

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



VIH/SIDA: Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016

**Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública
con mención en Epidemiología**

AUTOR :

Edward Villacorta Panduro

ASESOR :

Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Tarapoto - Perú

2019



Esta obra está bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución-
NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



VIH/SIDA: Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016

**Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública
con mención en Epidemiología**

AUTOR:

Edward Villacorta Panduro

ASESOR:

Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Tarapoto – Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



VIH/SIDA: Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016

**Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública
con mención en Epidemiología**

AUTOR:

Edward Villacorta Panduro

ASESOR:

Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Tarapoto – Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



VIH/SIDA: Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016

AUTOR:

Edward Villacorta Panduro

Sustentada y aprobada el 19 de agosto del 2019, por los siguientes jurados:

.....
Obsta. Dra. Orfelina Valera Vega
Presidente

.....
M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez
Secretario

.....
Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales
Miembro

.....
Obsta. Dra. Rosa Ríos López
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



VIH/SIDA: Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016

El suscrito declara que el presente trabajo de tesis es original, en su contenido y forma.


.....
Bach. Edward Villacorta Panduro
Ejecutor


.....
Obsta. Dra. Rosa Ríos López
Asesor

Declaratoria de autenticidad

Edward Villacorta Panduro, con DNI N° 01114854, egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Martín, Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Maestría en Salud Pública con mención en Epidemiología, autor de la investigación titulada: **VIH/SIDA: Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.**

Declaro bajo juramento que:

1. El presente informe de investigación es de propia autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
- 3.- Toda la información que contiene el informe de investigación no se hizo auto plagiada.
4. Los datos y resultados presentados en el informe de investigación son reales, no son alterados ni copiados, por lo tanto, la información debe ser considerada como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, se asume la responsabilidad, las consecuencias que deriven del accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto.

Tarapoto, 19 de agosto del 2019.



.....
Edward Villacorta Panduro
DNI N° 01114854

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	VILLACORTA PANDURO EDUARDO		
Código de alumno :		Teléfono:	942959532
Correo electrónico :	evipa13@hotmail.com	DNI:	01114854

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de:	MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título:	VIH/SIDA: Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016
Año de publicación:	2019

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

--

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.


7. Otorgamiento de una licencia **CREATIVE COMMONS**

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI “**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**”.


.....
Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

13 / 12 / 2019



.....
Firma del Responsable de Repositorio
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso
Abierto de la UNSM – T.

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres Edward y Mercedes, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A todas las personas que me han acompañado en esta etapa e hicieron posible que el trabajo de investigación se realice con éxito, en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos para mi formación, tanto profesional como ser humano.

Este trabajo de investigación está dedicado con todo mi cariño para mi familia; de manera especial a mi esposa Raquel y mis hijas Gabriela e Ivanna, quienes han puesto toda su confianza para lograr un objetivo más en mi

Edward.

Agradecimientos

A Dios por todas sus bendiciones, en especial a mis padres que supieron darme su ejemplo de trabajo y honradez.

A mi esposa Raquel y mis hijas Gabriela e Ivanna por su apoyo y paciencia en esta investigación.

A la Universidad Nacional de San Martín, autoridades y docentes por la organización del programa de Maestría en Salud Pública con mención en Epidemiología.

A la Dra. Rosa Ríos López asesora de la investigación por su apoyo, consejos, paciencia y comprensión para la culminación de esta investigación.

A las autoridades y personal responsable de la Unidad de Atención Médica Periódica de la Micro Red Morales, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro del establecimiento de salud.

El autor

Índice general

	Pág.
Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento	viii
Índice	ix
Índice de tablas	x
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Objetivo general	1
1.2. Objetivos específicos.....	2
II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	3
2.1. Antecedentes de la investigación.....	3
2.2. Bases teóricas	5
2.3. Definición de términos básicos.....	17
III.MATERIAL Y MÉTODOS	19
IV.RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	31
VI. CONCLUSIONES.....	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
IX.ANEXOS.....	40

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de personas diagnosticadas con VIH/SIDA positivo.....	26
Tabla 2. Creencias en personas diagnosticadas de VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales	27
Tabla 3. Actitudes de personas diagnosticadas de VIH SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales	27
Tabla 4. Tabla de contingencia de las variables creencias y actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA	28
Tabla 5. Prueba de chi - cuadrado de las variables creencias y actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA	29

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Zona de aceptación probabilística – Chí Cuadrado de las variables creencias y actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA	29

Resumen

El estudio tuvo como objetivo general determinar la relación entre creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016, para ello se utilizó el método cuantitativo, no experimental de diseño descriptivo correlacional. La población se seleccionó mediante el muestreo no probabilístico intencional por conveniencia, teniendo como muestra de estudio a 34 personas diagnosticadas con VIH/SIDA positivo. La técnica utilizada en el presente estudio fue la encuesta, y el instrumento de recolección de datos que se aplicó fue el cuestionario. En los resultados de mayor frecuencia en respuesta dentro del perfil sociodemográfico de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA positivo fue: género masculino (100%), 18 – 27 años con 65%, domicilio urbano con 70%, 4 a 5 parejas sexuales (35%) y más de 6 parejas sexuales (35%), educación secundaria (52%), homosexual pasivo (52%). El 59% identificaron como verdaderas las creencias en personas diagnosticadas de VIH/SIDA, mientras que el 64% se consideraron como adecuadas las actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA. En conclusión existe relación significativa entre creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016, fundamentado por el estadístico Chi-cuadrado de Pearson ($X^2=16,053$) y con 4 grados de libertad y nivel de seguridad del 95% ($\alpha =0.05$) el Chi tabular es 9,488; corroborando que ambas variables son dependientes.

Palabras clave: Creencias, conocimientos, actitudes, características socio-demográficas.

Abstract

The general objective of the study was to determine the relationship between beliefs and attitudes of people diagnosed with HIV/AIDS in the periodical medical care unit (UAMP) of Morales Health Center, period November 2015 to October 2016, using the quantitative, non-experimental method of correlational descriptive design. The population was selected using intentional non-probability sampling for convenience, with 34 people diagnosed with HIV/AIDS positive as the study sample. The technique used in the present study was the survey, and the data collection instrument applied was the questionnaire. The results with the highest frequency of response within the sociodemographic profile of persons diagnosed with HIV/AIDS positive were: male gender (100%), 18 - 27 years with 65%, urban domicile with 70%, 4 to 5 sexual partners (35%) and more than 6 sexual partners (35%), secondary education (52%), passive homosexual (52%). Fifty-nine per cent identified the beliefs of persons diagnosed with HIV/AIDS as true, while 64 per cent considered the attitudes of persons diagnosed with HIV/AIDS to be adequate. In conclusion there is a significant relationship between beliefs and attitudes of people diagnosed with HIV/AIDS in the periodic medical care unit (UAMP) of the Health Center - Morales, period November 2015 to October 2016, based on the statistic Chi-square of Pearson ($X^2=16,053$) and with 4 degrees of freedom and security level of 95% ($\alpha =0.05$) the Chi tabular is 9,488; corroborating that both variables are dependent.

Keywords: Beliefs, knowledge, attitudes, socio-demographic characteristics.



I. INTRODUCCIÓN

El SIDA, actualmente es un problema de salud creciente en las Américas, que afecta al sistema social, económico y político, en especial para los países en vías de desarrollo como el nuestro. Ninguna otra enfermedad del tiempo moderno ha tenido un impacto tan grande en la sociedad y a la vez ha provocado más discusiones, creencias y miedos. En el Perú, un gran porcentaje de los enfermos de VIH/SIDA aseguran ser víctimas de discriminación, pero se niegan a denunciarlo por temor al escándalo y a generalizar el rechazo, es por ese motivo que prefieren no ser atendidos en un centro de salud y por ende no llevan un tratamiento adecuado.

Dado el impacto social de este problema de salud y teniendo en cuenta su magnitud y/o ascendencia como la tercera epidemia mundial, nos decidimos afrontar este estudio, con la finalidad de identificar y relacionar las creencias y actitudes en personas diagnosticadas de VIH/SIDA. El estudio además es importante porque en la Provincia de San Martín también se presenta una inadecuada comunicación entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH, teniendo en cuenta que el virus del VIH/SIDA está relacionado con conductas y actitudes de las personas que deben ser comunicadas al personal de salud a fin de que este en base al conocimiento de dichas actitudes realizadas por dicha persona.

Motivo por el cual surgió la formulación del problema ¿Cuál es la relación entre las creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016? Por lo tanto, se realizó el presente estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo de corte transversal, siendo la encuesta la técnica de recolección utilizada. Se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) para responder la hipótesis de investigación planteada sobre si existe o no relación significativa entre las creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.

1.1. Objetivo general:

Determinar la relación entre creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.

1.2. Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA.
- Identificar las creencias en personas diagnosticadas de VIH/SIDA
- Identificar el tipo de actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

Los resultados fueron: el rango de edad más frecuente en personas con contagio de VIH/SIDA es de 18 – 27 con 65%, el tipo de domicilio más frecuente fue urbano con 70%, el número de parejas sexuales de mayores frecuencias fueron de 4 a 5 (35%) y más de 6 (35%), el grado de instrucción más frecuente fue la educación secundaria (52%), el tipo de orientación sexual de mayor respuesta fue el homosexual pasivo con 52%; el 59% percibieron como verdadera las creencias relacionadas a la infección del VIH, 29% de personas tuvieron sus dudas sobre esas creencias, 12% percibieron como falsa esas creencias. En conclusión, existe relación significativa entre las creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.

