Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Escuela de Posgrado

Programa Académico de Maestría en Psicología

CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DEL RIESGO DE SU ADQUISICIÓN EN ESCOLARES DE LIMA METROPOLITANA

Tesis presentada por:

NERI AMANDA, MEJIA VIDAL

Para obtener el Grado Académico de

MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

con mención en Psicología Clínica y de la Salud

Asesor
Mario Santiago Bulnes Bedon
Cód. Orcid 000-0001-7126-970X

Lima - Perú

2021

PÁGINA DE FIRMAS

Los miembros del jurado han aprobado estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

MEJIA VIDAL, NERI AMANDA

MARIO SANTIAGO BULNES BEDON

_____

Nombres y Apellidos, Asesor (a)

DENNIS ROLANDO LOPEZ ODAR

_____

Nombre(s) y Apellidos, Miembro

MILENA FIORELLA TENORIO CASTRO

_____

Nombre(s) y Apellidos, Miembro

ÁNGEL GUILLERMO GÓMEZ NAVARRO

_____

Nombre(s) y Apellidos, Miembro

_____

Dr. Ángel Guillermo Gómez Navarro
Director de la Escuela de Posgrado

IN VERITATIS LUMINE AD AMORIS VITAM
SC
UNIFE

RESUMEN

Con el objetivo de establecer la relación entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de adquirirlo en estudiantes de quinto año de educación secundaria de instituciones estatales y particulares de un distrito de Lima Metropolitana. Se encuestó a 182 alumnos, dividido equitativamente entre los dos tipos de colegio, con edades entre los 15 a 18 años. El estudio es de nivel descriptivo, de tipo básica y se aplicó un diseño descriptivo correlacional y comparativo. El instrumento utilizado es la Escala VIH/SIDA -65 para medir las dos variables, por cuanto mide diferentes aspectos relacionados al VIH/SIDA.

Los resultados indican que existe una relación positiva media y significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de contraerlo y no existen diferencias significativas en el conocimiento y en la autopercepción del riesgo de contraerlo entre estudiantes de quinto año de secundaria de colegios estatales en comparación a estudiantes de colegios particulares. Concluyéndose que cuando el conocimiento correcto es mayor, éste incide en que también sea mayor la autopercepción del riesgo en estudiantes de quinto año de secundaria de colegios estatales y particulares, constituyéndose el conocimiento en un factor de protección importante.

Palabras clave: conocimiento, riesgo, sexual, susceptibilidad, autoeficacia.

ABSTRACT

With the aim of establishing the relationship between knowledge about HIV / AIDS and the self-perception of the risk of acquiring it in fifth-year secondary school students from state and private institutions in a district of Metropolitan Lima. 182 students were surveyed, divided equally between the two types of schools, with ages between 15 and 18 years. The study is descriptive level, basic type and a descriptive, correlational and comparative design was applied. The instrument used is the HIV / AIDS -65 Scale to measure the two variables, since it measures different aspects related to HIV / AIDS.

The results indicate that there is a mean and significant positive relationship between knowledge about HIV / AIDS and self-perception of the risk of contracting it and there are no significant differences in knowledge and self-perception of the risk of contracting it among fifth-year high school students from state schools compared to private school students. Concluding that when the correct knowledge is greater, it influences that the self-perception of risk is also greater in fifth-year high school students from state and private schools, becoming knowledge an important protective factor.

Key words: knowledge, risk, sexual, susceptibility, self-efficacy.

RECONOCIMIENTOS/DEDICATORIA

A Dios doy gracias, por su infinita bondad otorgándome salud, sabiduría y perseverancia que me ha permitido culminar este estudio, por ser luz y guía en todos los momentos de mi vida.

Al Dr. Mario Santiago Bulnes Bedon, asesor de tesis, por su tiempo, consejos, su ayuda y experiencias que contribuyeron a mejorar este trabajo de investigación.

A la Dra. Carmen Leni Álvarez Taco, por su invaluable apoyo, por compartir sus conocimientos, por su paciencia y motivación que han hecho posible que pueda terminar con éxito este estudio.

A la Dra. Ana Fernanda Uribe Rodríguez, PhD. por su inagotable búsqueda de conocimientos, contribuyendo a la investigación de la conducta humana a través de una variada producción de estudios efectuados.

A los escolares del 5to año de secundaria, que constituyeron la muestra de este estudio, por su espontánea colaboración que de manera desinteresada brindaron la información solicitada, contribuyendo al éxito de este estudio.

A mi hija Masiel, por ser como eres, tan sensible con el dolor de los demás y por enseñarme a amar y respetar a los animales. Por ser el motor que me impulsa a seguir superándome profesionalmente.

A mis padres, Germán y Vilma por ser los autores principales de mi formación en todos los aspectos de mi vida, por enseñarme que los estudios y el trabajo son los pilares para salir adelante. Mi logro es el de ustedes.

A mis hermanos, Zoila, Nelly, Alcides, Gladys y Rosana por su motivación para continuar con mis estudios.

ÍNDICE

	Página
PAGINA DE FIRMAS…….	2
RESUMEN/ABSTRACT…….....	4
RECONOCIMIENTO/DEDICATORIA…….	5
INDICE…….	6
LISTA DE TABLAS…….	9
LISTA DE FIGURAS……..	12
INTRODUCCION……	14
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN……	18
1.1 Planteamiento del problema…….….	18
1.2 Justificación de la investigación……	22
1.3 Delimitación y limitaciones de la investigación……..	24
1.3.1 Delimitación de la investigación……..	24
1.3.2 Limitaciones de la investigación……..	25
1.4 Objetivos de la investigación…….	25
1.4.1 Objetivos generales……	25
1.4.2 Objetivos específicos…….	26
CAPITULO II: MARCO TEORICO……	27
2.1 Antecedentes de la investigación…….	27
2.1.1 Estudios relacionados al conocimiento del VIH/SIDA……	27
2.1.2 Estudios relacionados a la educación sexual y prevención…….	32
2.2 Bases teóricas……	36
2.2.1 Definición y evolución del VIH……	36
2.2.2 Etapas de la infección…….	38

Página

2.2.3 Mecanismos de transmisión del VIH/SIDA……. 39

2.2.3.1 Vía sexual……. 40

2.2.3.2 Vía sanguínea…… 41

2.2.3.3 Vía vertical madre-hijo…… 42

2.2.4 Situación del VIH-SIDA en el mundo, el Latinoamérica y el Perú. 43

2.2.5 La adolescencia……. 46

2.2.6 Conductas de riesgo frente al VIH/SIDA…….. 48

2.2.6.1 Definición de conducta sexual de riesgo……... 48

2.2.6.2 Dimensiones de las conductas sexuales de riesgo…… 49

2.2.6.3 Factores que influyen en la adopción de las conductas de riesgo…… 51

2.2.7 Conocimiento y autopercepción de riesgo…… 53

2.2.7.1 Conocimiento de los adolescentes sobre el VIH/SIDA……. 53

2.2.7.2 Autopercepción de riesgo frente al VIH/SIDA…… 55

2.2.7.2.1 La susceptibilidad……. 57

2.2.7.2.2 La autoeficacia…… 58

2.3 Definición de términos……. 61

2.4 Hipótesis…… 62

2.4.1 Hipótesis general……. 62

2.4.2 Hipótesis específicas…… 63

CAPITULO III: METODO…… 65

3.1 Nivel, tipo y diseño de investigación……. 65

3.2 Participantes…… 67

3.2.1 Población…… 67

Página

3.2.2 Muestra…….. 69

3.3 Variables de investigación…… 70

3.3.1 Variables de estudio…… 70

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos……. 71

3.4.1 Técnica de recolección de datos…… 71

3.4.2 Instrumentos de recolección de datos……. 72

3.4.2.1 Ficha técnica……. 73

3.4.2.2 Descripción del instrumento…… 73

3.4.2.3 Análisis psicométrico del instrumento…… 75

3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos…… 77

CAPITULO IV: RESULTADOS……. 79

4.1 Resultados descriptivos……. 79

4.2 Resultados de la contrastación de hipótesis……. 94

4.2.1 Hipótesis general……. 94

4.2.2 Hipótesis específicas……. 95

4.3 Resultados complementarios…… 100

CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS…… 103

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……. 115

6.1 Conclusiones……. 115

6.2 Recomendaciones……. 116

REFERENCIAS…….. 119

APENDICE……. 128

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1.	Población de escolares de 5to año de secundaria de colegios estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres 2017…….	68
2.	Matriz de operacionalización de la variable conocimiento sobre el VIH/SIDA …….	70
3.	Matriz de operacionalización de la variable autopercepción del riesgo sobre el VIH/SIDA……	71
4.	Distribución de la muestra según sexo por tipo de institución educativa…….	80
5.	Distribución de la muestra por edad de los estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares…….	81
6.	Distribución de la muestra por religión que profesan los escolares de instituciones educativas estatales y particulares….	82
7.	Convivencia de estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana ……	83
8.	Procedencia del conocimiento a través de medios de comunicación visual y escrito en estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.	85
9.	Procedencia del conocimiento por medio de internet en estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares …….	86
10.	Procedencia del conocimiento según anuncios publicitarios en estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativa estatales y particulares ……..	87
11.	Procedencia del conocimiento por medio del colegio en estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares ……..	88
12.	Procedencia del conocimiento por medio de amigos en estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones	89

educativas estatales y particulares…….

