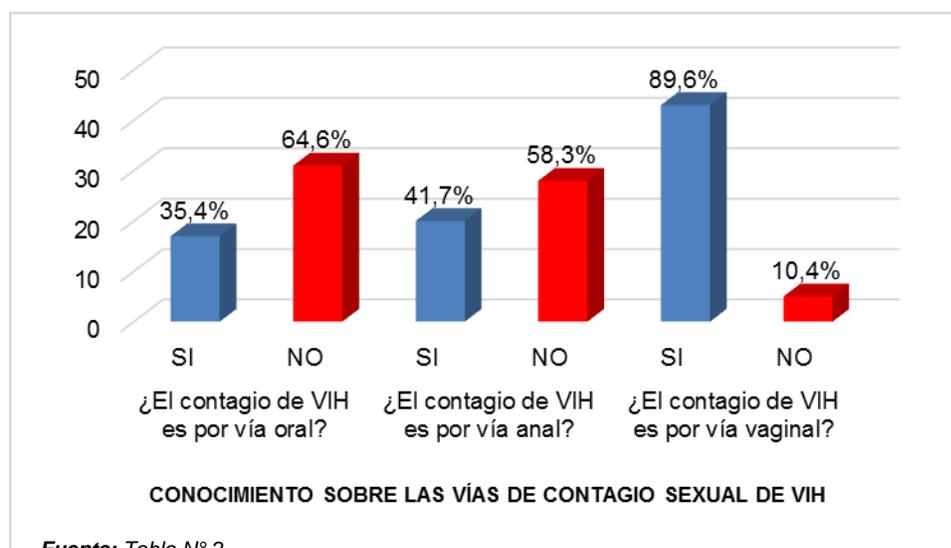


TABLA N° 03

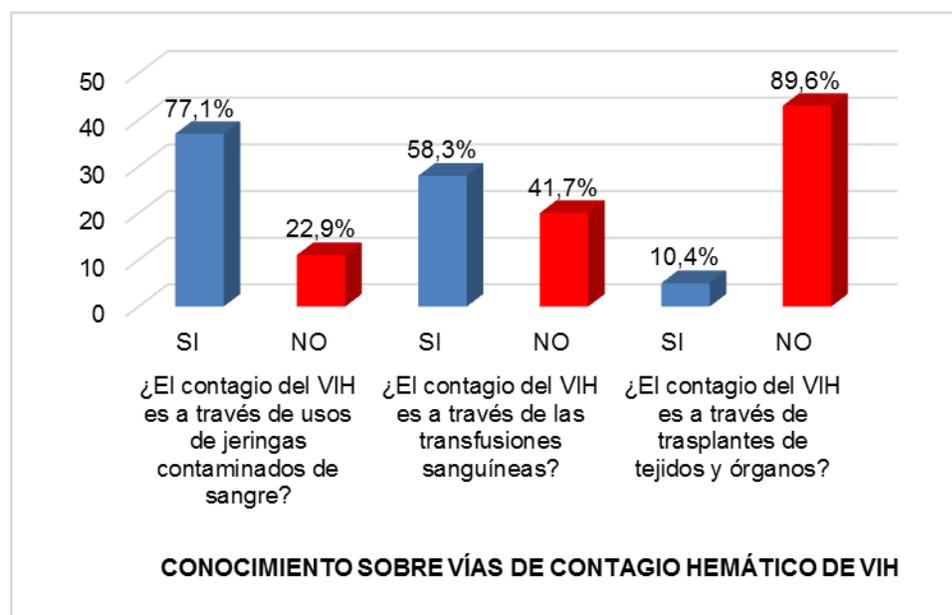
CONOCIMIENTO SOBRE LAS VÍAS DE CONTAGIO HEMÁTICO

Vía de contagio hemático		N°	%
¿El contagio del VIH es a través de usos de jeringas contaminados de sangre?	SI	37	77,1
	NO	11	22,9
¿El contagio del VIH es a través de las transfusiones sanguíneas?	SI	28	58,3
	NO	20	41,7
¿El contagio del VIH es a través de trasplantes de tejidos y órganos?	SI	5	10,4
	NO	43	89,6

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Total: 48 personas.