La presente investigación quedó estructurada de la siguiente manera: en el Capítulo I, se presenta la fundamentación teórica científica de creencias y actitudes en personas diagnosticadas de VIH/SIDA, la cual nos proporcionó el soporte temático al desarrollo de nuestra investigación. En el Capítulo II, se presenta los aspectos metodológicos de la investigación, tipo, diseño, universo población y muestra. En el Capítulo III, se presenta los resultados de la investigación, la cual se obtuvo a través de las técnicas e instrumentos de recolección de datos y el respectivo tratamiento estadístico, donde se explica y discute sobre los resultados obtenidos del estudio. Finalmente están las conclusiones donde fueron sintetizados los resultados de la investigación, al igual que las recomendaciones fueron dirigidas a proporcionar sugerencias a la luz de los resultados obtenidos.

II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes de la investigación

El estudio se fundamentó bajo antecedentes teóricos, entre los cuales podemos citar las siguientes investigaciones:

Busto M. (2014), en su estudio sobre “Actitudes, experiencias y prácticas en Atención Primaria ante el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, reporta la necesidad de establecer un modelo de intervención orientado a la situación real de la atención primaria, donde fundamentalmente consistiría en mejorar la difusión de los datos epidemiológicos a los profesionales, simplificar la realización del diagnóstico en las consultas, hacer protocolos con recomendaciones concretas y sensibilizar a la población desde Salud Pública. Se concluyó, que para los pacientes con infección por VIH el estigma de esta infección ha llevado a la ocultación de la enfermedad en la sociedad y en el sistema sanitario, con repercusiones en la consideración de la enfermedad y en la percepción del riesgo (1).

Almeida C. (2013), en su estudio sobre “Plan de promoción de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/SIDA que acude a la consulta externa del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, 2012”, sostuvo que los pacientes que no alcanzaron los niveles de cumplimiento considerados como adecuados, deben intentar estrategias de intervención, de forma pluridisciplinar, basadas en aspectos psicoeducativos y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema del tratamiento antirretroviral a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias de resolución de problemas. Además las intervenciones no deberán ser tan sólo educativas sino centradas en mejorar el estado emocional del paciente y deben ser llevadas a cabo por profesionales de la salud mental (2).

Valdivieso G. (2013), en su estudio sobre “Programa de asesoramiento e intervención para pacientes con diagnóstico reciente de VIH/SIDA y que presentan resistencia al tratamiento antirretroviral desde el Modelo Integrativo focalizado en la

Personalidad”, se encontró que de los 32 pacientes atendidos en hospitalización se logro realizar la intervención familiar con el 75%, algunos familiares no conocían el diagnóstico, otros mantenían mitos con respecto al VIH/SIDA, sobre todo el temor a la transmisión por la saliva, motivo por el cual comían en su hogar con vajilla específica para ellos o desechable. A los familiares del 22% no fue posible localizarlos, en unos casos por rechazo al paciente y su condición (3).

Altuna G. (2011), en su estudio sobre “Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación”, sostuvo que el respeto mutuo suele llegar al punto en el que toda la responsabilidad recae sobre las personas viviendo con VIH, esto debido a la idealización existente de los médicos de la estrategia, a la culpa sentida por poseer el VIH y al hecho de no considerarse receptores de un derecho sino beneficiarios de un favor. Todo esto configura que las personas viviendo con VIH que se atienden se autoinculpen de los malos tratos recibidos; es decir, existe una auto discriminación basada en la vergüenza por tener el VIH y por haber tenido –o tener aún- conductas de riesgo (4).

Juárez J, Pozo E. (2010), en su estudio sobre “Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú”, sostuvo que las personas que viven con VIH y reciben TARGA parecen tener comportamientos sexuales de riesgo y, con ello, estarían facilitando la transmisión del virus a sus parejas ser discordantes e incrementando el número de personas infectadas con VIH en nuestro medio. Varones y mujeres que lleven menos de una año en tratamiento expresaron que en las relaciones sexuales sí se puede transmitir el virus, pero éste, al encontrarse en situación de adormecimiento no va a ocasionar daño en la persona sana, salvo que el virus se despierte, lo cual es variable en tiempo y dependerá del estilo de vida de la persona a quien se transmitió el virus (5).

Palacios M. (2018), en su estudio sobre “Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre las infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Raúl Patrucco, Setiembre – Diciembre 2017”,

sostuvo que las actitudes sexuales que demostraron las participantes fueron regulares, dado que los factores influyen significativamente sobre ellas (conocimientos sobre factores protectores, formas de prevención y contagio). Se concluyó, que el nivel de conocimiento está relacionado a las actitudes sexuales con un nivel de significancia ($p=0.011$) demostrando así una fuerza de relación positiva, es decir, en la medida que se incrementa el nivel de conocimientos, mejoran las actitudes de las trabajadoras sexuales (6).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. VIH SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de un individuo como consecuencia de la infección del virus inmunodeficiencia Humano (VIH) (7).

La historia del VIH/SIDA en el Perú se remonta a mediados de 1983, aproximadamente dos años después de que se detectara el primer caso en Estados Unidos. Así mismo, la Oficina General de Epidemiología (2017), indica que el número de casos ha ido incrementándose de manera sostenida hasta alcanzar el punto máximo en el 2005 cuando se diagnosticaron 2195 casos nuevos de SIDA y el 2006 cuando se reportaron 3551 infecciones con VIH .En el 2015 se diagnosticaron 1277 casos nuevos de SIDA y en el 2016 se diagnosticaron 1087 casos produciéndose un leve descenso (8).

El crecimiento constante de la epidemia de SIDA se sustenta más que en las deficiencias de las estrategias de prevención, en la incapacidad del mundo para aplicar los instrumentos altamente eficaces de que dispone con miras a contener la propagación del VIH; muchos de los responsables de formular políticas se niegan a poner en marcha medidas cuya eficacia ha quedado demostrada. Aunque el mundo no sea capaz de hacer llegar los métodos de prevención de reconocida eficacia a las personas que lo necesitan supone desaprovechar una gran oportunidad (9).

Los jóvenes de 15 a 24 años son los más amenazados mundialmente representan la mitad de los nuevos casos de VIH, el futuro de la epidemia tomará forma a partir de

los actos de esos jóvenes. Los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes. Una variedad de factores sitúa a los jóvenes en el centro de la vulnerabilidad al VIH. Entre ellos figuran la falta de información, educación y servicios sobre el VIH, los riesgos que muchos tienen que correr para sobrevivir, y los riesgos que acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes. Riesgo elevado y vulnerabilidad elevada por inicio sexual precoz, las diferencias por razón de sexos, los consumidores jóvenes de drogas intravenosas corren un riesgo especial, porque pueden no tener el conocimiento ni las aptitudes para protegerse de la infección por un equipo de inyección contaminado (10).

VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)

El VIH causa el SIDA. Este virus ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales. Las bacterias comunes, los hongos levaduriformes, los parásitos y los virus que generalmente no provocan enfermedades serias en personas con sistema inmunitario sano pueden provocar enfermedades mortales en las personas con SIDA. Se ha encontrado el VIH en saliva, lágrimas, tejido del sistema nervioso, líquido cefalorraquídeo, sangre, semen (incluido el líquido pre seminal, que es el líquido que sale antes de la eyaculación), flujo vaginal y leche materna. Sin embargo, se ha demostrado que sólo la sangre, el semen, los flujos vaginales y la leche materna transmiten la infección a otras personas. Cuando un paciente se infecta con el VIH, el virus comienza a destruir lentamente su sistema inmunitario, pero la velocidad de este proceso difiere en cada individuo. Una vez que el sistema inmunitario está seriamente dañado, esa persona tiene SIDA y en ese momento es susceptible a infecciones y cánceres que la mayoría de los adultos sanos no adquirirían (11).

Desde el inicio de la aparición del VIH/SIDA, se ha venido dando una mala información sobre lo que es la enfermedad, a que parte de nuestro cuerpo afecta y con mayor fuerza una mala información en la forma de contraer y transmitir la enfermedad. Este virus es indestructible y se transmite de una persona a otra, mediante el intercambio de sangre, por el contacto sexual, con una persona infectada, transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros

instrumentos punzantes. También puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Es importante recalcar además que, el virus no se transmite mediante la saliva, al toser, besar, llorar, compartir cubiertos y/o sanitarios (12).

El VIH/SIDA se ha convertido en el principal problema sanitario a nivel mundial a finales del siglo XX. En los últimos tiempos el número de infectados vivos ha alcanzado 34 millones. La situación de la epidemia del VIH/SIDA en Latinoamérica, según los datos más recientes aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es cada vez más preocupante si consideramos que ocupa el cuarto puesto a nivel mundial en función de la tasa de prevalencia y el tercero en cuanto al número total de personas diagnosticadas de VIH/SIDA en las distintas zonas geográficas del planeta (13).

Los patrones de conducta, los estilos de vida y los hábitos adquiridos pueden constituir en sí mismos factores de riesgo para la salud en especial para adquirir las enfermedades de transmisión entre ellas el VIH, patología que cada año se incrementa en la población, sobre todo los seropositivos que desconocen que lo portan, debido a la falta de conciencia en el uso de las medidas preventivas que demanda fidelidad y autocuidado en los mismos (14).

El inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprano, el cambio de pareja, el deterioro del uso de medios de protección, así como las variables sociales crean una población con riesgo de contraer el VIH o de aumentar la probabilidad de enfermar. El hecho de que no exista aún, tratamiento curativo hace que la divulgación de la información y las medidas preventivas sean las únicas medidas que puedan frenar la propagación de la enfermedad (15).

Vías de transmisión

En la actualidad, la manera más común en que se transmite el VIH es a través de actividad sexual desprotegida y al compartir agujas entre usuarios de drogas inyectables. El virus también puede ser transmitido desde una madre embarazada a su hijo (transmisión vertical) (16).

En el pasado también se transmitió el sida a través de transfusiones de sangre y el uso de productos derivados de ésta para el tratamiento de la hemofilia o por el uso compartido de material médico sin esterilizar; sin embargo, hoy en día esto ocurre muy raramente, salvo lo último en regiones pobres, debido a los controles realizados sobre estos productos.

- A través del contacto sexual (96%): incluyendo sexo oral, vaginal y anal.
- A través de la sangre (3%): vía transfusiones de sangre (ahora muy infrecuente en los Estados Unidos) o por compartir agujas.
- De la madre al hijo (1%): una mujer embarazada puede transmitirle el virus a su feto a través de la circulación sanguínea compartida o una madre lactante puede pasárselo a su bebé por medio de la leche materna.
- Otros medios de propagación del virus son infrecuentes y abarcan lesión accidental con una aguja, inseminación artificial con semen donado infectado y trasplantes de órganos infectados (16).

Síntomas

La infección aguda por VIH progresa con el tiempo (generalmente de unas pocas semanas a meses) a una infección por VIH asintomática (sin síntomas) y luego a infección sintomática temprana por VIH. Posteriormente, progresa a SIDA (infección por VIH avanzada con conteo de células T CD4 por debajo de 200 células/mm³).

Hay un pequeño grupo de pacientes en los que el SIDA se desarrolla muy lentamente o que nunca aparece. A estos individuos se los llama pacientes sin progresión de la enfermedad y muchos parecen tener una diferencia genética que impide que el virus le cause daño a su sistema inmunitario. Los síntomas comunes son: escalofríos, fiebre, sudores (particularmente en la noche), ganglios linfáticos inflamados, debilidad, pérdida de peso (17).

Al principio, es posible que la infección con el VIH no produzca ningún síntoma. Sin embargo, algunas personas sí experimentan síntomas seudogripales con fiebre, erupción cutánea, dolor de garganta e inflamación de los ganglios linfáticos, generalmente de 2 a 4 semanas después de contraer el virus (17).

Cuando el virus disminuye la capacidad que tiene el sistema inmunológico de proteger al cuerpo humano de organismos patógenos, se provoca una menor capacidad para combatir enfermedades; por tal razón, no es el virus el que puede llevar a la muerte a una persona, sino las enfermedades que pueden adquirirse o desarrollarse como producto de una baja significativa en el sistema inmunológico, momento en el cual podría presentarse alguna de las infecciones llamadas “oportunistas” (denominadas así porque se manifiestan con frecuencia en personas que adquirieron el virus), y generar el desarrollo del Sida (18).

Desarrollo de la enfermedad

Desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla el SIDA suelen transcurrir entre 6 y 10 años dándose las siguientes fases:

- ✓ Fase de infección aguda: Durante esta fase las personas experimentan al cabo de unas tres semanas de haberse infectado en el virus VIH, una serie de síntomas pseudogripales como: fiebre, cefalea, eritema, linfadenopatías y sensación de malestar, los cuales desaparecen al cabo de una o dos semanas, en esta fase del virus (VIH) se multiplica a gran velocidad sufriendo diversas mutaciones genéticas
- ✓ Fase asintomática: Durante este periodo, el virus continúa replicándose causando una destrucción progresiva del sistema inmune. El recuento de linfocitos TCD4 y suele ser normal, puede durar diez años o más.
- ✓ Fase sintomática precoz: Se puede iniciar el desarrollo de síntomas de enfermedad clínica y suelen aparecer infecciones oportunistas leves, diarreas crónicas inexplicables, candidiasis oral.
- ✓ Fase sida: Es la fase mas grave de la infección por VIH ya que el sistema inmunológico está muy deteriorado y aparecen infecciones graves producidas por microorganismos no se producirían. Durante esta fase se produce el Síndrome Caquético de VIH, neumonía por *Pneumocystis Carini*, Toxoplasmosis Cerebral, Criptosporidiasis con diarreas mayores de 1 mes TBC extrapulmonares, candidiasis al esófago, tráquea, bronquios o pulmones.
- ✓ Estar infectado con el VIH, no implica necesariamente tener SIDA ni morir al cabo de un corto tiempo, para ello el portador del VIH debe prevenirlo

levantando y movilizándolo sus defensas físicas y psíquicas, evitando que el virus se vaya multiplicando y destruyendo el sistema de defensa (19).

Diagnóstico de la enfermedad

En el Perú desde 1990 el diagnóstico de infección por el VIH ha sido realizado por la detección de anticuerpos contra el VIH, usando los siguientes tipos de prueba.

- ✓ Prueba Rápida: La aplicación de esta prueba posibilita identificar y tratar a personas infectadas con VIH en una etapa temprana, actualmente se mejoró la sensibilidad y la especificidad. Es una prueba rápida y sencilla, se obtienen los resultados entre 10 a 30 minutos, puede ser realizado por cualquier personal de salud previamente capacitado.
- ✓ Elisa. (enzymelinkedinmunosorbantassays): Sirve de confirmación a la prueba rápida.
- ✓ Wester Blot: Sus resultados son considerados el estándar de confirmación de la presencia de los anticuerpos anti VIH (MINSA. 2005) (9).

Situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú

El primer caso de sida en el Perú se diagnosticó en el año 1983, y entonces era considerado un caso “Importado” por ser un paciente que desarrolló la enfermedad en nuestro país al poco tiempo de establecerse en la ciudad de Lima, la incidencia de los casos se ha ido incrementándose todos los años (20).

Los casos notificados de VIH a marzo del 2017 a nivel nacional son de 866, de los cuales 183 son SIDA, con una incidencia acumulada de 0.58%, de los cuales las ciudades de mayores casos de SIDA son Lima con 75, Callao 21, Arequipa 16, San Martín 3 casos de SIDA, con una distribución nacional de hombre-mujer a la actualidad de 4.08, (147 hombres y 36 mujeres). Las poblaciones más afectadas por el SIDA son los grupos jóvenes particularmente el grupo de 25 a 40 años de edad y la vía de transmisión más frecuente es la sexual con el 97% (20).

Considerando entonces, el impacto negativo que tiene el VIH/Sida en la salud de las poblaciones de diversos países, la Asamblea Mundial de la Salud número 69 realizada en Ginebra en mayo de 2016, aprobó una nueva estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH para el periodo 2016-2021. Dentro de las medidas estratégicas que deberán adoptar tanto los países como la OMS en el curso de los próximos cinco años, se establece que cada uno tiene como objetivo acelerar e intensificar la respuesta del sector de la salud para seguir avanzando hacia una estrategia eficaz contra el VIH (18).

De tal manera, los programas de VIH deben ser más efectivos, deben llegar a más personas con mayor prontitud e incluir el abordaje de temas sociales y estructurales que impiden que las personas accedan a los servicios. La movilización socio comunitaria mejorará el acceso a las pruebas de VIH y a los servicios de prevención y tratamiento, como también promoverá el cumplimiento de los mismos. Además, la articulación con otros sectores de desarrollo incluida la educación, la salud, la protección social y la igualdad de género, ayudarán a mejorar los resultados del VIH (18).

2.2.2. Actitud

Etimológicamente actitud proviene del latín *actitūdo*, con el mismo significado. El término actitud ha sido definido como reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado (21).

Según Secor y Backman (1964) una actitud es una forma de respuesta a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. Entonces, la actitud aparece como cierta regularidad en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente (22).

Una actitud es la tendencia del individuo a reaccionar, ya sea positiva o negativamente, a cierto valor social, la cual puede ser definida como una organización permanente de procesos emocionales, conceptuales y cognitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo (23).

Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas (24).

Las actitudes influyen en como las personas pretenden actuar hacia un objeto lo cual determinan las intenciones conductuales. Tienen 2 direcciones, es decir, existen actitudes positivas (aceptación) y negativas (rechazo); cuando se tiene una aceptación mayor hacia ciertos grupos de personas, objetos o situaciones, mostrando sentimientos como amor, comprensión, respeto y consideración, se dice que hay una actitud positiva; por el contrario, una actitud negativa viene a ser la posición de menor aceptación hacia un grupo de personas, objetos o situaciones, mostrando sentimientos de rechazo e incompreensión (25).

Las actitudes son un tema central en el cambio de comportamiento, se la define como las representaciones que tenemos y nos posibilitan actuar hacia el objeto de actitud. Se conciben como aquellas predisposiciones a comportarse de una manera más o menos preestablecida, condicionan los comportamientos y son compartidas por los grupos sociales, y además suelen ser parte de la personalidad (26).