13. Procedencia del conocimiento por medio de padres o familia en estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares …….. 90

14. Procedencia del conocimiento por medio de servicios de salud y comunitarios en estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares ……... 91

15. Prueba de normalidad de las variables y sus dimensiones para estudiantes de colegio estatal …… 92

16. Prueba de normalidad de las variables y sus dimensiones para estudiantes de colegio particular…… 93

17. Relación entre conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de contraerlo en los estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares de distrito de San Martín de Porres……. 94

18. Relación entre conocimiento sobre el VIH/SIDA y la susceptibilidad de contraerlo en los estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares de distrito de San Martín de Porres…….. 95

19. Relación entre conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia de contraerlo en los estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres…….. 96

20. Comparación de medias para la variable conocimiento según institución educativa……. 97

21. Comparación de medias para la variable autopercepción del riesgo según institución educativa……. 97

22. Comparación de medias para la dimensión susceptibilidad según institución educativa……. 98

23. Comparación de medias para la dimensión autoeficacia según institución educativa. …….. 99

24. Comparación de medias para la variable conocimiento según sexo. ……..…… 100

25. Comparación de medias para la variable conocimiento según personas con quienes conviven……. 100

26. Comparación de medias para la variable conocimiento según religión. …….. 101

27. Comparación de medias para la variable autopercepción del riesgo según sexo. …….. 101

28. Comparación de medias para la variable autopercepción del riesgo según personas con quienes conviven. 102

29. Comparación de medias para la variable autopercepción del riesgo según religión …… ….. 102

IN VERITATIS LUMINE AD AMORIS VITAM
SC
UNIFE

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1.	Sexo de estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana …….....	80
2.	Edad de estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana…….	81
3.	Religión de estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares……	83
4.	Convivencia de estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares……	84
5.	Procedencia del conocimiento según medios de comunicación visual y escrito en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares……	85
6.	Procedencia del conocimiento por medio de internet en estudiantes de 5to año de educación secundaria de instituciones educativas estatales y particulares……	86
7.	Procedencia del conocimiento según anuncios publicitarios en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares……...	87
8.	Procedencia del conocimiento por medio del colegio en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares…….	88

9. Procedencia del conocimiento por medio de amigos en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares……... 89

10. Procedencia del conocimiento por medio de padres o familia en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares……... 91

11. Procedencia del conocimiento por medio de servicios de salud y comunitarios en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares……. 92

IN VERITATIS LUMINE AD AMORIS VITAM
SC
UNIFE

INTRODUCCIÓN

Cuidar la salud debe ser una prioridad para toda persona en cualquier etapa de la vida, que permitirá tener una buena calidad de vida que coadyuven en un equilibrio integral de la misma, y en este cometido se encuentran involucradas las diferentes disciplinas asociadas a la salud.

La psicología es una de las disciplinas que se encuentra comprometida con la salud de la población, que permite visualizar cómo influye el proceso psíquico en la salud en general de la persona, el modo de vida en su totalidad está relacionado con la salud, donde el ser humano es responsable de su salud y de las enfermedades que desarrolle.

En ese contexto, ante el incremento de las enfermedades terminales y crónicas cuyo desarrollo tiene que ver con las conductas de riesgo, cobra importancia el fomento y el sostenimiento sanitario, enfatizando la prevención de la enfermedad, ya que la falta de atención puede llevar no solo a la perdida de la salud sino incluso hasta la perdida de la vida. Entre estas enfermedades está el SIDA, considerada crónica para algunos grupos de personas que pueden acceder a los medicamentos que la controlan (terapia antiretroviral) y terminal para aquellas personas que por diferentes razones no se les ha detectado oportunamente o por la falta de acceso a los medicamentos que la controlan.

La psicología es una disciplina con importantes contribuciones en la prevención, diagnóstico y atención del VIH/SIDA, por cuanto tiene como finalidad la investigación de la conducta humana a fin de lograr su predicción, conservación o modificación orientado a que se reduzca de riesgos para el ser humano.

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2014), asevera que conocer sobre el VIH es factor esencial en la protección sobre el mismo; es así que el conocimiento se constituye en uno de los factores psicosociales más estudiados en diversos estudios y con diferentes poblaciones, ya que se considera que un mejor conocimiento sobre el VIH/SIDA permite asumir comportamientos menos riesgosos en su adquisición.

La autopercepción de riesgo, definida como el peligro probable de un resultado negativo que percibe la persona en relación a la adquisición de las Infecciones de transmisión sexual en general y especialmente del VIH. Guidano (1994) refiere que la autopercepción del riesgo se forma a partir de dos factores psicosociales importantes en la prevención de esta infección: la susceptibilidad y la autoeficacia.

Cuando se habla de susceptibilidad, se hace referencia a la percepción que tiene el individuo sobre el riesgo en una determinada situación (García, 2005) mientras que la autoeficacia es definida como la habilidad que desarrolla la persona para evitar relaciones sexuales sin protección, para hablar sobre las relaciones sexuales pasadas y la práctica de conductas de riesgo (López, 1996). En tal sentido estas variables han sido consideradas importantes en los esquemas diseñados para la prevención, por cuanto la persona si no se observa en peligro de contagiarse con el virus y es incapaz de exponer

comportamientos saludables, no será factible cambiar los comportamientos de riesgo por los saludables.

La estadística describe a los adolescentes y jóvenes entre los 15 a 24 años como los más vulnerables, y que en América Latina la infección se mantiene continua (OMS, 2014). Es la etapa en la que se afronta la vida sexual sin ningún tipo de protección y con poco conocimiento sobre el VIH/SIDA.

Con estos antecedentes, era importante identificar el conocimiento y la autopercepción del riesgo (susceptibilidad y autoeficacia) sobre el VIH/SIDA, en escolares de quinto año de educación secundaria de colegios estatales y particulares, estableciendo su relación para luego compararlas entre los escolares de los dos tipos de colegio señalados.

Este trabajo se encuentra organizado en seis capítulos:

En el primer capítulo se aborda el tema del problema de investigación, y al interior de éste se define el planteamiento del problema, se explica las razones que justifican el estudio, se delimitan las características de la investigación y se señalan las limitaciones que surgieron en su realización, y finalmente, se explicitan los objetivos de la investigación.

El capítulo II comprende el marco teórico, en el que se hace referencia a los estudios previos relacionadas a las variables estudiadas, se presentan las teorías que definen y explican las variables estudiadas, asimismo se presenta la definición de los términos más importantes que son usados en el estudio, para finalizar este capítulo con el planteamiento de la hipótesis general y las hipótesis específicas.

En el capítulo III que comprende el método, se presenta al interior de éste el nivel, tipo y diseño de investigación que caracterizan al estudio,

asimismo en cuanto a los participantes se define la población y la muestra a través de criterios de inclusión y exclusión, también se aborda de manera detallada las variables de investigación, se explica la técnica utilizada y el instrumento utilizado para la recolección de datos, y para finalizar el capítulo se presenta las técnicas que se han utilizado para el procesamiento y análisis de datos.

En el capítulo IV se presenta los resultados encontrados, de manera descriptiva y a través de la contrastación de las hipótesis, en este apartado también se incluye los resultados complementarios.

En el capítulo V se presenta la discusión de resultados encontrados, relacionando éstos en semejanzas y diferencias con otros estudios que se han revisado en los antecedentes.

Y en el capítulo VI se presenta las conclusiones derivadas de los resultados encontrados y en relación a las hipótesis formuladas; dentro de este apartado también se abordan las recomendaciones a través de sugerencias que se deducen de los resultados obtenidos. Y finalmente se concluye con las referencias y el apéndice.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Se presenta el planteamiento del problema y brinda datos sobre el contexto en el que se desarrolla el estudio, luego se plantean los aportes de la investigación, seguidamente el contexto en el que se realiza el estudio, su delimitación y finalmente se plantean los objetivos.

1.1 Planteamiento del problema

Durante años, la humanidad ha sido víctima de grandes epidemias que han causado millones de muertes. Una de ellas ha sido provocada por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la cual tuvo, y sigue teniendo, un gran impacto negativo en la salud humana y en la salud de las sociedades del orbe, por ser hasta ahora una enfermedad letal, que genera miedo por la pérdida de la vida (ONUSIDA, 2017).

Este síndrome constituye una amenaza a nivel mundial, que no respeta la condición social, sexo, raza ni edad, y que además ha cobrado muchas vidas humanas. Por ello, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2017) reporta que, en el mundo, desde el inicio de la epidemia fallecieron 35 millones de personas debido a enfermedades relacionadas con el SIDA desde el comienzo de la epidemia. Además, en 2016 un millón de personas perecieron por las mismas causas.

En los últimos años, el VIH/SIDA ha dejado de asociarse a grupos definidos como los homosexuales, trabajadoras sexuales, consumidores de drogas, personas con comportamiento sexual promiscuo, entre otros.

Actualmente, la pandemia se ha generalizado a diversos sectores de la sociedad, imponiendo nuevos desafíos para su control, es así que más del 50 por ciento de los recientes infectados ocurre entre los 15 a 24 años (ONUSIDA, 2010), lo que hace que este grupo sea considerado como el epicentro del incremento de casos, básicamente por la experiencia de conductas sexuales de riesgo. Por ello, se debe tener en cuenta las principales medidas preventivas mediante una educación oficial para evitar la propagación de esta inmunodeficiencia.

Este hecho se ve reflejado en estudios encontrados a nivel internacional, en donde existe un evidente desconocimiento sobre el VIH en los jóvenes, con una indudable falta de autopercepción sobre cuáles conductas son de peligro que contribuyen al incremento en la probabilidad de adquirir la infección (Díaz, Cantillo, García y Martínez, 2014).

Siendo la adolescencia una etapa del desarrollo de vida que comprende aproximadamente entre los 12 y 20 años de vida, en el que el ser humano está en proceso de formación y maduración biológica y psicológica (Cueto, Saldarriaga y Muñoz, 2011), su desarrollo está marcado por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, cambios que implican el potencial para lograr una mayor autonomía, que puede llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos pero también a que el adolescente se inicie en conductas de riesgo.

Ahora bien, al presentarse el síndrome del VIH/SIDA en los adolescentes, la enfermedad se convierte automáticamente en un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo como el Perú. En efecto, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2020) reporta a febrero del 2020, la

existencia de 132 657 casos de infección por VIH, de los cuales 45 089 se encuentran en estadio de SIDA, asimismo solo 48 783 personas reciben el tratamiento con antirretrovirales. En este reporte también se indica que es el grupo de jóvenes entre los 25 y 29 años los que tienen la mayor cantidad de casos presentados, de lo que se deduce que se deben haber infectado a partir de los 15 años de edad o antes. Probablemente esto se deba a que en la actualidad los adolescentes inician más tempranamente sus relaciones sexuales, a lo que se suma el hecho de que generalmente lo realizan sin protección.