Interpretación: En la tabla 3 y figura 07, se observa conocimiento sobre las vías de contagio hemático de VIH: a la pregunta el contagio es a través de usos de jeringas contaminados de sangre, respondieron que SI 37 personas (77,1%) y NO 11 personas (22,9%), a la pregunta el contagio es a través de las transfusiones sanguíneas, respondieron que SI 28 personas (58,3%) y NO 20 personas (41,7%), y a la pregunta el contagio es a través de los trasplantes de tejidos y órganos, respondieron que SI 5 personas (10,4%) y NO 43 personas (89,6%).

FIGURA N° 07



Fuente: Tabla N° 3

Tabla N° 04

CONOCIMIENTO SOBRE LAS VÍAS DE CONTAGIO VERTICAL

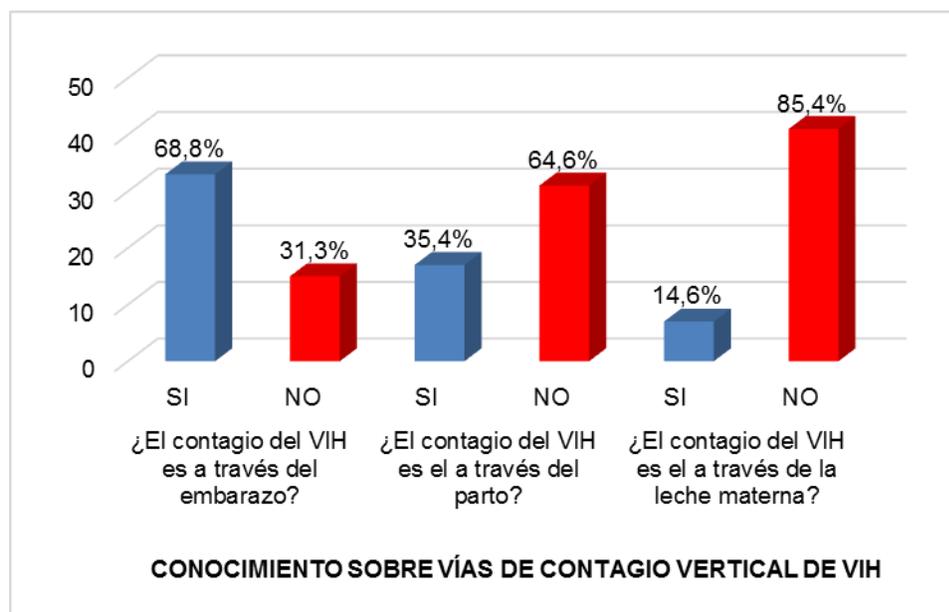
Vía de contagio vertical		N°	%
¿El contagio del VIH es a través del embarazo?	SI	33	68,8
	NO	15	31,3
¿El contagio del VIH es el a través del parto?	SI	17	35,4
	NO	31	64,6
¿El contagio del VIH es el a través de la leche materna?	SI	7	14,6
	NO	41	85,4

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

Total: 48 personas.

Interpretación: En la tabla 4 y figura 8, se observa conocimiento sobre las vías de contagio vertical de VIH: a la pregunta el contagio es a través del embarazo, respondieron que SI 33 personas (68,8%) y NO 15 personas (31,3%), a la pregunta el contagio es a través del parto, respondieron que SI 17 personas (35,4%) y NO 31 personas (64,6%), y a la pregunta el contagio es a través de la leche materna, respondieron que SI 7 personas (14,6%) y NO 41 personas (85,4%).