En los diferentes estudios que se han venido realizando sobre las actitudes asociadas con el VIH-SIDA, hacen relación con el consumo de alcohol, el uso de drogas, comercio sexual, el desempleo y la violencia de género. Según un estudio realizado en una Comunidad Indígena ubicada en Antioquia, los factores asociados al comportamiento de las personas ante esta enfermedad se encontraron asociadas con el intercambio sexual, relaciones sin protección y el consumo de licor (26).

Según el estudio realizado en la ciudad de México, el comportamiento de las personas es distinto, pero no en todos los casos, ya que mencionan que cuando se tienen relaciones con alguien desconocido, se trata de un encuentro casual y en el caso del consumo de bebidas alcohólicas es necesario el uso de condón. También está la otra parte, las personas que se niegan a usar el condón ya que manifiestan hacerlo sin pensar en las consecuencias o porque al utilizarlo no es la misma

satisfacción. Algunas mujeres de la comunidad se consideran conservadoras en cuanto a sus ideas respecto del comportamiento sexual (27).

Las emociones, están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después, otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo (28)

Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto (28).

Elementos de la actitud

La actitud se compone de 3 elementos:

- ✓ Lo que piensa (componente cognitivo). Para que exista una actitud hacia un objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.) relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud.
- ✓ Lo que siente (componente emocional): Sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social; supongamos que por una desavenencia cognoscitiva real modificamos nuestra relación afectiva con una persona. El cambio registrado en este componente nos conducirá a emitir conductas hostiles hacia la persona, así como a atribuirle una serie de defectos capaces de justificar y de hacer congruente el cambio de nuestro afecto. De igual modo si por un motivo u otro nos empieza a gustar una persona que no nos gustaba anteriormente, todo aquello que era considerado como defectos pasan a ser percibido mucho más benignamente, e incluso como virtudes.
- ✓ Tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual): la combinación de la cognición y el afecto como instigadora de

conductas determinadas dada determinada situación. La prescripción de una determinada conducta, como la que los padres exijan a los hijos ingresar a un colegio que a ellos no les gusta, pero que a juicio de los padres es más beneficioso para el futuro, puede traer como consecuencia una reorganización de los componentes cognoscitivos y afectivos, haciéndolos objetos de una actitud positiva por parte de los chicos (26).

Tipos de actitud

Existen diferentes tipos de actitud que a continuación se mencionan:

- a. Actitud emotiva: Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia.
- b. Actitud desinteresada: Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.
- c. Actitud manipuladora: Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.
- d. Actitud interesada.-Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.
- e. Actitud integradora.-La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o Integración de las dos personas (26).

Considerando entonces que las actitudes, se han reconocido como un elemento importante en el estudio de factores psicosociales asociados a la infección por VIH,

resulta pertinente aclarar a qué actitudes se hace referencia. Otros aspectos que se han relacionado frecuentemente con el tema de actitudes son, actitudes discriminatorias a personas que viven con VIH o actitudes de evitación en momentos que deban relacionarse con estas personas, actitudes que favorecen prácticas preventivas, además de las actitudes como parte de un conjunto de opiniones, conocimientos y creencias que a su vez construyen una realidad del entorno denominado representaciones sociales (18).

El SIDA como enfermedad infectocontagiosa y de carácter moral, origina muchos comportamientos disfuncionales que riñen con la ética y el profesionalismo; esta realidad es probable que guarde relación con el nivel de información o conocimiento que se tenga respecto al VIH/SIDA. Las actitudes foco de interés serían, actitud hacia relaciones sexuales seguras, actitudes hacia la prueba del VIH, actitudes hacia el uso del preservativo, actitudes hacia las personas con VIH. Enfatizando en el hecho de que en la adolescencia comienzan a consolidarse las actitudes y comportamientos que incidirán en la adopción o no de prácticas sexuales más seguras. Por tanto, las actitudes influyen en las conductas de riesgo o protectoras que se realicen, las cuales determinan los comportamientos propios o de los otros frente al VIH (25).

2.2.3. Creencias en relación al VIH SIDA

La teoría de acción razonada aborda las creencias, las actitudes, las intenciones y la conducta como factores que repercuten en el actuar del adolescente; especialmente en lo referente a las actitudes manifiesta que este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión (18).

El Modelo de Creencias en Salud en su versión original, identifica básicamente cuatro variables que parecen influir en el sujeto a la hora de llevar a cabo una determinada acción preventiva. Estas variables se agrupan en torno a dos dimensiones generales de creencias (28):

- ✓ La primera dimensión se refiere al grado de preparación o disposición psicológica del sujeto para llevar a cabo una determinada acción preventiva que viene determinada por la vulnerabilidad percibida y la gravedad percibida.
- ✓ La segunda dimensión hace referencia a los beneficios/ costes percibidos de la acción preventiva. La combinación de las dos primeras variables, denominadas por algunos investigadores como amenaza de enfermedad, proporcionará al sujeto la motivación para actuar. La conducta preventiva concreta que el sujeto adopte será aquella que comporte mayores beneficios percibidos y menos costes de cara a reducir la amenaza de enfermedad.

Además de estas dos dimensiones básicas, en algunas de las primeras versiones de este modelo se incluían otros factores como, las claves para la acción y los factores modificantes (29).

Creencias sobre la transmisión

En el país existe poca información sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes frente al VIH/SIDA, con la percepción que los programas de prevención no tienen la fuerza que debieran en el momento actual, se considera necesario investigaciones que permitan conocer el estado de los conocimientos, actitudes y prácticas en grupos vulnerables para definir políticas adecuadas que integren globalmente las áreas de prevención, tratamiento y atención al VIH/SIDA (30).

Algunas personas creen que el VIH y el SIDA podían ser transmitidos por picaduras de mosquitos, por compartir el vaso con alguien con SIDA, al estar cerca de una persona con SIDA que estaba tosiendo, al besar o abrazar a alguien con SIDA y muchos otros mitos más (28).

Creencia: Una mujer VIH positiva siempre transmite el VIH a su bebé.

Realidad: Si no reciben tratamiento, las madres VIH positivas pueden pasar el VIH a sus recién nacidos en el 25% de los casos. Por el contrario, con los tratamientos actuales, este porcentaje ha caído debajo de 2%.

Creencia: VIH se extiende por agujas dejadas en las sillas de teatros o en las máquinas expendedoras.

Realidad: no hay ningún caso documentado de transmisión de VIH por esta manera.

Creencia sobre la cura del SIDA

Estar infectado con el VIH o tener SIDA puede ser aterrador, no se puede predecir el curso de la enfermedad. Los tratamientos son difíciles de seguir y debido a efectos secundarios graves, no todos pueden comprar los medicamentos, por eso no es sorprendente que muchos estafadores hayan inventado “curas” para el SIDA que incluyen variedades de sustancias, que lamentablemente ninguna de estas “curas” funcionan. Los científicos están trabajando mucho para descubrir una cura al SIDA.

Mito: Muchos de los medicamentos actuales pueden curar el SIDA. Infectarse no es un problema tan grave.

Realidad: Los medicamentos actuales han disminuido la tasa de muerte por SIDA en aproximadamente un 80%. Hoy son más fáciles de tomar que en el pasado. Sin embargo, siguen teniendo efectos secundarios, son muy caros y deben tomarse todos los días y de por vida (28).

2.3. Definición de términos básicos

- **Actitud:** Tiene varios significados: a) es un constructo o variable no observable directamente; b) implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; c) tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción -aunque no se debe confundir con ella- y también influencia la percepción y el pensamiento; d) es aprendida; e) es perdurable; y, f) tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado (23).
- **Creencia:** Es un estado mental, dotado de un contenido representacional y, en su caso, semántico o proposicional y, por tanto, susceptible de ser verdadero o falso; y que además, dada su conexión con otros estados mentales y otros de contenidos

proposicionales, es causalmente relevante o eficaz respecto de los deseos, las acciones y otras creencias del sujeto (26).

- **VIH SIDA:** El virus de inmune-deficiencia humana VIH, es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo, debilitando las defensas y dejándolo vulnerable a muchas infecciones y así al desarrollo de la aparición de la enfermedad (SIDA) (16).

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo correlacional, retrospectivo de corte transversal.

Estudio cuantitativo

Se usa recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (31).

Investigación descriptiva correlacional

Describe tendencias de un grupo o población”. Así mismo; Tamayo y Tamayo (1997) refieren que los estudios descriptivos describen la naturaleza y magnitud de los problemas y otros factores del campo en estudio. (32)

En la presente investigación se buscó especificar y analizar los factores que condicionan las creencias acerca de la enfermedad en las actitudes del paciente con VIH SIDA diagnosticadas en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.

Retrospectivo

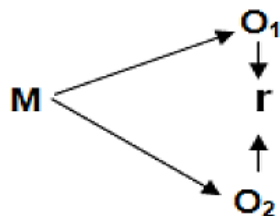
Se trabajaron con hechos que se dieron en la realidad (33), es decir con datos obtenidos del noviembre 2015 a octubre 2016 del paciente con VIH SIDA.

Corte transversal

Según el alcance temporal; es una investigación transversal, por que estudian un aspecto de desarrollo de los sujetos en un momento dado (31).

3.2. Diseño de investigación

En la presente investigación se utilizó el diseño no experimental de nivel descriptivo correlacional, con el propósito de describir y analizar las variables, y además sigue el siguiente esquema:



Dónde:

M = Personas diagnosticadas de VIH/SIDA

O₁ = Creencias de personas diagnosticadas de VIH/SIDA

O₂ = Actitudes de personas diagnosticadas de VIH SIDA

r = Relación entre variables de estudio

3.3. Universo, población, muestra y muestreo

Universo

Estuvo conformado por todas las personas que fueron atendidos en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.