Se observa que esto ha sido generado por factores de riesgo como la falta de una adecuada educación sexual en la cual están inmersos los proveedores de la salud, maestros y padres. A su vez, entre los principales factores que hacen vulnerables a los adolescentes y jóvenes se encuentra la falta de información y una educación efectiva que incremente el aprendizaje de comportamientos responsables (Reyes y Pun, 2013).

Para Basulto, Machado y Medina (2012), la sexualidad surge en el primer plano de las inquietudes y de las innovaciones que determinan a esta fase, ya que, en las últimas décadas, el comienzo de la vida sexual es cada vez más temprano, dado que el progreso científico, cibernético y el dominio de la moda no dejan de ejercitar su fuerza en los jóvenes de hoy.

Es importante señalar que a pesar de considerar a ciertas conductas como *riesgosas*, Cañas y otros (2012) señalan que el nivel de conocimiento de los jóvenes sobre la prevención del VIH/SIDA es escaso y, en cuanto a la práctica de un sexo seguro, no saben manejar el preservativo.

En otro estudio realizado con estudiantes sobre la percepción del riesgo que ellos tienen frente al VIH/SIDA, se concluye mayormente los jóvenes se observan en bajo riesgo. Algunas de las razones de esta expresión son la de tener una pareja estable, guardar fidelidad y encontrarse en abstinencia, mientras que usar el preservativo es menos frecuente (Chirinos, Bardales y Segura, 2006).

Según Macintyre, Rutenberg, Brown y Karin (2004), existen tres motivos que llevan a los adolescentes a percibirse en bajo riesgo de contraer la enfermedad. Primero, la propensión humana natural al optimismo que no es real respecto a su salud y sus consecuencias. Segundo, la percepción de falta de vulnerabilidad que caracteriza a este periodo de vida, por lo que se creen inmunes a cualquier situación adversa. Y finalmente, que un adolescente acepte su posibilidad de contagiarse del virus, significa una no deseable pertenencia a un colectivo socialmente marginado, que agrupa a los hombres homosexuales o las trabajadoras sexuales.

Estos aspectos inherentes a la naturaleza del adolescente lo convierten en una población altamente vulnerable al contagio del virus, quedando como posibilidad que el tener una adecuada información y conocimiento sobre su contagio sea una medida eficaz de prevención.

Sobre el nivel educativo, Uribe y otros (2009) informan que los adolescentes colombianos que van a instituciones educativas privadas perciben más el riesgo que aquellos que asisten a instituciones educativas estatales, y además encontraron que, al avanzar la edad, la percepción de riesgo frente a la enfermedad disminuye.

En efecto, en las instituciones públicas de la mayoría de los países latinoamericanos (en el que se encuentra inmerso el Perú), los recursos económicos son escasos para desarrollar programas educativos, y tampoco se pueden efectuar continua y sistemáticamente. Esta sería una explicación de que los adolescentes de colegios públicos tengan una menor percepción de riesgo frente al VIH/SIDA.

Con respecto a los hechos que han sido expuestos en los párrafos anteriores, se está viendo un notable cambio en los valores de los jóvenes y en su manejo de la sexualidad desde edades muy tempranas, lo que para los investigadores representa un punto de alerta sobre la posibilidad de que los adolescentes se enfrenten al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluida la provocada por el VIH/SIDA.

Siendo una realidad problemática que los adolescentes sean el grupo más vulnerable, es importante conocer si los jóvenes de la muestra estudiada pueden identificar y entender las conductas que ponen en riesgo su salud. Con este objetivo, se proponen las siguientes preguntas de investigación.

¿Existe relación entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de contraerlo que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana?

¿Existen diferencias en el conocimiento sobre el VIH/SIDA y en la autopercepción del riesgo de contraerlo que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana?

1.2 Justificación de la investigación

La presente investigación se justifica por la necesidad de información sobre el nivel de conocimiento respecto al VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de su adquisición en escolares de quinto año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

Un primer aporte de este estudio se centra en la contribución a nivel ***teórico*** de un sistema de informaciones relevante, concreto y actualizado alrededor del conocimiento sobre el VIH/SIDA y de la autopercepción del riesgo de su adquisición en adolescentes, contribuyendo a enriquecer los conceptos y orientaciones teóricas sobre estas variables. Además, se espera que este trabajo motive a más investigadores a buscar respuestas relacionados a las variables en mención, como también crear programas de intervención para adolescentes y reducir los riesgos de contagio.

Una segunda contribución se da a nivel ***social,*** ya que la problemática del adolescente es en sí un problema que experimenta la sociedad en general. En primer lugar, el adolescente es un miembro de la familia, la cual constituye la primera unidad social, y sus logros o dificultades influyen de manera directa a la convivencia familiar. Pero además este adolescente se ha desarrollado en un contexto social en el que forma lazos de amistad y cercanía con otros adolescentes, cuyo accionar repercute en el desarrollo de la sociedad de la que forman parte.

Un tercer aporte de este estudio se da a nivel ***educativo***, dado que los colegios tienen como objetivo atender problemas que dificultan el desarrollo integral de los educandos, en ese sentido hay una preocupación por la

situación de los adolescentes de quinto año de secundaria. Asimismo, permitirá sustentar programas preventivos.

En cuanto al aporte ***metodológico,*** esta investigación brinda la adaptación del instrumento utilizado, que puede ser empleado en otros trabajos de investigación. Asimismo, la investigación brinda datos actualizados para las instituciones educativas y la comunidad científica.

1.3 Delimitación y limitaciones de la investigación

Se describe la investigación y se señalan algunas limitaciones que se dieron durante la realización del estudio.

1.3.1 Delimitación de la investigación.

La investigación se llevó a efecto en instituciones educativas estatales y particulares de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Distrito ubicado en Lima Norte, situado al Noroeste del Centro de Lima, entre las márgenes derecha e izquierda de los ríos Rímac y Chillón, respectivamente. Es considerado el segundo distrito más poblado de Lima con aproximadamente, 700 000 habitantes (Daly, 2015). En los últimos años ha experimentado crecimiento en las distintas actividades de comercio y servicios, como consecuencia de ello, la mayoría de las familias que habitan este distrito pertenecerían al nivel socioeconómico C (clase media).

Esta investigación se realizó entre los años 2017 – 2020, tiempo en el cual se realizaron las diversas etapas del estudio, habiéndose concluido satisfactoriamente.

En este estudio, se utilizó la adaptación colombiana de la escala VIH/SIDA – 65 de Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005). La escala se aplicó

en sesiones de aproximadamente 30 minutos, que incluye la resolución de un cuestionario de información general para recoger datos como: edad, género, tipo de institución educativa, grado de escolaridad, el entorno familiar o social con quienes vive y la procedencia del conocimiento que tiene sobre el VIH/SIDA.

Los participantes fueron alumnos que cursaban el quinto año de secundaria en el año escolar 2017, indistintamente hombres y mujeres, ya que los colegios son mixtos, y con edades comprendidas desde los 15 a los 18 años.

1.3.2 Limitaciones de la investigación.

Si bien el estudio se efectuó de manera satisfactoria, en su proceso se dieron algunas dificultades como: los instrumentos no habían sido adaptados para los adolescentes de la ciudad de Lima, aunque sí fue utilizado en otros contextos como Colombia y en países europeos, por lo que se ha procedido a su adaptación.

Otra dificultad, estuvo relacionada a la falta de apertura en los colegios estatales debido a un periodo de varios meses de huelga de docentes durante la primera mitad del año escolar (2017), situación que conllevó a falta de horas libres para actividades extracurriculares, como esta. Asimismo, la negativa en algunos colegios estatales se relacionó con el temor de algunos directivos de que se abordará temas relacionados a la sexualidad del educando.

1.4 Objetivos de la investigación

A continuación, se presentan el objetivo general y los objetivos específicos que orientan el trabajo realizado.

1.4.1 Objetivo general

1. Determinar la relación entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de contraerlo en los estudiantes del 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

1.4.2 Objetivos específicos

1 Determinar la relación entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la susceptibilidad de contraerlo, entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del Distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

2 Determinar la relación entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia para la prevención, en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del Distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

3 Establecer las diferencias en el conocimiento sobre el VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del Distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

4 Establecer las diferencias en la autopercepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

5 Establecer las diferencias en la susceptibilidad de contraer el VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del Distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

6 Establecer las diferencias en la autoeficacia para evitar el contagio del VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del Distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Este capítulo se organiza en tres apartados con los elementos centrales. En el primer apartado, se abordan los estudios previos, en el segundo, se fundamentan las bases teóricas relacionadas con el VIH/SIDA, y en el tercer apartado se abordan temas relacionados a la adolescencia y las conductas de riesgo sexual, así como el conocimiento y la autopercepción de riesgo como factores de protección.

2.1 Antecedentes de la investigación

Los antecedentes han sido organizados en función a las variables de estudio, y al interior de ellas se presentan en primer lugar, los estudios nacionales y luego los internacionales.

2.1.1 Estudios relacionados al conocimiento del VIH/SIDA

Los antecedentes en el ***ámbito nacional*** son las siguientes:

Escudero (2016) llevó a cabo una investigación para establecer la relación existente entre los conocimientos sobre VIH/SIDA y el uso del condón

en los estudiantes varones de quinto año de secundaria. La muestra estuvo constituida por 150 estudiantes de la institución pública San Juan en Trujillo, La Libertad. Como instrumentos utilizó una encuesta que mide el conocimiento acerca del VIH/SIDA y el uso del condón. La investigación fue descriptivo y transversal. No se encontró una relación significativa entre ambas variables, además el 75% de los participantes presentan un nivel de conocimientos adecuado, el 25% regular y el 53% no emplea condón en las relaciones sexuales.