FIGURA N° 08



Fuente: Tabla N°4

Tabla N° 05

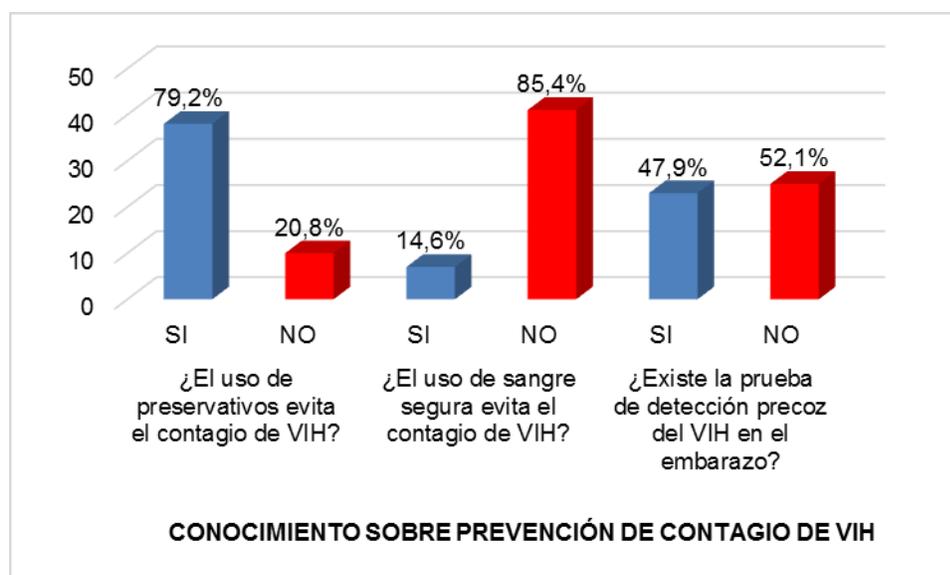
CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CONTAGIO

Prevención		N°	%
¿El uso de preservativos evita el contagio de VIH?	SI	38	79,2
	NO	10	20,8
¿El uso de sangre segura evita el contagio de VIH?	SI	7	14,6
	NO	41	85,4
¿Existe la prueba de detección precoz del VIH en el embarazo?	SI	23	47,9
	NO	25	52,1

FUENTE: Ficha de recolección de datos. **Total:** 48 personas.

Interpretación: En la tabla 5 y figura 9 se observa el nivel de conocimiento sobre la prevención de contagio de VIH: a la pregunta de que si el uso de preservativos evita el contagio de VIH, respondieron que SI 38 personas (79,2%) y NO 10 personas (20,8%), a la pregunta de que si el uso de sangre segura evita el contagio de VIH, respondieron que SI 7 personas (14,6%) y NO 41 personas (85,4%), y a la pregunta de que si sabía de la existencia de la prueba de detección precoz del VIH en el embarazo, respondieron que SI 23 personas (47,9%) y NO 25 personas (52,1%).