Población

Estuvo conformado por todas las personas diagnosticadas de VIH/SIDA positivo, en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales en el periodo noviembre 2015 a octubre 2016, estas fueron en total 42.

Muestra

Estuvo representado por 34 personas de la población total que fueron diagnosticadas de VIH/SIDA positivo y atendidas en la Unidad de Atención Médica Periódica

(UAMP) del Centro Salud Morales, durante el periodo noviembre 2015 a octubre 2016. Este tamaño de muestra seleccionada cumplió con los criterios de inclusión.

Muestreo

Se utilizó el muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

3.3.1. Criterio de inclusión

- Todo paciente con diagnóstico de VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, durante el periodo de noviembre 2015 a octubre 2016 y que aceptó participar en el presente trabajo de investigación.
- Pacientes menores de edad, previa autorización de los padres.
- Pacientes con prueba confirmatoria (Western Blot-Inmuno Fluorescencia Indirecta).

3.3.1. Criterio de exclusión

- Paciente con diagnóstico de VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, durante el período de noviembre 2015 a octubre 2016 y que no aceptó participar en el presente trabajo de investigación.
- Menores de edad y que no contaron con autorización de sus respectivos padres.
- Pacientes que no tenían la prueba confirmatoria.

3.4. Procedimiento

- ✓ Se solicitó al director del establecimiento y al responsable del servicio la autorización de ingreso y revisión del libro de registro de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA y confirmadas por Western Blot (WB) o Inmuno Fluorescencia Indirecta (IFI) en la unidad de atención médica periódica, del Centro de Salud Morales, durante el período noviembre 2015 a octubre 2016, para la presente investigación.

- ✓ Se programó en coordinación con la jefatura del establecimiento la socialización del estudio a todo el equipo de gestión del Centro de Salud Morales para dar a conocer los beneficios que tendría la presente investigación.
- ✓ Se procedió a la revisión de la información requerida durante el periodo de estudio en el libro de atenciones de la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales.
- ✓ Se aplicó la encuesta elaborada por el autor a los pacientes seleccionados durante el período del estudio.
- ✓ Se tabuló y analizó los datos obtenidos a través de métodos estadísticos computarizados.
- ✓ Se obtuvieron resultados tanto de nivel descripto e inferencial, las cuales fueron discutidos en el informe de investigación

3.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos

Considerando la naturaleza del problema y sus objetivos, la técnica que se utilizó fue la **encuesta**, y el instrumento que se aplicó en el presente trabajo de investigación fue el **cuestionario** con una serie de preguntas cerradas categorizadas en una escala de Likert modificado que contiene una lista de afirmaciones de actitudes y creencias. La escala Likert es utilizada frecuentemente para este tipo de mediciones porque se considera fácil de elaborar; además, permite lograr altos niveles de confiabilidad y requiere pocos ítems para obtener una respuesta por parte del sujeto.

Para dar respuesta a la interpretación del instrumento "Cuestionario sobre creencias y actitudes de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA" que se utilizó en la investigación, se realizó un cambio para el presente trabajo de investigación, de escala en instrumentos hacia una escala en resultados, manteniendo la puntuación del instrumento:

Cambio de escala en la variable actitudes:

Escala en instrumentos	Escala en resultados	Valor - puntos
Completamente en desacuerdo	*Inadecuada	1
Estar en desacuerdo		2
No estar ni de acuerdo ni en desacuerdo	*Moderada	3
Estar de acuerdo		4
Completamente de acuerdo	*Adecuada	5

Fuente: Elaboración propia

*se modificó a escala de resultados para el presente trabajo de investigación

Valoración de la variable actitudes a respuestas calificativas:

Intervalos de valoración	Respuestas valoradas
[15 - 34]	*Inadecuada
[35 - 54]	*Moderada
[55 - 75]	*Adecuada

Fuente: Elaboración propia

*se modificó a escala de resultados para el presente trabajo de investigación

Cambio de escala en la variable creencias

Escala en instrumentos	Escala en resultados	Valor - puntos
Completamente en desacuerdo	*Verdadera	1
Estar en desacuerdo		2
No estar ni de acuerdo ni en desacuerdo	*Duda	3
Estar de acuerdo		4
Completamente de acuerdo	*Falsa	5

Fuente: Elaboración propia

*se modificó a escala de resultados para el presente trabajo de investigación

Valoración de la variable actitudes a respuestas calificativas:

Intervalos de valoración	Respuestas valoradas
[10 - 23]	*Verdadera
[24 - 37]	*Duda
[38 - 50]	*Falsa

Fuente: Elaboración propia

*se modificó a escala de resultados para el presente trabajo de investigación

✓ **Validez y confiabilidad del instrumento**

La validez del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos, actividad que se revisó en todas las fases del proceso de la investigación, a fin de someter el modelo a la consideración y juicio de conocedores de la materia en cuanto al instrumento que se aplicó para medir la variable de estudio respectivo (Ver Anexo 3).

En cuanto a la confiabilidad se aplicó la Escala Alfa de Crombach para dar confiabilidad al instrumento, para ello se utilizó una prueba piloto con el fin de mostrar la confiabilidad del instrumento, donde se obtuvo un valor de 0,817 y 0,826 respectivamente en los instrumentos de medición de creencias y actitudes en personas diagnosticadas de VIH SIDA, los mismos que superaron al valor de 0.80, como valor referencial en la confiabilidad de los instrumentos para su aplicación. Por lo tanto, se validan los instrumentos por calificarse como "Muy bueno" en fiabilidad, dentro del rango: 0,8 – 0,9 (Ver Anexo 4).

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

Posterior a la recolección de datos con las técnicas e instrumentos diferentes, fueron tabulados y analizados con el paquete estadístico SPSS 24 y el programa Excel y fueron presentados a través de cuadros simples y de doble entrada. El análisis de los datos se realizó mediante la utilización de tablas y gráficos estadísticos, a fin de observar de manera rápida las características de la muestra de estudio, al igual que se utilizó las medidas estadísticas de tendencia central y la prueba no paramétrica Chi-cuadrado (X^2), las cuales nos facilitó la verificación de la plantación de nuestras hipótesis.

✓ **Prueba estadística de independencia Chi – Cuadrado (X^2)**

Nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. En las pruebas de independencia se utiliza el formato de la tabla de contingencia, donde muestra todas las posibles combinaciones de categorías, o contingencias, que explican su nombre. A la suma de todas las razones que se puedan construir al tomar la diferencia entre cada frecuencia observada y esperada, en una tabla de

contingencia, elevándola al cuadrado, y luego dividiendo esta desviación cuadrada entre la frecuencia esperada, se le llama estadístico chi cuadrada.

3.7. Aspectos éticos

En el presente estudio, se consideró las normas internacionales de formato de estilo de redacción VANCOUVER, el mismo autor del estudio se responsabiliza por los contenidos y la base teórica de la cual se compone el mencionado trabajo. Así mismo, se guardó estricta confidencialidad en cuanto a las identidades de los sujetos de la muestra a fin de evitar un condicionamiento.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA positivo

Datos sociodemográficos	Frecuencia (n=34)	%
Genero	34	100%
Masculino	34	100%
Femenino	0	0
Estado civil	34	100%
Soltero	30	88%
Conviviente	4	12%
Rango edad	34	100%
18 - 27	22	65%
28 - 37	8	24%
38 - 47	4	11%
Domicilio	34	100%
Urbano marginal	8	24%
Urbano	24	70%
Rural	2	6%
Número de parejas sexuales	34	100%
2 a 3	10	30%
4 a 5	12	35%
más de 6	12	35%
Grado de instrucción	34	100%
Primaria	8	24%
Secundaria	18	52%
Superior no universitaria	6	18%
Superior universitaria	2	6%
Usuarios atendidos	34	100%
Homosexual activo	6	18%
Homosexual pasivo	18	52%
Población general	4	12%
Travesti	6	18%

Fuente: Base de datos del cuestionario elaborado por el autor

Se observa el número y porcentaje de personas diagnosticadas de VIH/SIDA positivo según sus características sociodemográficas, podemos señalar al 100% que las personas atendidas fueron del género masculino. En cuanto al estado civil de mayor frecuencia fue soltero con 88%. El rango de edad más frecuente es de 18 – 27 con 65%, y 28 – 37 años con 24%. El tipo de domicilio más frecuente fue urbano con 70% y urbano marginal con 24%. Con respecto al número de parejas sexuales de mayores frecuencias fueron de 4 a 5 (35%) y más de 6 (35%). En cuanto al grado de instrucción más frecuente fue la educación secundaria con 52% y la educación primaria con 24%. Con respecto al tipo de orientación sexual de mayor frecuencia fue el homosexual pasivo con 52%.