Cabrera y Jara (2013) llevaron a cabo un estudio a fin de precisar la correlación que existe entre los conocimientos y las actitudes sobre el VIH/SIDA en jóvenes de educación secundaria, para lo cual trabajaron con una muestra de 214 estudiantes de los dos últimos años de educación secundaria de instituciones públicas y privadas, de Jaén – Cajamarca. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional y de diseño transversal. Los instrumentos fueron cuestionarios elaborados por los autores para establecer los saberes y las actitudes respecto al VIH/SIDA. Concluyeron que no existe una relación significativa entre los saberes y las actitudes, por tanto, no es necesario tener un buen nivel de conocimientos para asumir una actitud positiva hacia el VIH/SIDA.

Lázaro y Soplin (2012) realizaron un estudio con el objetivo de establecer si existe relación entre el nivel de conocimientos y la actitud sexual sobre el VIH/SIDA en los escolares de quinto año de secundaria de la ciudad de Tarapoto. Se evaluó a 58 estudiantes del grado mencionado. También se utilizaron cuestionarios para evaluar los conocimientos y sobre la actitud sexual respecto al VIH/SIDA. Se identificó los niveles de conocimientos (alto, medio y

bajo) y las actitudes favorables o desfavorables. Entre los resultados obtenidos se puede señalar que, existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sexual respecto al VIH/SIDA en los escolares.

Arrasco y Gonzales (2012) realizaron una investigación con la motivación de conocer los saberes y los comportamientos de prevención en relación a las infecciones de transmisión sexual VIH-SIDA. Con un diseño descriptivo correlacional, de corte transversal, se evaluó a 77 estudiantes de quinto año de secundaria de una institución educativa de Tarapoto, Perú. Para medir el conocimiento sobre infecciones de trasmisión sexual (ITS), modos de trasmisión, diagnóstico, tratamiento y medidas para prevenir, se presentó un cuestionario de 20 preguntas. Para evaluar la experiencia previa utilizaron una encuesta de 18 ítems. Los resultados indicaron que, mayormente los estudiantes presentan un nivel de conocimiento medio (74 %) y un comportamiento preventivo adecuado (64,9%).

Arroyo y Rojas (2010), en una investigación sobre los conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA en estudiantes de colegios mixtos urbano-populares del distrito de El Tambo en Huancayo, la muestra estuvo formada por 208 alumnos, de ambos sexos, entre 14 a 18 años, de quinto año de secundaria. Los instrumentos utilizados fueron encuestas elaboradas por los autores y el análisis documental. El tipo de investigación fue descriptiva.

Los resultados refieren que: el 59,62% de los escolares tuvieron la primera experiencia sexual entre los 12 y 17 años, el 86,54% refieren que tuvieron alguna experiencia sexual, el 52,41% no ha interiorizado la importancia del preservativo como factor de protección en la conducta preventiva del contagio de las enfermedades de transmisión sexual, el 61,54%

de los participantes tienen conocimientos equivocados y poco precisos sobre el virus del VIH como causante del SIDA, y por último, las fuentes de información acerca de VIH/SIDA de los estudiantes, proceden mayormente del colegio y los medios de comunicación, y en menor porcentaje la obtienen de los centros de salud.

Los antecedentes en el ***ámbito internacional*** son los siguientes:

Castillo, Ramírez, Silva, Caballero y Arrieta (2017), resolvieron descubrir los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia con relación al VIH/SIDA en estudiantes adolescentes de la ciudad de Cartagena, Colombia, para ello evaluaron a 580 estudiantes, con la Escala VIH/SIDA - 65. Los resultados de la investigación descriptivo transversal indicaron que el 45% de la muestra evidenció conocimientos deficientes, el 55% presentó ideas erradas acerca de la infección, el 69,6% demostró actitudes negativas, el 46,1% reveló la carencia de susceptibilidad para contraerlo y el 49.5% evidenció baja autoeficacia para el contagio de la enfermedad. Es así que los escasos conocimientos sobre el VIH/SIDA incrementan la probabilidad de contagiarse de la infección en el grupo de adolescentes y que a su vez está relacionado con una escasa percepción de susceptibilidad y poca autoeficacia para la prevención.

Gómez (2013), en su investigación, planteó conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en 226 escolares del quinto año de secundaria de una institución educativa nacional del Ecuador. La exploración descriptiva, transversal y prospectivo tuvo como resultado que el 99 por ciento,

recibió consejo sexual, mayormente por los profesores (81,86%); en las aulas (65,04%) y los padres (45,58%).

Gómez y Cogollo (2011) realizaron una investigación titulada "Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia", para identificar diferentes aspectos del conocimiento indispensable y mitos que guardan relación con el VIH/SIDA en 2,625 estudiantes de secundaria básica y media vocacional de colegios públicos y privados de Cartagena, en Colombia. Los participantes completaron el cuestionario sobre los conocimientos y mitos relacionados con el VIH-sida que diseñó la Organización Mundial de la Salud – OMS, pero en la versión aplicada por Pérez y otros. Los resultados de este estudio indicaron que los escolares de la mencionada ciudad de Colombia evidencian un bajo conocimiento sobre el VIH/SIDA; en estudiantes de colegios privados y de vocacional, el nivel es superior.

Villegas, Ferrer, Cianelli, Lara y Peragallo (2011) plantearon valorar si existe relación entre el conocimiento y la autoeficacia relacionados al VIH/SIDA en 496 mujeres de nacionalidad chilena entre 18 y 49 años en desventaja social y residentes en dos comunas de Santiago. Las entrevistadoras fueron capacitadas. Los resultados exhibieron que los conocimientos tienen una correlación positiva débil con la intención de reducir conductas de riesgo, concluyendo que existe una débil correlación positiva entre los conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia en mujeres chilenas en desventaja social.

Jimena (2010) se planteó identificar y examinar los conocimientos y comportamientos en estudiantes de dos centros educativos de la provincia de Córdoba, Argentina, con relación al VIH/SIDA. Se aplicó una encuesta a 300

estudiantes de los dos últimos grados del nivel de secundaria, elaborada por la propia autora que evaluaban los conocimientos y comportamientos de riesgo de los estudiantes sobre el VIH/SIDA. Los resultados revelan a un alto número de adolescentes en riesgo con respecto al VIH/SIDA, debido a que el nivel de información que poseen estos jóvenes es escaso, y además existe una baja autopercepción de riesgo.

Carrillo, Pavón y Muñoz (2010) realizaron un estudio que tuvo como propósito establecer los conocimientos acerca del VIH/SIDA con el fin de aumentar las medidas preventivas en 60 alumnos adolescentes, de ambos sexos de la ciudad de Quevedo – España. Se hizo uso de un cuestionario elaborado por el autor para medir el conocimiento sobre prevenciones en la adquisición del VIH/SIDA, obteniendo como resultado que se necesita programas educativos especiales de VIH/SIDA que tomen en consideración los elementos culturales del sector e informar a los estudiantes perennemente acerca de su debilidad ante la epidemia.

2.1.2 Estudios relacionados a la educación sexual y prevención

En el ámbito nacional, las investigaciones previas y más cercanas al tema son las siguientes:

Terrones y Hernández (2017) se plantean como objetivos identificar los comportamientos sexuales de peligro y la correlación con la autoestima en escolares. La muestra estuvo constituida por 164 escolares de los dos últimos grados de educación secundaria, con edades desde los 14 hasta 18 años, pertenecientes a la institución educativa San Martín de Porres, Cayaltí, Chiclayo. El estudio fue correlacional y de corte transversal. Los instrumentos estuvieron constituidos por el cuestionario de autoestima de Coopersmith y el

cuestionario de conductas sexuales de riesgo de Rivera y Zavaleta. No encontraron correlación entre la autoestima y los comportamientos sexuales de riesgo. Asimismo, el 73.2% presentó comportamientos sexuales sin riesgo y el 26.8% manifestó comportamientos sexuales con peligro de contagio.

Rafael (2016) indagó el comportamiento adolescente de riesgo sexual y su correlación con la funcionalidad familiar en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Evaluó a 128 personas de 10 hasta 19 años, varones y mujeres, que acudían por consulta externa al centro hospitalario durante el mes de febrero del año 2016. Para tal efecto, utilizó como instrumentos el cuestionario Apgar familiar de Smilkstein y un cuestionario sobre conductas sexuales de riesgo, elaborado por el autor, teniendo como referencia las variables señaladas en la "Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes" del Banco Interamericano de Desarrollo. Encontró que la disfuncionalidad familiar se asocia a conductas sexuales riesgosas como: relaciones sexuales tempranas, y también ITS tempranas, por otra parte, el uso de preservativos se asoció a la funcionalidad familiar, mientras que las relaciones sexuales más uso de bebidas alcohólicas y estupefacientes no se asoció a la funcionalidad familiar.

Bolaños (2016) realizó un estudio a fin de precisar la relación existente entre el conocimiento acerca de la salud sexual y el comportamiento sexual de riesgo de los escolares de quinto año de secundaria. La muestra estuvo conformada por 39 estudiantes del colegio estatal Erasmo Roca, en Chimbote – Ancash, con edades que fluctuaban entre los 16 y 18 años. Se aplicó un cuestionario construido por la autora, dividida en dos partes, la primera sobre salud sexual y la segunda sobre riesgo sexual conductual. En cuanto a la

metodología, hizo uso del diseño descriptivo correlacional de corte transversal. El resultado al que arribó fue la inexistencia de correlación significativa entre el conocimiento sobre salud sexual con el comportamiento sexual de riesgo, por cuanto tener un mayor conocimiento sobre salud sexual no implica necesariamente la abstención de prácticas de conductas de riesgo sexual.