FIGURA N° 09



Fuente: Tabla N° 5

Tabla N° 06

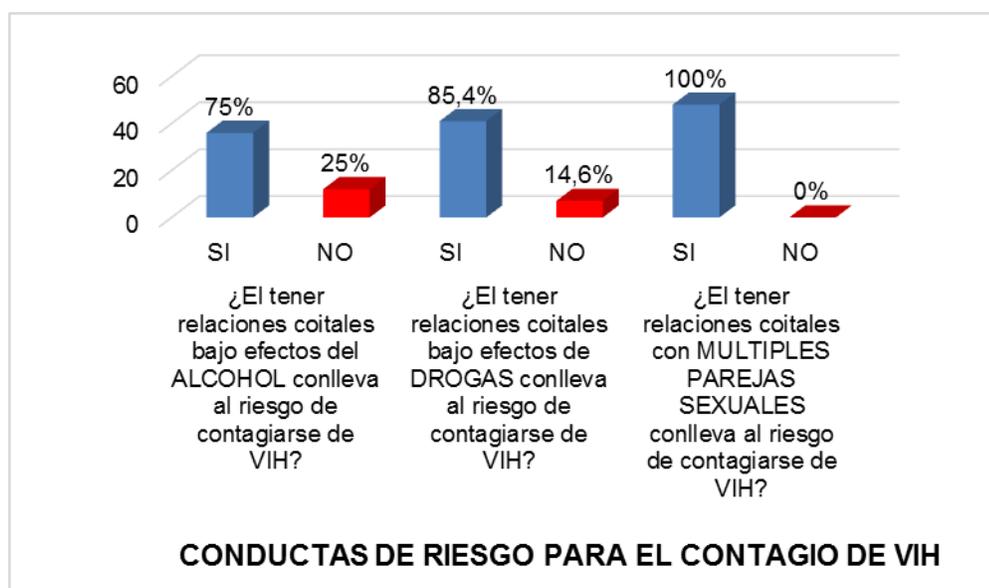
CONDUCTAS DE RIESGO PARA EL CONTAGIO

Riesgo		N°	%
¿El tener relaciones coitales bajo efectos del ALCOHOL conlleva al riesgo de contagiarse de VIH?	SI	36	75,0
	NO	12	25,0
¿El tener relaciones coitales bajo efectos de DROGAS conlleva al riesgo de contagiarse de VIH?	SI	41	85,4
	NO	7	14,6
¿El tener relaciones coitales con MULTIPLES PAREJAS SEXUALES conlleva al riesgo de contagiarse de VIH?	SI	48	100,0
	NO	0	0,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos. **Total:** 48 personas.

Interpretación: En la tabla 6 y figura 10 se observa las conductas de riesgo para el contagio de VIH: a la pregunta de que si el tener relaciones coitales bajo efectos del alcohol conlleva al riesgo de contagiarse de VIH, respondieron que SI 36 personas (75%) y NO 12 personas (25%), a la pregunta de que si el tener relaciones coitales bajo efectos de drogas conlleva al riesgo de contagiarse de VIH, respondieron que SI 41 personas (85,4%) y NO 7 personas (14,6%), y a la pregunta de que si el tener relaciones coitales con múltiples parejas sexuales conlleva al riesgo de contagiarse de VIH, respondieron que SI el total de personas (100%).

FIGURA N° 10



Fuente: Tabla N° 6

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Verificación y Contrastación de la Hipótesis

Prueba de Chi Cuadrado de Pearson:

CONDUCTA DE RIESGO	NIVEL DE CONOCIMIENTO				CHI CUADRADO	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
	ALTO		BAJO			
	N°	%	N°	%		
ALTO	19	40	44	92	7,453	0,006
BAJO	29	60	04	08		
TOTAL	48	100	48	100		
*El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.						
p<0.05 (P=0.00) por lo tanto hay relación estadísticamente significativa entre el Nivel de Conocimientos Bajo y las Conductas de Riesgo para contraer el VIH.						

Fuente: Consolidado de investigación

Luego de aplicado la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, estamos en condiciones de rechazar la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis que dice: El nivel de conocimientos está asociado con las conductas de riesgo para contraer el VIH en usuarios del TARGA. Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco. 2014.

5.2 Nuevos Planteamientos

Planteamos nuevos conocimientos en base a que cuando los conocimientos sobre temas de VIH son bajos, existen conductas de riesgo para contraer el VIH; demostrado en los resultados encontrados, siendo: un porcentaje incrementado, con respecto a la edad, estuvo comprendido entre 25 a 29 años, seguido de 35 a 39 años; al respecto nuestros datos son congruentes con los encontrados con los autores Uribe, Ana y et al., donde mencionan que a medida que aumenta la edad, disminuyen los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de deficiencia adquirida.

Así mismo el género predominante fue el sexo femenino con el 77,1% de los casos y el nivel educativo ubicado a nivel secundario; al ser contrastados con la investigación de Castro Abreu, Idania, las variables son similares, encontrando predominio del sexo femenino que cursan el 9° grado.

En cuanto a la procedencia en nuestra investigación se muestra que el 70% proceden de zona urbana marginal y según el estado civil el 54,2 % fueron de unión estable, estos datos son congruentes a la investigación de los autores Jesús Marleny Arrasco Armas y Jhon Dany Gonzales Flores, donde el 87% son procedentes de zona urbana, no siendo así en el estado civil en el que encontraron 97,4% solteros.