Tabla 2. Creencias en personas diagnosticadas de VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales

Escala	Intervalo	N°	%
* Verdadera	10 - 23	20	59%
*Duda	24 - 37	10	29%
*Falsa	38 - 50	4	12%
	Total	34	100%

Fuente: Base de datos del cuestionario elaborado por el autor

*se modificó a escala de resultados para el presente trabajo de investigación

Se observa el número y porcentaje de personas diagnosticadas de VIH/SIDA positivo en el servicio de la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales durante el periodo de noviembre 2015 a octubre 2016 por escala valorativa de la variable creencias; del total de las personas atendidas, el 59% que tuvieron la mayor frecuencia de respuesta percibieron como verdadera las creencias relacionadas a la infección del VIH, el 29% de personas diagnosticadas de VIH/SIDA tuvieron dudas sobre esas creencias, solo el 12% percibieron como falsa esas creencias.

Tabla 3. Actitudes de personas diagnosticadas de VIH SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales

Escala	Intervalo	N°	%
*Inadecuada	15 - 34	8	24%
*Moderada	35 - 54	4	12%
*Adecuada	55 - 75	22	64%
	Total	34	100%

Fuente: Base de datos del cuestionario elaborado por el autor

*se modificó a escala de resultados para el presente trabajo de investigación

Se observa el número y porcentaje de personas diagnosticadas de VIH/SIDA positivo en el servicio de la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales durante el periodo de noviembre 2015 a octubre 2016 por escala valorativa de la variable actitudes; del total de las personas atendidas, el 24% tuvieron una actitud inadecuada en relación a la infección por el VIH/SIDA, el 12% de personas tuvieron una actitud moderada, solo el 64% que tuvieron la mayor frecuencia de respuesta mostraron una actitud adecuada.

Para el análisis inferencial del estudio de diseño no experimental, con mediciones de relación o asociación entre las variables estudiadas creencias y actitudes de personas diagnosticadas de VIH/SIDA, se aplicó la prueba estadística para datos no paramétricos Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) con el 95% de confianza; por lo que se desarrolló la siguiente hipótesis estadística.

Hipótesis estadística:

H₀: No existe relación significativa entre las creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.

Tabla 4. Tabla de contingencia de las variables creencias y actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA

Creencias	Actitudes			Total
	*Inadecuada	*Moderada	*Adecuada	
*Verdadera	0	3	17	20
*Duda	5	1	4	10
*Falsa	3	0	1	4
Total	8	4	22	34

Fuente: Base de datos del cuestionario elaborado por el autor. SPSS VER. 2

*se modificó a escala de resultados para el presente trabajo de investigación

Se observa el cruce de respuestas de las variables, esta tabla de contingencia tiene como objetivo establecer la prueba Chí cuadrado y ver si existe asociación significativa entre las variables creencias y actitudes, del cruce de respuestas podemos indicar que cuando las

creencias relacionadas a la infección del VIH son verdaderas, el nivel de actitud en relación a la infección por el VIH/SIDA será adecuada.

Tabla 5. Prueba de chi-cuadrado de las variables creencias y actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,053 ^a	4	,003
Razón de verosimilitudes	19,151	4	,001
Asociación lineal por lineal	12,736	1	,000
N de casos válidos	34		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,47.

Fuente: Base de datos del cuestionario elaborado por el autor. SPSS VER. 21

A través de la prueba de independencia Chi Cuadrado a nuestros datos, se conoció que el resultado encontrado para Chi-cuadrado de Pearson es de: ($X^2=16,053$), la cual es mayor al Chí tabular con 4 grados de libertad (9,488); lo que demuestra un nivel de dependencia de las variables creencias y actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

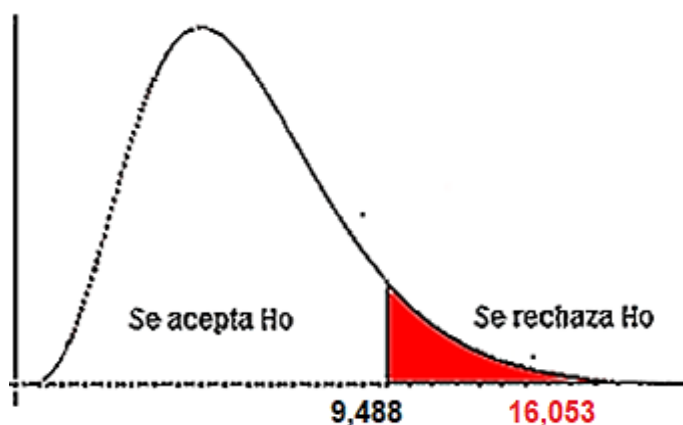


Figura 1. Zona de aceptación probabilística – Chí Cuadrado de las variables creencias y actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA

Fuente: Base de datos del cuestionario elaborado por el autor

Como el Chí Cuadrado de Pearson ($X^2=16,053$) es notablemente mayor que el Chi tabular con 4 grados de libertad (9,488) y se sitúa en el rango de probabilidad de rechazo, por lo

tanto, rechazamos la hipótesis nula con un 95% de confianza y aceptamos que las variables son dependientes, y de esta manera hay relación significativa entre ellas; posteriormente podemos dar la respuesta de la hipótesis planteada que: Existe relación significativa entre las creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.

V. DISCUSIÓN

A continuación, al ser este trabajo de tipo descriptivo correlacional que responde a un diseño no experimental de un solo grupo de estudio, se presenta la argumentación que surge del análisis de los resultados más relevantes del estudio:

En cuanto al primer objetivo específico, sobre las características sociodemográficas de las personas diagnosticadas de VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales durante el periodo noviembre 2015 a octubre 2016: En el estudio realizado dentro del perfil sociodemográfico se conoció que el sexo de las personas fue en su totalidad (100%) del género masculino. Con respecto al rango de edad promedio, fue de 18 a 27 años quien obtuvo la mayor frecuencia de respuesta (65%), el 24% de personas atendidas se encontró en un rango edad de 28 a 37 años, y el 11% se encontró en un rango edad de 38 a 47 años. Con respecto al tipo domicilio fue de zona urbano quien obtuvo la mayor frecuencia de respuesta (70%), el 24% de personas atendidas residen en zona urbano marginal, y el 6% residen en zona rural. En relación al grado de instrucción de personas diagnosticadas con VIH/SIDA positivo, fue de nivel secundaria quien obtuvo la mayor frecuencia de respuesta (52%), el 24% alcanzó el nivel primario, el 18% alcanzó el nivel superior no universitaria, y el 6% alcanzó el nivel superior universitaria. Con respecto al estado civil, fue el estado civil de soltero quien obtuvo la mayor frecuencia de respuesta (88%), y el 12% registraron como conviviente su estado civil. Con respecto a la orientación sexual, fue la orientación homosexual pasivo quien obtuvo la mayor frecuencia de respuesta (52%), el 18% indicaron ser homosexual activo, el 12% pertenecen a la categoría de población general, y el 18% registraron como travesti su orientación sexual. En relación al número de parejas sexuales, de 4 a 5 parejas obtuvieron una frecuencia de respuesta (35%), el 29% indicaron tener de 2 a 3 parejas sexuales, y también el 35% indicaron tener más de 6 parejas sexuales. Los resultados encontrados del perfil sociodemográfico, podemos constatar que el incremento constante en el registro de casos de VIH/SIDA es un reflejo de las distintas situaciones que afecta a la población.

En cuanto al segundo objetivo específico, sobre las creencias en personas diagnosticadas de VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del

Centro de Salud Morales durante el periodo noviembre 2015 a octubre 2016; se consideraron como verdaderas las creencias relacionadas a la infección del VIH al 59%, ya que obtuvo la mayor frecuencia de respuesta por parte de las personas diagnosticadas de VIH/SIDA positivo, el 29% tuvieron dudas sobre esas creencias, y el 12% percibieron como falsa esas creencias. Esto corrobora el estudio de Valdivieso G. (2013) quien sostuvo que familiares de pacientes con diagnóstico reciente de VIH/SIDA mantenían mitos con respecto al VIH/SIDA, sobre todo el temor a la transmisión por la saliva, motivo por el cual paciente comían en su hogar con vajilla específica para ellos o desechable. Es así como, Busto M. (2014) reportó que para los pacientes con infección por VIH el estigma de esta infección ha llevado a la ocultación de la enfermedad en la sociedad y en el sistema sanitario, con repercusiones en la consideración de la enfermedad y en la percepción del riesgo. Por su lado, Juárez J y Pozo E. (2010), respecto a la posibilidad de transmisión del virus adormecido, varones y mujeres que lleven menos de una año en tratamiento expresaron que en las relaciones sexuales sí se puede transmitir el virus, pero éste, al encontrarse en situación de adormecimiento no va a ocasionar daño en la persona sana, salvo que el virus se despierte, lo cual es variable en tiempo y dependerá del estilo de vida de la persona a quien se transmitió el virus. Es por ello, que existen creencias sobre concepciones diferenciadas para tener coito con pareja ocasional o estable. No obstante, existen casos de familiares que rechazan al paciente por su condición, y es una de las razones de que un paciente no desea que sus seres queridos conozcan su diagnóstico, además el sentimiento de muerte inminente y el miedo al dolor, son algunos sus temores, pero se añaden otros; las formas de transmisión del VIH (específicamente por transmisión sexual) que influyen por ejemplo en el temor a iniciar relaciones sentimentales para evitar el rechazo, discriminación y aislamiento social por la construcción preexistente en cuanto al VIH. Por otro lado, existen pensamientos distorsionados sobre personas con VIH en el Perú, específicamente dentro del ámbito social, donde la discriminación hacia ellos es por el temor a la enfermedad y en el rechazo a las supuestas conductas sexuales fuera de la normal. Y es así, que las personas viviendo con VIH son estigmatizadas y, por lo tanto, vistas como seres inferiores, donde este rechazo y estigmatización genera que las propias personas viviendo con VIH lo interioricen y desarrollen así un sentimiento de culpa por poseer este virus, derivando finalmente en una autoexclusión.