En cuanto a los estudios previos asociados a la educación sexual y prevención a **nivel internacional**, se han seleccionado las siguientes:

Vásquez (2015) realizó un estudio que tuvo como propósito conocer los saberes y comportamientos preventivos acerca de las infecciones de transmisión sexual - ITS en los estudiantes de la unidad educativa General Córdova, en Ambato, Ecuador. Se aplicó una encuesta a 230 estudiantes de formación básica que cursan del octavo, al décimo año proporcionalmente, de ambos sexos, cuyas edades se encuentran entre los 11 y 18 años, para determinar los conocimientos y las conductas previsoras de los estudiantes acerca de las ITS, elaborado por la propia investigadora. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal.

Los resultados señalaron que un 92% conocen las ITS y los vectores de infección; conocimiento conseguido mediante la televisión o con algún padre, el 64% sabe el uso de preservativo y la abstinencia las previene (29%) y fidelidad (27%). En este sentido, se pudo concluir que la mayor proporción de estudiantes tienen conocimiento medio acerca de las ITS y sus prácticas protectoras; además se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las conductas preventivas.

Henao (2014), describió los factores de peligro y factores que preservan los comportamientos sexuales de los estudiantes de bachillerato en una

universidad de Colombia. Encuestó a 140 estudiantes de diferentes facultades, de 15 a 20 años una encuesta diseñada por la autora, que constaba de 61 preguntas. El estudio, descriptivo transversal concluyó que una gran proporción desconoce los métodos de planificación familiar y no tienen redes de apoyo, incluso aquellos de la facultad de salud. Por otro lado, hay poca incidencia de ITS, bajo consumo de drogas, no hay abortos y presencia de apoyo religioso.

Pulido, Carazo, Gonzales, Coronel y Vera (2011) indagaron sobre la incidencia de comportamientos sexuales de riesgo y sus secuelas en candidatos a licenciatura de la Universidad Intercontinental de México con un diseño descriptivo no experimental. Trabajaron con una muestra de 696 estudiantes que cursaban principalmente el I ciclo de todas las licenciaturas, excepto teología, cuya edad promedio fue de 20 años, quienes respondieron un cuestionario estructurado y elaborado por los autores, bajo el nombre de Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios (SSEU). Encontraron que una alta proporción de estudiantes es activo sexual y no usan preservativo. Además, se encuentró que el riesgo sexual se asocia a hombres, de las especialidades legales y administrativas y cursan semestres finales.

García, Méndez, Gutiérrez, Pérez y Aranda (2011) se plantearon como propósito relatar las actitudes frente al uso del preservativo en la práctica preventiva del VIH/SIDA en los estudiantes de medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río - Cuba. La muestra lo constituían 300 estudiantes del área básica de la carrera, escogidos al azar. Construyeron una encuesta y aplicaron un diseño descriptivo de corte transversal, arribándose a los siguientes resultados:

El 75% de los estudiantes indicaron haber usado condón por lo menos una vez. La mayor preferencia en el uso de determinadas marcas de preservativo está en función del criterio predominante de la mejor marca, además de que siempre la podían encontrar para adquirirla en las tiendas. Los estudiantes conocían más de una marca de preservativos y los conocieron gracias a los medios de difusión, la información de la carrera y los materiales escritos. Los estudiantes participantes inician la vida sexual a temprana edad, no usan preservativo masculino para su protección, aun cuando emiten criterios de aceptación hacia su uso.

Uribe y Orcasita (2009), en una investigación correlacional, encontraron que hay un alto nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, pero con un alto riesgo por el no uso de preservativos, relaciones sexuales a edad temprana y por el aumento de parejas sexuales en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali – Colombia. Fueron 197 estudiantes entre 16 y 25 años, de diferentes facultades los que respondieron el cuestionario confidencial sobre vida sexual activa, diseñado por el Ministerio de Salud Colombiano; la adaptación de la Escala VIH/SIDA – 65 realizada por Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005) y la Escala de Autoeficacia Generalizada de Jerusalem y Schwarzer. Si bien el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA es alto, no se protegen ante las ITS. Esto los hace un grupo muy vulnerable.

2.2. Bases teóricas

A continuación, se presentan los elementos de las variables que se manejan en el marco de la investigación. En primer lugar, se aborda la definición y evolución del VIH, seguida de las etapas de la infección, los

procesos de transmisión y la situación del VIH/SIDA en el Perú, Latinoamérica y a nivel mundial, basados principalmente en los criterios otorgados por la Organización Mundial de la Salud.

Se continúa con la revisión acerca de la adolescencia, las conductas de riesgo que emiten frente al VIH/SIDA y los factores que influyen en la adopción de estas conductas, así como los riesgos de la conducta sexual y sus dimensiones.

De forma posterior se revisan los conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autopercepción de riesgo de adquirirlo, medido a través de la susceptibilidad y la autoeficacia; para exponer luego, cómo se configura un aporte valioso a la hora de evaluar y diseñar estrategias de intervención en salud pública.

2.2.1 Definición y evolución del VIH

Actualmente, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son problemáticas de salud que despiertan el interés de las diferentes ciencias, de sectores socioeconómicos y ámbitos políticos del mundo.

Según Roca (2002) el VIH/SIDA es una afección crónica transmisible de tipo progresivo y causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre huésped y virus, que finalmente condiciona la aparición de procesos enfermizos oportunistas o tumores raros, o ambos.

Según la OMS (2014) el VIH / SIDA arriesga la salud de las personas del orbe. Una proporción mayor al 50 % de los recién infectados son adolescentes, adolescentes sin información sobre la propagación del VIH/SIDA ni cómo tomar precauciones de protección.

Aunque los avances sobre el VIH/SIDA ha sido sorprendente en el último lustro, los adolescentes, la población de riesgo, no estarían recibiendo la atención y los servicios necesarios. Para ONUSIDA (2014), la mortalidad debida al SIDA aumentó en 50% en siete años, cuando descendió en todos los grupos etarios.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa la etapa más avanzada de la infección por el VIH y posibilita la aparición de alguna de más de veinte infecciones o cánceres de oportunidad. Estos son los síntomas que aparecen cuando el sistema inmunológico no puede combatir las infecciones causados por un virus VIH, y que termina por destruir el sistema inmune (OMS, 2014).

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aislado desde 1983, es la causa del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como fase final de la infección. Ese efecto final es la pérdida del sistema inmunitario, aunado a eventuales revelaciones neurológicas y tumorales.

2.2.2 Etapas de la Infección

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud – OPS (2009) la infección por el VIH pasa por 4 fases clínicas, con sus diferenciadas manifestaciones, estas se describen a continuación:

- **Infección inicial**

Según Cabrera y Jara (2013), es el periodo de inicio de la infección Generalmente se muestra en un periodo de 2 a 4 semanas posterior a haber contraído el virus. En esta fase, los infectados presentan signos parecidos a los de la influenza (gripe) como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En este tiempo, el virus se reproduce con rapidez diseminándose en todo el

cuerpo, destruyendo los glóbulos blancos, sistema que lucha contra la infección.

- **Etapa asintomática**

Es la fase de la infección crónica, la segunda, llamada también de latencia clínica en la que hay una carencia de síntomas. Para Lamotte (2014), el virus VIH se reproduce en el cuerpo, pero en bajas concentraciones. Los sujetos infectados con el virus no manifiestan síntomas, pero son capaces de diseminar el virus al contactar a otras personas.

La infección crónica evoluciona a SIDA en 10 años o más. Para algunas personas el plazo es más reducido pero el tratamiento con medicina alarga el plazo (Departamento de Salud y Servicios de EEUU, 2017).

- **Etapa con síntomas**

La mayor proporción de infectados con el VIH desconocen su condición, pues los síntomas no aparecen inmediatamente después del contagio.

Cabrera y Jara (2013) señalan que la seroconversión implica el desarrollo de anticuerpos contra el VIH entre las seis primeras semanas de contagio. Una persona que ha adquirido el virus, manifestando o no los síntomas se constituye en un vector potencial de infección.

Para determinar la presencia del VIH en el cuerpo se requiere exámenes para identificar anticuerpos del VIH o el propio VIH. Cuando el virus ha deteriorado progresivamente el sistema inmunitario, el cuerpo es vulnerable a diferentes infecciones haciendo síntomas visibles.

- **Etapa del SIDA**

Lamotte (2014) refiere que el SIDA es el periodo final de la infección por el VIH, y con un virus que destruyó el sistema inmunitario, el organismo deja de pelear contra las infecciones oportunistas y tumores raros, enfermedades que no dañarían a una persona con un sistema inmunitario saludable. Desde el punto de vista inmunológico están en una grave inmunodepresión. Las personas infectadas son diagnosticadas con SIDA cuando el recuento de linfocitos (células) CD4 de menos de 200/mm^3, presentan alguna infección oportunista, o ambas cosas. Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU, (2017) una persona sin tratamiento, por lo general, sobreviven unos 3 años.

2.2.3 Mecanismos de transmisión del VIH/SIDA

Entender cómo es el proceso de la transmisión del VIH y el SIDA es un parámetro importante para prevenir esta patología. Las condiciones de trasmisión en el caso del VIH se producen cuando el agente causal ingresa al interior del organismo (herida en la piel, incisiones o a través de mucosas) y entra en contacto con la sangre del organismo que ha sido expuesto; fuera de él el virus sobrevive poco tiempo y de manera inadecuada (OMS, 2016). En razón a ello, la transmisión se realiza solo mediante contacto con la sangre, las mucosidades vaginales, el semen, el líquido pre seminal y la leche materna. No hay infección por contactos habituales como: apretones de manos, besos y abrazos, por compartir objetos personales, alimentos o agua. Existen tres formas principales de transmisión del VIH: vía sexual, vía sanguínea y vía vertical, madre – hijo. (Suarez y Naranjo, 2002).

A continuación, se explica cada uno de estos mecanismos de transmisión del VIH.