Los autores Uribe, Ana Fernanda; Orcasita, Linda Teresa y Vergara Vélez, Tatiana, encontraron como resultado de su investigación que un alto nivel de conocimientos frente al tema al virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de deficiencia adquirida, sin embargo éstos no se evidencian en las prácticas sexuales de protección frente a las infecciones de transmisión sexual, información congruente con nuestra investigación en la cual encontramos las prácticas de riesgo alto, así mismo el encontrado por el autor Castro Abreu e incongruente con el bajo nivel de conocimientos datos similares encontrados por Silva Fhon, Andrade Iraola, Palacios Vallejos y et al; al contrario Alicia Patricia Gómez Marín menciona que el 99,60% de los alumnos conocen de la existencia del VIH/SIDA.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación arribamos a las siguientes conclusiones:

1. El 35,4% de adultos del presente estudio se ubican en el grupo de edad de 25 a 29 años; el 77,1% son del género femenino; y el 43,8% tienen secundaria completa. El 70,8% proceden de zona urbano marginal; el 54,2% son de unión estable; ambos datos sociales.
2. Los adultos usuarios de TARGA, no tienen un buen nivel de conocimientos sobre las vías de contagio de VIH, tan cómo se encontró en el presente estudio que el 44,4% no conocen la vía de contagio sexual; el 51,4% no conocen la vía de contagio hemática; y el 60% no conocen la vía de contagio vertical.
3. Los adultos usuarios de TARGA no conocen sobre prevención de contagio de VIH, tal como se muestra que el 85,4% no reconoce cuando la sangre es segura; el 52,1% no conoce que existe la prueba de detección precoz del VIH en el embarazo; y el 79,2% si conoce que el preservativo evita el contagio de VIH.
4. La población objeto de estudio conoce las conductas de riesgo para contraer VIH; el 75% conoce como riesgo alto el tener relaciones coitales bajo efectos del alcohol; el 85,4% conoce como riesgo alto que las relaciones coitales se realicen bajo efectos de drogas; y el 100% conoce que son de alto riesgo el tener múltiples parejas sexuales ocasionales. Los adultos tienen un nivel bajo de conocimientos sobre VIH y la conducta de riesgo a VIH es de riesgo alto en un 92%.

Se acepta la hipótesis que: El nivel de conocimientos está asociado con las conductas de riesgo para contraer el VIH en usuarios del TARGA. Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco. 2014; demostrado en la contrastación de la hipótesis.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud especialista en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, orientar sus actividades preventivo promocionales con mayor énfasis para evitar el contagio de VIH en la población adulta, en el género femenino, en los colegios de secundaria, a los procedentes de zonas urbano marginales y parejas de unión estable; sin descuidar al resto de grupo poblacional.
2. Al personal de salud de la DIRESA Huánuco, mejorar el nivel de conocimientos sobre las vías de contagio mediante campañas masivas dirigidas a todo público.
3. Al personal de salud de la DIRESA Huánuco, implementar módulos de consejería en VIH/SIDA en zonas pilotos para mejorar el nivel de conocimientos sobre prevención de contagio sobre VIH.
4. Al MINSA Perú, difundir masivamente sobre las conductas de riesgo para contraer VIH, como lo son relaciones coitales bajo efectos del alcohol, drogas y múltiples parejas sexuales.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Organización Mundial de la Salud. ONU SIDA. Centro de prensa. Suiza, Ginebra. Nota N° 360. 2013.
- ² Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Perú, Lima. 2013.
- ³ Ministerio de Salud del Perú. Dirección Regional de Salud – Huánuco: Dirección General de Epidemiología. Perú, Lima. 2013.
- ⁴ Lambertini A. Estudio preliminar sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes escolarizados en la ciudad de Caracas - Venezuela. Venezuela, Caracas; 2011; pp.15.
- ⁵ Organización Mundial de la Salud. ONU SIDA. Cifras Mundiales. Suiza, Ginebra; 2008.
- ⁶ Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Perú, Huánuco; 2013.
- ⁷ Llanca G, Condori C. Nivel de Conocimiento y Adopción de Conductas de Riesgo para las Infecciones de Transmisión Sexual/VIH, en Estudiantes de la UNJBG de Tacna. Año 2009. Perú, Tacna. Rev. Ciencia y Desarrollo. 2011; 13(1): 122.
- ⁸ Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Perú, Lima; 2013.
- ⁹ Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana: R.M. 607-2012/MINSA. Perú, Lima; 2012.