En cuanto al tercer objetivo específico, sobre el tipo de actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales durante el periodo noviembre 2015 a octubre 2016; se consideraron como adecuadas el 64%, así mismo el 24% tuvieron una actitud inadecuada, y el 12% de personas tuvieron una actitud moderada. Esto guarda relación con el estudio realizado por Almeida C. (2013) quien sostuvo que los pacientes con sus actitudes no alcanzaron los niveles de cumplimiento considerados como adecuados, con las cuales se deben intentar estrategias de intervención, de forma pluridisciplinar, basadas en aspectos psicoeducativos y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar sus nuevos hábitos de vida. Uno de los primeros pensamientos que el sujeto tiene al conocer sobre su diagnóstico está vinculado con la reacción sobre todo de su pareja, y de tenerlos, la reacción de sus hijos; el temor se centra en el abandono y rechazo de ellos y en sí de su red social, además el temor a perder su actividad laboral a perder la vida que ha intentado estructurar; todos estos pensamientos inciden a que el sujeto tenga una actitud de resistencia de realizarse una consulta médica, a la ingesta de la medicación pues si se encuentra renuente a que los demás conozcan de su diagnóstico intentará evitarlo de todas las maneras posibles, aunque eso implique su detrimento físico-emocional. El paciente con VIH/SIDA, es una persona que se encuentra disminuido anímicamente, adoptando actitudes imposibles y aumentando sus sentimientos de culpa hasta sentir impulsos suicidas; por lo que estos factores inciden negativamente las actitudes de las personas diagnosticadas con la enfermedad.

En cuanto al objetivo general de la presente investigación, se determinó que existe relación significativa entre las creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016; dado que se obtuvo un Chí Cuadrado de Pearson ($X^2=16,053$) notablemente mayor al Chi tabular con 4 grados de libertad (9,488); lo que demuestra que al 95% de confianza existe un nivel de dependencia de las variables creencias y actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Similar resultado también lo encontramos en Palacios M. (2018), quien concluyó que el nivel de conocimiento está relacionado a las actitudes sexuales con un nivel de significancia ($p=0.011$) demostrando así una fuerza de relación positiva, es decir, a mayor nivel de conocimientos hay mayor probabilidad de tener una actitud favorable.

VI. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, fueron sexo masculino en un 100%, con un rango de edad 18 a 27 años (65%) , estado civil soltero (88%), domicilio urbano (70%), de 4 a 5 parejas sexuales (35%) y más de 6 (35%), educación secundaria (52%), y un 52% fueron homosexual pasivo.
2. Los tipos de creencias en personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, se identificaron como verdaderas al 59%, seguido de un 29% de sujetos que tuvieron sus dudas, mientras que el 12% percibieron como falsas las creencias relacionadas a la infección de esta enfermedad.
3. Los tipos de actitudes en personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, fueron consideradas como adecuadas al 64%, seguido de un 24% de sujetos que mostraron una actitud inadecuada, mientras que el 12% presentaron una actitud moderada en relación a la infección por el VIH/SIDA.
4. Existe relación significativa entre las creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016, hallándose una sig. bilateral ($0,03 < 0,05$) y un Chí Cuadrado de Pearson ($X^2=33,202$) notablemente mayor al Chi tabular con 4 grados de libertad (9,488); corroborando al 95% ($\alpha=0.05$) de confianza que ambas variables son dependientes, y de esta manera existe una asociación significativa entre ellas, es decir cuando las creencias relacionadas a la infección del VIH son verdaderas entonces el nivel de actitud sobre esta infección será adecuada.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al jefe del Centro de Salud de Morales, fortalecer las políticas de prevención del VIH/SIDA en el establecimiento de salud, que incluyan la educación sexual, uso correcto del condón, el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales, y la erradicación al estigma y la discriminación.
2. Brindar mayor información sobre algunas creencias que necesitan ser revisadas o cambiadas sobre el VIH/SIDA y así condicionar una actitud adecuada.
3. Consejería integral sobre las mejoras de estilo de vida que podrían conseguir modificando algunas creencias que son tan fuertes y limitadas, haciendo que se cuestionen cada una de estas y sus consecuencias frente al VIH/SIDA

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Busto M. Actitudes, experiencias y prácticas en Atención Primaria ante el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. [Tesis doctoral] Universidad Europea Madrid. Madrid; 2014.
2. Almeida C. Plan de promoción de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/SIDA que acude a la consulta externa del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, 2012. [Tesis de maestría]. Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador; 2013.
3. Valdivieso G. Programa de asesoramiento e intervención para pacientes con diagnóstico reciente de VIH/SIDA y que presentan resistencia al tratamiento antirretroviral desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad. [Tesis de maestría]. Universidad Central del Ecuador. Universidad del Azuay. Quito; 2013, p. 105, 106.
4. Altuna G. Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación. [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú; 2011.
5. Juárez J, Pozo E. Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura. Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica V.27 N°.1 Lima mar. 2010. Perú; 2010.
6. Palacios M. Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre las infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales atendidas en el Centro de Salud Raúl Patrucco, Setiembre – Diciembre 2017. [Tesis de pregrado]. Lima, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad De Ciencias De La Salud; 2018.
7. Ley del Sida de la República Dominicana. Ley Nro.55-93 de fecha 31 de Diciembre de 1993. [Online]; 1993. Available from: <https://www.hsph.harvard.edu/population/aids/dominicanr.aids.03.pdf>
8. MINSA-Perú. Boletín Epidemiológico Marzo 2017; [Online].; 2017.

9. ONUSIDA. Prevención integral del VIH. Informe sobre la epidemia de SIDA. Ginebra, Suiza: ONUSIDA; 2006.
10. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2003. Ginebra, Suiza: ONUSIDA; 2003.
11. Navas M. El Sida en América Latina. [Online].; 2008. Available from: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7535000/7535678.stm
12. OPS/OMS. VIH/SIDA. [Online].; 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
13. Buela C , Bermúdez M, Roig S. Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países. Revista médica de Chile. 2001 agosto; 129(8).
14. Ortiz R, María F, Suarez A, Elizabeth R, Almeida R, Ronquillo F. Conductas de riesgo en personas con vih de 20 a 35 años y su relación con el incremento de contagios estudio a realizarse con pacientes que asisten al Subcentro de salud de la parroquia la Unión cantón Babahoyo en el primer semestre del 2012. [Tesis de pregrado]. Babahoyo, Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
15. Dávila M, Tagliaferro A, Bullones X, Daza D. Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA. Rev. salud pública. 2008 Abril; 10(5).
16. Rodríguez E, Ascencio Z, Romero M. VIH/SIDA y discriminación en Ica. [Online].; 2006. Available from: <http://cies.org.pe/files/DyP/DyP28.pdf>.
17. Rosell G, Rengifo R. Análisis situacional de Salud 2011 (ASIS) Región San Martín. DIRES SM. Perú, [Online].; 2012. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_sanmartin.pdf
18. Tabares C, Riaño M. Relación entre los conocimientos y las actitudes frente a aspectos asociados al VIH/SIDA en un grupo de jóvenes universitarios. [Tesis de maestría]. Santiago de Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Departamento de Ciencias Sociales y Salud; 2018.

19. Jhonston C. Actitudes del paciente con VIH/SIDA hacia su seropositividad en el Hospital Maria Auxiliadora. Octubre 2005. [Tesis de pregrado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2006.
20. MINSA. Notificación de casos de VIH/SIDA. Red Nacional de Epidemiología. [Online].; 2015. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2015/setiembre.pdf
21. Celada J, Cairo E. Actividad psíquica y cerebro. p. 240. 1990
22. Young K, Flugel J. Psicología de las actitudes. Editorial Paidós SA. 1967
23. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. [Online].; 2015. Available from: <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
24. Prieto S. Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA. [Online].; 1996.
25. Sánchez L. Proyecto de investigación: Nivel de información y actitud en VIH/SIDA de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo año 2007. [Tesis de maestría]. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería; 2008.
26. Riera Y, Valdez D. Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/SIDA, en Guadalupe, Morona Santiago, 2017. [Tesis de pregrado]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2018.
27. Reartes D. La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. Desacatos. 2011 Abril; 35(59-74).
28. Maté M, González S, Trigueros M. El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974). [Online].; 2014. Available from: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>

29. Muñoz J, Velarde J. Creencia. Compendio de Epistemología, Trotta, Madrid, 2000, 30 p. 160-162.
30. Macci M, Benítez L, Corvalán A, Nuñez C, Ortigoza D. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. Rev Chil Pediatr. 2008 206-217; 79(2).
31. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. (5ª ed.). México: Mc Graw-Hill. 2010.
32. Tamayo M, Tamayo M. Diccionario de la investigación científica. Editorial Blanco, México, 1997.
33. Polanco A. Estudio prospectivo y retrospectivo. [Online].; 2000. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos5/retropros/retropros.shtml>

IX. ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

ESCUELA DE POSGRADO



SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Datos socio demográficos

1. Sexo:

- a. Masculino. b. Femenino.

2. Edad:

3. Domicilio:

- a. Urbano. b. Rural. c. Urbano marginal.