2.2.3.1 Vía sexual

El tipo de actividad sexual es crucial en el incremento del riesgo de contraer el VIH. Entre ellas, ***las relaciones sexuales por el ducto anal***. Esta práctica, presenta el mayor riesgo de transmisión del VIH, más aún si se realiza sin protección del condón/preservativo, aumentando el riesgo para aquel(ella) que recibe la penetración, debido a que el semen es considerado como el segundo líquido con mayor concentración de infección y el interior del ano tiene la mucosa más frágil que la mucosa vaginal. (HHS.Gov – Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2016)

El segundo mecanismo de transmisión es la ***penetración vaginal*** sin condón/preservativo para la persona que es penetrada (Álvarez, 2012). En este caso, el semen se muestra como líquido altamente transmisor y a la mucosa del interior de la vagina que no es tan débil como la del interior del ano, debido a que el flujo vaginal es un elemento protector para que no se produzcan micro fisuras.

La siguiente manera de transmitirse por vía sexual, sería la penetración vaginal sin condón/preservativo, para el varón. Si la mujer es seropositiva el virus ingresa en el hombre por el flujo vaginal a través de la mucosa del glande, cuando se producen micro fisuras favorecerán el ingreso del virus al organismo (Vega y Lacoste, 1995).

Otra práctica de riesgo para la transmisión del VIH es ***el sexo oral*** que se produce a través de la sangre y fluido vaginal en las mujeres y sangre y líquido seminal en los varones. Además, es necesario una puerta de ingreso al otro organismo que permita al virus llegar al torrente sanguíneo de la otra persona. Es así, que han ocurrido algunos casos de relaciones con penetración

vaginal o penetración anal sin preservativo, a pesar de que alguno de ellos era seropositivo no se produjo la transmisión, debido a que el virus no llegó al torrente sanguíneo de la otra persona (Cabrera y Jara, 2013).

2.2.3.2 Vía sanguínea

Entre los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA por esta vía llamada también parenteral, se señala en primer lugar a la ***transfusión de sangre***, que ocurre cuando la sangre de una persona seropositiva entra en contacto con el torrente sanguíneo de otra persona. Ocurre cuando dos o más personas usan las mismas agujas (para tatuajes, pearcing...), jeringas, navajas, tijeras y objetos de aseo personal (cuchillas de afeitar, cepillo de dientes...) de alguien contaminados por el VIH (Guía Campaña Prevención VIH-SIDA, 2005).

En segundo lugar, en este tipo de transmisión se señala al ***uso de drogas intravenosas,*** (Lamotte, 2014), habiéndose identificado a los usuarios de drogas intravenosas – UDI, como una de las poblaciones más afectadas y con mayor peligro de contagio, debido al aumento en el consumo de drogas. El último estimativo global de UDI, según el programa conjunto de la Organización de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2014), considera que de los 15,9 millones de personas que usan drogas inyectables, cerca de 3 millones pudiesen estar coexistiendo con el VIH.

Al intercambio de agujas durante sesiones de drogadicción intravenosas, se suman otros factores de riesgo asociados, como el uso de agujas no esterilizadas o reutilizadas en sesiones de acupuntura, elaboración de tatuajes y perforaciones que, por intercambio de sangre, también predisponen a la transmisión del VIH (Álvarez, 2012).

La tercera manera de contagiarse por vía sanguínea es a través de ***instrumentos punzo cortantes.*** Uribe (2005) refiere que el personal que trabaja en el ámbito de la salud se contamina por accidentes con instrumentos punzo-cortantes que previamente tocaron pacientes VIH. Para este grupo laboral el riesgo de contaminarse a través de cortadas o heridas con material contaminado es constante. Las formas de contraer el virus más frecuente son heridas percutáneas, contacto de material biológico infectado con mucosas y piel expuesta. Se ha medido que el riesgo promedio de seroconversión luego de una herida percutánea por medio de una aguja con sangre infectada con VIH es del 0,8% y el riesgo de transmisión por contacto de fluidos con mucosas o con piel discontinua es del 0,09% (Álvarez, 2012).

2.2.3.3 Vía vertical madre – hijo

La transmisión de madre a hijo es la principal forma de contagio en los primeros años de vida, constituyendo el 6% de los casos de transmisión. La transferencia madre-hijo puede ocurrir en tres momentos: la gestación, el parto y la lactancia materna (Suarez y Naranjo, 2002).

Durante la ***gestación o embarazo,*** se trata de una transmisión prenatal, cuando el bebé está en el vientre materno. Aquí se puede producir el contagio porque el VIH infecta al feto atravesando la placenta. La infección puede ocurrir a partir de la octava semana de gestación o en las últimas semanas de la misma. Se calcula que durante la gestación se infecta el 10% de los niños/as (Diaz-Loving, 2001).

Indudablemente, es durante el ***parto*** llamada también perinatal, cuando más se infectan los niños/as (60 a 70%). Ocurre a través de los flujos vaginales o sangre de madre que tiene el virus, siendo ésta última muy común, ya que se

ve favorecida por las contracciones uterinas preparto, por lo que la cesárea es un medio eficaz de prevención (Suarez y Naranjo, 2002).

Está demostrado que la ***lactancia materna*** puede trasmitir el VIH. Para un niño/a el riesgo de infectarse es acumulado, cuanto más tiempo da el pecho una madre infectada por el VIH, más aumenta el riego de transmisión a través de la lactancia. En los países en vías de desarrollo donde las madres se ven obligadas a amamantar al niño se infectan un 30 a 40% por esta vía (Suarez y Naranjo, 2002).

Es interesante señalar que los niños nacidos de madres infectadas con el VIH, son seropositivos en los exámenes de anticuerpos, los que pertenecen a la madre inicialmente. Los niños nacen con los anticuerpos maternos, al pasar el tiempo estos se pierden progresivamente siempre y cuando el niño no esté contagiado con el virus (Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2009).

2.2.4 Situación del VIH-SIDA en el mundo, en Latinoamérica y el Perú

Según informes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2015), la incidencia del VIH en el mundo se incrementa. Son 37 millones de personas diagnosticadas en todo el orbe, principalmente en el Asia Oriental y Central y en Europa Oriental. Se cuenta en 35 millones de personas que han perdido la vida por enfermedades asociadas al SIDA desde el inicio de la epidemia, sin embargo, los fallecimientos asociados con este síndrome han disminuido en un 45% desde las máximas registradas en 2005 (ONUSIDA, 2015).

En América Latina, Argentina es el país con más nuevos casos de contagio (7,8%). Esta incidencia se da también en otros países de la región como: Paraguay (4,9%), Bolivia (4,8%), Colombia (4,6) y Ecuador (3,9%). En el caso de Argentina, se sabe que las causas principales de su incremento fueron las relaciones sexuales sin protección y el 50% de los casos corresponden a parejas heterosexuales (ONUSIDA, 2015).

El primer caso de SIDA en el Perú se diagnosticó en 1983. Entonces fue clasificado como “importado”, ya que desarrolló el síndrome al poco tiempo de regresar a la ciudad de Lima. La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (DGE- MINSA, 2020), a febrero del 2020, se tienen notificados 132 657 casos de infección por VIH y 45 089 que se encuentran en estadio de SIDA; sin embargo, hay personas viviendo con VIH, sin conocer su diagnóstico y este es un porcentaje que aún se desconoce, constituyéndose en un factor que influye en la propagación del SIDA.

El 70% de todos los casos notificados de SIDA (incidencia acumulada) entre 1983 y 2019 se encuentran en la región Lima y la provincia constitucional del Callao y el 30% restante se distribuye especialmente en las regiones de Loreto, Ica, Arequipa, La Libertad, Lambayeque y Piura, entre otros (DGE-MINSA, 2019).

El grupo joven es el grupo etario más infectado por el SIDA. Así, en el último quinquenio, el incremento de casos de infección VIH diagnosticados en los grupos de 20 a 29 años y de 15 a 19 años es considerable. Estas edades hacen presumir que por lo menos la mitad de ellos se expusieron al VIH incluso antes de los 15 años. En el Perú la casuística ha variado significativamente en cuanto al sexo. La relación de casos hombre-mujer paso de 14 a 1 en 1990 a

3,64 a 1 en el 2015. Esta ratio se mantiene relativamente estable desde hace una década. Las estadísticas señalan la distribución al año 2019 una mayor incidencia en hombres que en mujeres, con una razón de hombre-mujer de 3,7 en los casos diagnosticados con VIH y para los casos SIDA es 4,5 hombres por una mujer.

Según el Ministerio de Salud – MINSA (2019), en el Perú el 97,6% de la transmisión del VIH es por vía sexual, 2,0% es por transmisión madre-niño (vertical), y menos del 1 por ciento (0,4%) por contacto directo con sangre infectada (parenteral). En el último quinquenio, la vía de transmisión sexual, se mantiene como la más frecuente y se observa reducción de la vía vertical. El alto porcentaje de transmisión por vía sexual, es un dato importante a tomar en cuenta por cuanto son los adolescentes quienes presentan una mayor tendencia a asumir conductas de riesgo sexual.

El MINSA (2019) informa que la mortalidad por VIH, se ha reducido paulatinamente en los últimos años. La mortalidad más alta continúa para el sexo masculino. Los tratamientos disponibles permiten controlar las infecciones y mejorar la salud de los infectados.

2.2.5 La adolescencia

La adolescencia es la etapa del ciclo vital de los seres humanos en la que converge una compleja integración de procesos psicológicos, biológicos y sociales de las personas y de las condiciones económicas, históricas y socioculturales en las que se desenvuelven. Theron, Roodin y Gorman (1998)

manifiestan que en este periodo acontecen cambios profundos y rápidos, a nivel fisiológico, psicológico y social.

Los cambios a nivel fisiológico se manifiestan en rasgos observables como la estatura por la mayor actividad de la hormona del crecimiento. El crecimiento súbito se produce más temprano en las mujeres. La madurez sexual en las mujeres queda señalada por la primera menstruación y en los varones por la producción de semen, además las características sexuales secundarias se manifiestan en los varones con la aparición del vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más grave. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. A este proceso de cambios físicos que inician la adolescencia se le llama también pubertad y se habla de pubertad precoz cuando los caracteres sexuales secundarios aparecen antes de los 8 años de edad, fenómeno que se está produciendo en las últimas décadas (Aliño, López y Navarro, 2006).