-
- ¹⁰ Ley Universitaria 23733 del Perú. Art. 2º: Fines de las Universidades. Inciso: b) Realizar investigación en las humanidades, las ciencias y las tecnologías, y fomentar la creación intelectual y artística. Perú, Lima; 1983. pp. 121.
- ¹¹ Cárdenas J. Pontifica Universidad Javeriana Cali de Colombia, Biblioteca Central. Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. 2011. [Internet]. Bogotá (Colombia): Universidad; 2015 [citado 8 may 2015]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012391552010000100002&lng=es&nrm=
- ¹² Uribe A, Orcasita L, Vergara T. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios, Colombia, Cali. Rev. Virtual Universidad Católica del Norte. [Internet]. 2015 [citado 9 may 2015]; 27(1): 1-5. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>, ISSN 0124-5821 - Indexada categoría C Publindex e incluida en Latindex.
- ¹³ Castro Abreu, Idania. Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual/VIH en adolescentes. Cuba, La Habana. 2008; pp.7.
- ¹⁴ Silva F, Andrade I, Palacios V y et al., Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. Perú, Brasil 2014; p. 8. Rev. Journal Enfermería *Universitaria*, Volume 11, Issue 4,2014; pp. 139-144.
- ¹⁵ Gómez A. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo. Perú, Lima. 2011; pp. 105.

-
- ¹⁶ Arrasco J y Gonzales J. Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo. Agosto 2012. Perú, Tarapoto. 2012; pp.5.
- ¹⁷ Manrique de Lara Suarez D, Miraval Z, Córdova R y et al. Efectividad de un programa educativo para promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA de la institución educativa pública Illathupa – Huánuco. Perú, Huánuco. Rev. Investigación Valdizana 3 (1) 2009.
- ¹⁸ Dionicio J. Los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes ante las ETS: Estudio comparativo en poblaciones de la costa y sierra. Perú, Lima – Huánuco. 2004; pp. 5.
- ¹⁹ Roca R, Smith V, Paz E, y et al. Temas de Medicina Interna: Ciencia médicas. 4º ed. Cuba. 2001; pp. 304-21.
- ²⁰ HK M, Laurence H, JM S y et al. Infección por VIH diagnóstico y tratamiento médica actual: Mc Graw –Hill. USA, Washington, DC. 2002; pp.1323-53.
- ²¹ Cuyuch B y Mojica R. Universidad de El Salvador - Facultad de Medicina Tesis de Maestro en Salud Pública: Cconocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre VIH-SIDA en los Municipios de San Pedro Puxtla y Guaymango del Departamento de Ahuachapán. El Salvador. 2010; pp.18.
- ²² Cuyuch B y Mojica R. *Ibíd.*, pp.14- 17.
- ²³ Política Laboral y Seguridad Social. Todo Dependerá de Nuestro Propio Esfuerzo. Cuba, La Habana; 2006.
- ²⁴ Torres M, Gutiérrez J, DM W. Prevención de VIH / SIDA en las escuelas: El reto de modificar comportamientos. SIDA: Aspectos de Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 7 jul 2014]; 31(1): 7-9. Disponible

en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/conasida/otraspub/manualsida/cap14.pdf>

- ²⁵ Araujo G, TW V, Junior IF. Factors associated with condom use among youth aged 15-24 years in Brazil in 2003. *Rev. AIDS*. 2005; 19:S42-S50.
- ²⁶ Lescano C y et al. El uso del condón con "ocasionales" y "principales" socios: Cómo en un nombre? *Salud J Adolesc*. 2006; 39: 443.e1-443.e7
- ²⁷ Pardo de Vélez G y Cedeño M. *Investigación en Salud: Mc Graw Gill*. Colombia. pp. 112.
- ²⁸ Supo J. *Seminarios de investigación científica*. Perú, Arequipa. 2014; pp.1.
- ²⁹ Supo J. *Ibíd.*, pp. 2.
- ³⁰ Biblioteca de la Escuela de Post Grado Víctor Alzamora Castro. *Manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación (OPHSI) y del comité institucional de ética para humanos (CIE)*. Universidad Peruana Cayetano Heredia Vicerrectorado de Investigación. Resumen. 2002.
- ³¹ Murray R, Spiegel L, Stephens J. *Estadística: McGraw-Hill*. Vol.2. 3 ed. México. 2012; pp.5.