4. Grado de instrucción:

- a. Primaria. b. Secundaria . c. Superior no univ.
d. Superior universitaria.

5. Estado civil:

- a. Casada(o) b. Conviviente c. Soltera(o)

6. Condición:

- a. Homosexual activo b. Homosexual pasivo c. Travesti
d. Trabajadora sexual e. Población general f. Gestante

7. Número de parejas sexuales

- a. 1 b. 2 a 3 c. 4 a 5
d. más de 6

Esta encuesta es totalmente voluntaria y confidencial. Servirá para conocer las creencias y actitudes de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica y mejorar las medidas de control de la epidemia del SIDA. La encuesta no le llevará más de 10 minutos. Intente cuantificar su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

1= completamente en desacuerdo

2= estar en desacuerdo

3= no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo;

4= estar de acuerdo

5= completamente de acuerdo

Creencias	1	2	3	4	5
1. El VIH/SIDA es sinónimo de rechazo y muerte segura					
2. El VIH/SIDA también se contagia en los servicios higiénicos usados por una persona infectada.					
3. Solamente los homosexuales y prostitutas pueden contraer el VIH/SIDA.					
4. Al tener solamente sexo oral no hay contagio del VIH/SIDA					
5. El VIH/SIDA puede contagiarse por medio del contacto físico, (saludos, abrazos y caricias) con una persona que vive con VIH/SIDA					
6. Los resultados positivos puedan revertirse en algún momento					
7. Acudiendo a la iglesia y orar todos los días hará que el resultado se vuelva negativo.					
8. Los vegetales son mejores medicamentos que los que nos entregan en TARGA.					
9. El condón protege contra la infección del VIH/SIDA					
10. Si una persona muere por VIH/SIDA, su ataúd debe ser sellado para evitar la propagación de la enfermedad					

Fuente: Elaboración propia

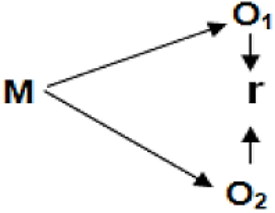
Actitudes	1	2	3	4	5
11. El consentimiento informado debe ser obligatorio, por escrito para la serología del VIH, pero no para otras infecciones (como por ejemplo la lúes o la hepatitis B,)					
12. Preguntar acerca de las conductas de riesgo para la realización de la serología de VIH estigmatiza a los pacientes a los que se pide esta prueba.					
13. Simplificar el proceso de realización de la serología del VIH, ayudaría a detectar los casos de forma más precoz.					
14. Sería interesante que la serología de VIH se ofreciera de forma oportunista, aprovechando la visita del paciente a la consulta por otros motivos.					
15. Hay personas que tienen prácticas sexuales de riesgo que facilita la transmisión del VIH y tienen derecho a no contarlo a su médico.					
16. Si desapareciera la obligatoriedad del consentimiento informado por escrito se pedirían más serologías de VIH en Atención Primaria.					
17. Necesidad de aislamiento social por encontrarse infectado por VIH					
18. Se siente o se ha sentido desanimado para afrontar la situación de encontrarse infectado por VIH					
19. Ha tenido o tiene pensamiento suicida u homicida por encontrarse infectado por VIH					
20. Siente furia extrema por haber contraído la infección de VIH					
21. A veces tengo la necesidad de contagiar de VIH/SIDA a los demás, así como me contagiaron.					
22. Una ITS es una infección de transmisión sexual que se propaga a través de actos sexuales con personas infectadas y aumenta las posibilidades del contagio del VIH/SIDA					
23. La transmisión sexual es la vía más frecuente para adquirir el VIH/SIDA					
24. El VIH está presente en fluidos corporales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y en la leche materna					
25. Siempre existe temor al resultado de la serología del VIH/SIDA por nuestro estilo de vida					

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3: Matriz de consistencia.

Título: “VIH/SIDA: Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	FUNDAMENTO TEORICO
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación entre las creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Qué características sociodemográficas presentan las personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016?</p> <p>¿Cuáles son las creencias en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016?</p> <p>¿Cuáles son las actitudes en personas</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características sociodemográficas de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016. • Identificar las creencias en personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016. • Identificar el tipo de actitudes en 	<p>HG: Existe relación significativa entre las creencias y actitudes de personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.</p>	<p>VIH SIDA</p> <p>Es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo, debilitando las defensas y dejándolo vulnerable a muchas infecciones y así al desarrollo de la aparición de la enfermedad SIDA (16).</p> <p>Actitud</p> <p>Tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra) (22).</p> <p>Creencia</p> <p>Es un estado mental dotado de un contenido representacional y, en su caso, semántico o proposicional y, por tanto, susceptible de ser verdadero o falso; y que, además, dada su conexión con otros estados mentales y otros de contenidos proposicionales, es causalmente relevante o eficaz respecto de los deseos, las acciones y otras creencias del sujeto (26)</p>

<p>diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016?</p>	<p>personas diagnosticadas con VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.</p>		
<p>DISEÑO DE INVESTIGACION</p>	<p>POBLACION Y MUESTRA</p>	<p>VARIABLES</p>	<p>INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS</p>
<p>El presente diseño de investigación es no experimental transversal correlacional, y sigue el siguiente esquema:</p>  <p>M = Representa a la muestra de estudio O₁ = Creencias O₂ = Actitudes r = relación entre las variables</p>	<p>Población Estuvo conformado por todas las personas diagnosticadas de VIH/SIDA positivo, que según el libro de registro de atención de la UAMP del Salud Morales en el periodo noviembre 2015 a octubre 2016, estas fueron 42.</p> <p>Muestra Constituida por 34 personas con VIH/SIDA.</p>	<p>Variable Independiente: Creencias de personas diagnosticadas de VIH/SIDA</p> <p>Variable Dependiente: Actitudes de personas diagnosticadas de VIH SIDA</p>	<p>Y considerando la naturaleza del problema y sus objetivos, la técnica que se utilizó fue la encuesta, y el instrumento que se aplicó en el presente trabajo de investigación fue el cuestionario con una serie de preguntas cerradas categorizadas en una escala de Likert modificado que contiene una lista de afirmaciones de actitudes y creencias: Encuesta sobre actitudes y creencias en personas diagnosticadas en la unidad de atención médica periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales. noviembre 2015 a octubre 2016.</p>

Anexo 3: Validación de instrumentos

INFORME DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- Título de la investigación: “VIH/SIDA: CREENCIAS Y ACTITUDES EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS EN LA UNIDAD DE ATENCION MEDICA PERIODICA (UAMP) DEL CENTRO DE SALUD – MORALES. NOVIEMBRE 2015 A OCTUBRE 2016”
- Apellidos y Nombres del experto:
- Grado Académico:
- Institución en la trabaja el experto:
- Instrumento motivo de evaluación:
- Autor del instrumento: Obsta: Edward Villacorta Panduro

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) REGULAR (3) EFICIENTE (4) MUY EFICIENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.					
OBJETIVIDAD	Los ítems del instrumento permitirán mensurar la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.					
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico y legal inherente a la epidemiología dentro de la salud pública.					
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición operacional y conceptual relacionada con las variables en todas dimensiones e indicadores, de manera que permitan hacer abstracciones e inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en cantidad y calidad.					
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para medir el creencias y actitudes en personas diagnosticadas de VIH/SIDA en la Unidad de Atención Medica Periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales. Noviembre 2015 a Octubre 2016.					
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.					
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre la variable, dimensiones e indicadores.					
METODOLOGÍA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.					
OPORTUNIDAD	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado.					
	SUB TOTAL					
	TOTAL					

Fuente: personal

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

.....

IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:

Anexo 4: Confiabilidad de instrumentos

“VIH/SIDA: Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016”

A través del Alfa de Crombach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Nivel de confiabilidad del coeficiente alfa de Crombach

Rango	Nivel
0.9 - 1.0	Excelente
0.8 - 0.9	Muy bueno
0.7 - 0.8	Aceptable
0.6 - 0.7	Cuestionable
0.5 - 0.6	Pobre
0.0 - 0.5	No aceptable

Fuente: George y Mallery (2003)

Análisis de fiabilidad del instrumento: Cuestionario sobre creencias y actitudes de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA

Variable	Alfa de Crombach	Nº de elementos
Creencias	0.817	10
Actitudes	0.826	15

Como los índices del alfa de Crombach (0.817 y 0.826) son mayores a 0.80, podemos calificarlo como "Muy bueno" el nivel de confiabilidad a los instrumentos de medición sobre creencias y actitudes en personas diagnosticadas de VIH/SIDA en la Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP) del Centro de Salud – Morales, periodo noviembre 2015 a octubre 2016.

Anexo 5: Constancia de autorización donde se ejecutó la investigación**RED DE SERVICIOS DE SALUD DE SAN MARTIN****CENTRO DE SALUD MORALES****Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP)**

El Gerente de la Micro red Morales-CSMorales **autoriza** al Obsta Edward Villacorta Panduro realizar la encuesta respectiva en el servicio de Unidad de Atención Médica Periódica, previa coordinación con la responsable, a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA durante el periodo de noviembre 2015 a octubre 2016, mediante la cual desarrollará el trabajo de investigación: VIH/SIDA. Creencias y actitudes en personas diagnosticadas en la unidad de atención médica periódica del CS Morales.

Morales, agosto 2018