A nivel psicológico, Piaget (1968) considera que durante la adolescencia se incrementan las habilidades cognitivas, se obtiene una capacidad gradual de concebir situaciones futuras, de razonar de modo abstracto con respecto a un hecho, que a su vez involucra aumento en la sofisticación del pensamiento. Sin embargo, la poca experiencia en el nuevo estilo de pensamiento somete a los adolescentes a errores cognitivos. Destaca el deseo de vivir nuevas experiencias, el proceso de autoconocimiento y la definición de la personalidad. En el proceso de adaptación a los cambios provoca conflictos individuales y a su vez recibe presiones, y no cuenta con las habilidades suficientes para afrontarlo. Se dan las primeras experiencias sexuales que exponen al adolescente a nuevas interacciones con el sexo opuesto o del mismo sexo y a

riesgos asociados a las infecciones de transmisión sexual (Moreno, Vacas y Roa, 2000).

Con relación a los cambios sociales, según Banda (2012) los adolescentes son influenciados por su entorno, se incrementan el deseo de vincularse a un grupo determinado, lo que les demanda una serie de habilidades de interacción para lograr una adaptación a su nuevo grupo social. Los adolescentes se movilizan desde la primera influencia familiar, a la influencia creciente de los pares. En un primer periodo, el adolescente se integra al grupo de su mismo sexo, compartiendo desarrollos fisiológicos similares. Posteriormente, se acercan a los pares del otro sexo, pero se mantiene la unión con grupos del mismo sexo.

Los adolescentes comienzan a sentir la independencia, intentan un nuevo proyecto de vida. En todas las culturas, la adolescencia es un tiempo de cambio, en la familia empiezan a compartir las decisiones de los adultos, pero, supone también el comienzo de un largo período de incertidumbre social y personal, se enfrentarán a muchos retos, en cualquier contexto en el que se desarrollen.

La OMS (2005) indica que la adolescencia está en el rango entre los 10 y los 19 años, etapa que puede dividirse en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años).

Para el presente estudio sólo se indaga el rango de edad de mayor fragilidad al contagio del VIH/SIDA, asumiendo la edad de inicio de las relaciones sexuales a partir de los 15 años.

2.2.6 Conductas de riesgo frente al VIH/SIDA

Una cada vez más creciente liberalización de las prácticas sexuales en el mundo occidental ha devenido en un mayor riesgo de contagio, más aún entre los adolescentes.

2.2.6.1 Definición de conducta sexual de riesgo.

Espada, Quiles y Méndez (2003) definen la conducta sexual como la emisión de comportamientos y actitudes que incitan el erotismo en una pareja. La conducta sexual de riesgo, por el contrario; es someter al individuo a una relación que podría dañar la propia salud o a la de la pareja, principalmente por infecciones de transmisión sexual (ITS) o embarazos no planificados.

La conducta sexual de riesgo se ha especificado a tal punto que permite un mejor entendimiento de este comportamiento en los adolescentes, por los autores Pulido, Carazo, Gonzales, Coronel y Vera (2011) al realizar un meta análisis sobre "conducta sexual de riesgo", señalan que las definiciones y operacionalizaciones coinciden en que una conducta sexual de riesgo es el ejercicio de la actividad sexual sin protección (esencialmente sin preservativo); conducta sexual con ingesta de alcohol o drogas y actividad sexual con múltiples parejas. Si estas condiciones ocurren frecuentemente, la persona está en conductas sexuales de riesgo.

2.2.6.2 Dimensiones de las conductas sexuales de riesgo:

Según Rojas (2011), las conductas sexuales de riesgo muestran las subsiguientes dimensiones:

Inicio precoz de las relaciones sexuales. Los adolescentes buscan experiencias sexuales, esto los hace proclives a relaciones sexuales precoces

que tienen consecuencias en diferentes áreas de su desarrollo personal.

Al respecto, según Holguín, Mendoza y Esquivel (2013) señalan cuatro factores de riesgo: la primera, una escasa comunicación familiar, es decir, los padres evaden la sexualidad como tema de conversación, provocando confusión en el adolescente y pérdida de confidencia en ellos. El segundo factor es la información distorsionada de los medios de comunicación en el sexo tiene fines comerciales. Como tercer factor sitúan el desarrollo físico y psicológico inacabado que se evidencia al iniciarse la menarquia (primera menstruación) cada vez más pronto y el desarrollo físico de las adolescentes, considerándose que se debe al factor genético y a la influencia de factores psicosociales que ha tenido anteriormente, generando una percepción psicológica de una persona mayor. Y como cuarto factor señalan una educación sexual frágil en colegios sin presentaciones de educación sexual que informen y formen con objetividad.

Tener más de una pareja sexual (promiscuidad), Los encuentros esporádicos o las parejas de ocasión son un gran riesgo para contagiarse de ITS y VIH-SIDA (Rojas, 2011). Por la inestabilidad emocional, por la tendencia a probar excitantes experiencias, la valoración de la mayor experiencia como mejor, y la sensación de más poder al aprender más habilidades amorosas. Esto sin lazos amorosos permanentes (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

Cambio frecuente de parejas. Se constituye en otra conducta de riesgo. Al respecto, Fuentealba (2007) refiere que la ausencia de madurez e inestabilidad emocional de los adolescentes provoca ilusiones fácilmente y frecuentes enamoramientos, pero también el desenamoramiento llega con facilidad. El adolescente se fascina e ilusiona afectivamente con facilidad, pero

cuando este sentimiento cesa, pierde el interés por la relación que ha formado, terminando ésta y con frecuencia empieza a interesarse por otra persona que provoque esos sentimientos, por lo que con facilidad se vuelven a ilusionar con una nueva relación (Banda, 2012).

No uso de métodos anticonceptivos, es considerado una importante conducta de riesgo. De acuerdo con Holguín, Mendoza y Esquivel (2013), la práctica del sexo inseguro por la falta de métodos de protección (hormonales y/o de barrera), por falta de conocimiento o por descuido asociado a un bajo nivel de autopercepción de riesgo, es una de las prácticas sexuales de riesgo más frecuente, con la consecuente condición de embarazos no deseados y la adquisición de ITS, entre ellas el VIH/SIDA.

Prácticas de sexo buco-genital y genito-anal sin protección. Están consideradas como riesgosas. Según Paricio (2013), estas prácticas llamadas también sexo oral y sexo anal, conllevan a un alto grado de contagio, poniendo en mayor riesgo a las mujeres que los varones. El desconocimiento sobre este riesgo impide el experimentar las prácticas sexuales por vías no naturales. El daño físico es probable, sino también daño psicológico al no encontrar la sensación esperada o encontrarlo desagradable (Rojas, 2011).

Relaciones fugaces es considerado por Banda (2012), como un tipo de relaciones muy frecuentes entre los adolescentes y jóvenes, ya que son de poca continuidad, vale indicar, que son esporádicas, donde no se construyen profundas relaciones. También puede ser una “moda”, conocida como “el choque y fuga” (Rojas, 2011).

2.2.6.3 Factores que influyen en la adopción de las conductas de riesgo:

Espada, Quiles y Méndez (2003), clasifican los factores que determinan la adopción de conductas de protección/riesgo en tres variables y que son las siguientes:

Variables de carácter cognitivo. La falta de conocimientos y las creencias erradas sobre sexualidad ocasionan conductas de riesgo. Además, la percepción normativa, es decir lo que un sujeto cree que piensan y hacen sus pares, de manera que si los jóvenes perciben que usar preservativos es socialmente frecuente entre sus pares es más probable que lo utilicen (González, 2010). Se incluye en esta variable la percepción de riesgo, y la capacidad para asumir comportamientos protectores (Moreno, Vacas y Roa, 2000).

Variables actitudinales. Entendiéndose como la inclinación afectiva positiva o negativa hacia un objeto o situación. Es una conducta aprendida y relativamente estable. Las actitudes, aunque no predicen una conducta, sí indican una mayor probabilidad de ocurrencia de la misma (Ayamani, 2018).

Las actitudes negativas a las conductas de protección son elementos de peligro en el contagio del VIH/SIDA. Los estudios indican que los mitos, las ópticas de la sociedad o las creencias comunicadas respecto al VIH influyen en las conductas que el joven toma ante su sexualidad o ante individuos con diagnostico positivo (Uribe, 2005).

Variables conductuales. Espada, Quiles y Méndez (2003) consideran al interior de estas variables a las siguientes modalidades:

- **Consumo de alcohol o estupefacientes.** El consumo de alcohol y drogas incrementa los comportamientos de riesgo sexual. Estos desinhiben y provocan euforia, pérdida del autocontrol y de la

percepción de riesgo, condiciones que provocan mantener relaciones sexuales sin protección, con varias parejas o tener relaciones sexuales a cambio de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas (Corona y Peralta, 2011).

- **Variedad de parejas y utilización del preservativo.** Existe una relación positiva entre la cantidad de parejas sexuales y el peligro de contraer una infección (Cueto, Saldarriaga y Muñoz, 2011).

  Algunos factores que hacen difícil usar principalmente el preservativo, son los siguientes: el desconocimiento sobre los anticonceptivos, creencias equívocas y falta de habilidades para su uso (Necchí y Schufer, 1999).

- **Habilidad para solicitar sexo seguro a la pareja.** Es la capacidad que se atribuye el propio sujeto para evitar conductas de riesgo. Ésta se asocia a la autoeficacia en el uso del preservativo para prevenir el SIDA. López y Moral (1999) sobre prevención del SIDA en jóvenes de 13 a 18 años, encontraron que las mujeres son más auto eficaces que los varones en la prevención del VIH/SIDA, por cuanto se perciben con mayor capacidad para prevenir conductas de riesgo; sin embargo, los hombres se perciben más auto eficaces en el uso adecuado del preservativo.

- **Asertividad ante las situaciones de sexo no seguro.** O la capacidad de decir “no” cuando el compañero presione para mantener relaciones sin preservativo (González, 2010).

- **Acceso a métodos de prevención.** Los adolescentes son vulnerables especialmente por la falta del uso de manera extendida del preservativo.

García (2005) sobre comportamientos sexuales de jóvenes 15 a 19 años y acceso al condón en las ciudades de Lima, Huancayo e Iquitos, encontró que una gran proporción no usó preservativo en su primera relación sexual, además el 86% de las féminas y el 77% de los varones activos sexualmente, no usaban preservativo, porque no tenían condón en el momento o porque no les gusta utilizarlo. Podemos deducir que la espontaneidad con que los jóvenes viven sus relaciones sexuales obstaculiza las conductas protectoras. Además, no vencen la vergüenza para comprarlo y el temor de indicar a la pareja que lo utilice.

2.2.7 Conocimiento y autopercepción de riesgo

Son considerados como factores protectores frente al VIH/SIDA, permitiendo al adolescente ser competente en situaciones difíciles, disminuyendo la probabilidad de una situación de riesgo y sus consecuencias.

2.2.7.1 Conocimiento de los adolescentes sobre el VIH/SIDA

Los adolescentes son vulnerables al VIH por varias razones, entre las más importantes se encuentra la falta de información adecuada, incluyendo cómo evitar el contagio. Como ya se ha indicado, en nuestro país la vía sexual es el medio de transmisión más frecuente, si se considera que el inicio de las relaciones sexuales se realiza cada vez a edades más tempranas, asumiendo actitudes sin ninguna medida preventiva.

DiClemente, Crosby y Wingood (2002) evaluaron las ideas erróneas sobre el contagio, las rutas de transmisión del VIH y sus modos previsorios. Refieren que la importancia de la identificación de los niveles de conocimiento y las principales ideas erróneas sobre el virus en los adolescentes, reside en la posibilidad de reducir los comportamientos de peligro ante la infección por el

VIH. Los principales déficits de conocimiento acerca de la infección por VIH se relacionan con las formas de transmisión, con los tratamientos (al considerar que tiene cura) y las formas de prevención asociado especialmente al uso del preservativo.

Uribe, Orcasita y Vergara (2009) refieren que los saberes sobre sexualidad y las ITS son un elemento de salvaguarda respecto al virus del SIDA, que incluyen todas las opiniones sobre la infección, las vías de transmisión y las formas de prevención. Indican la existencia de estudios reportando la carencia de conocimientos y destrezas asociadas a las practicas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes, condición que conlleva al incremento del riesgo de gestaciones no deseadas.

Finalmente, estos autores mencionan que no había diferencias en estudiantes de colegios públicos y privados con respecto a los conocimientos, los bajos niveles los ponen en peligro de contagiarse del virus y también de cualquier otra enfermedad de transmisión sexual. De esta manera, para que los escolares asuman menos conductas de riesgo frente al VIH, es necesario que cuenten no solo con conocimientos correctos, sino además con los conocimientos apropiados sobre sexualidad, los mismos que les permita asumir conductas de prevención y de cuidado.

En la mayoría de los países, el sector de salud pública responde contradictoria y confusamente a las necesidades de este grupo poblacional. Además, las normas y expectativas sociales, tienen una gran capacidad de influir en las conductas de los jóvenes, incrementado así los riesgos para la salud de este grupo (Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, 2008).

Si tenemos establecido que los conocimientos son un factor protector frente al VIH, entonces, la identificación de las ideas erróneas más frecuentes y los principales factores que influyen en la prevención de la infección, permitirán que se diseñen estrategias cognitivas que fomenten la emisión de conductas sexuales más saludables.

2.2.7.2 Autopercepción de riesgo frente al VIH/SIDA

En salud pública, el término *riesgo* implica "la posibilidad que la presencia de una o más características o factores aumenten la probabilidad de manifestaciones negativas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros" (Proyecto Interamericano de Estudios Superiores, 2003, citado en Roa, 2006, p. 5)

La percepción del riesgo frente al VIH/SIDA es la susceptibilidad a experimentar consecuencias negativas, es la percepción hacia contraer dicho virus y a los contextos que se tejen entre el individuo y la sociedad que crean esa exposición mencionada. El proceso mental en la formación de la percepción de riesgo es complejo, ya que incluye experiencias que el individuó adquirió a lo largo de toda su vida a través de un proceso interactivo y dinámico, construido a partir de la experiencia social y de la visión del mundo de los sujetos (Mora, 2009). En ese orden de ideas, el concepto de percepción de riesgo se presenta como una "invulnerabilidad percibida" resultado de un optimismo no realista que presume desestimar el peligro personal y sobrevalorar el de los demás (Van der Pligt, 1998).

Las conductas de riesgo que asumen los adolescentes se han intentado explicar desde la ausencia de la percepción de riesgo, ya que la sensación de falta de vulnerabilidad y el optimismo ilusorio, propios de esta etapa, aparecen

como mecanismos psicológicos causantes de la infravaloración de posibles sucesos perjudiciales (Romero, Lora y Cañete, 2001).

La autopercepción de riesgo está enmarcada dentro del riesgo probable de la transmisión del VIH/SIDA que la persona tiene de sí misma. En ese sentido, Güidano (1994), refiere que cualquier observación es *autorreferencial,* es decir siempre refleja el sí mismo, refleja el orden perceptivo en que se basa, más que las cualidades intrínsecas del objeto percibido. En otras palabras, la relación de la persona con el medio y consigo mismo es el producto de una interacción continua; un proceso interactivo y constructivo que facilita la percepción de la realidad en que vive. Por lo tanto, la comprensión implica siempre una interpretación.

La autopercepción de riesgo en los adolescentes revela el ambiente en el que se desarrolla, con su historia de vida, su percepción de sí mismo/a y sus expectativas de vida, de forma que reciben la influencia diversa del contexto sociocultural (Barella, Mesa y Cobeña, 2002). Los elementos cognitivos que generalmente se asocian a la autopercepción de riesgo son: la tendencia particular a cometer conductas de peligro, la valoración del costo-beneficio de la conducta, la mirada de que la conducta es aprobada socialmente, la auto eficacia percibida, construir una conducta y la emisión de ésta en un contexto específico (Benito, Aparicio, Briones y Espinel, 1999).

La autopercepción de riesgo considerado como un factor protector frente al VIH/SIDA, está definida para el presente estudio por la susceptibilidad y la autoeficacia.

2.2.7.2.1 La susceptibilidad

Puede definirse como la percepción del individuo sobre el riesgo a contraer una condición determinada y de las consecuencias negativas por emitir una conducta determinada, de manera que, si las personas se percatan del riesgo ante una circunstancia, eludirán esa conducta de riesgo (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002). Sin embargo, en esta conducta influyen muchos factores como son las consecuencias placenteras a corto plazo de las conductas de riesgo, el retardo de la consecuencia negativa, el saber de curas farmacológicas y quirúrgicas para enfermedades y las ideas culturales sobre un hecho o situación determinada.

García (2005) refiere que la susceptibilidad se relaciona con la invulnerabilidad percibida o ilusión de control propio en la adolescencia frente a diferentes factores de riesgo como la ingesta de drogas, infecciones de transmisión sexual, embarazos, etc.; por tanto, se tiende a subvalorar el riesgo hacia uno mismo y sobrevalorar el riesgo de otros.

Palma y Nantua (2012) exponen que, si una persona percibe el riesgo de una infección por VIH/SIDA, puede decidir usar preservativo (caso de ser varón). En el caso de las mujeres, ser más rigurosa al decidir por una pareja. De igual forma, plantean que el percibir conductas de riesgo sexual se ve afectada por las creencias y lo que la socio cultura de un país o territorio o un grupo social establezcan. Por ende, el riesgo es relativo a la situación, es decir, varia con el tiempo y situaciones a las que se expone la persona.

Espinoza, Acatitla y Torres (2018) coinciden al afirmar que las relaciones de familia, la red social, la autoeficacia del uso del condón y la convivencia con un individuo que tiene una enfermedad, intervienen en la percepción del peligro de los adolescentes, logrando avizorar las consecuencias a largo plazo de un

padecimiento y también elaborar criterios para generar habilidades de autocuidado ante el VIH.

2.2.7.2.2 La autoeficacia

De acuerdo con la teoría del aprendizaje social de Bandura (2001, citado en Uribe, 2005), la autoeficacia se cimienta en la auto percepción sobre la capacidad para controlar su conducta, su entorno y a su vez establecer un estilo de vida. La persona debe percibir que puede lograr un objetivo, sino que también es capaz de lograrlo y responde a cualquier obstáculo en su ruta.

Según López (1996), la autoeficacia para la prevención del VIH en un adolescente, alude a la advertencia sobre su competencia para desplegar una conducta eficaz para prevenir el SIDA. Las conductas incluyen la habilidad para tener contactos sexuales protegido, para dialogar con la pareja sexual sobre relaciones sexuales anteriores y las conductas de riesgo emitidas, y finalmente, la destreza en la adquisición de preservativos y usarlos.

Son cuatro los factores que podrían incrementar la autoeficacia en el adolescente para la prevención del SIDA: las *experiencias de éxito*, ya que claramente logros aumentan la eficacia; *el éxito vicario*, que establece que otra persona más modela las metas; *la persuasión social*, la cual retroalimenta directamente el desempeño; y la *reducción de la ansiedad*, que tiene como condición un foco de control interno para el éxito de la conducta (López y Moral, 1999).

Los estudios concuerdan en que los conocimientos sobre el VIH/SIDA influyen en la percepción de autoeficacia que toman los adolescentes. Hay una fuerte correlación que asevera que cuanto más se incrementan los

conocimientos, incide en el aumento de la percepción de autoeficacia. Entonces, la autoeficacia en el aspecto sexual es un predictor sobre el uso del preservativo, como un mecanismo de protección frente al VIH; sin embargo, esta conducta está condicionada por las creencias personales frente al preservativo, por las normas establecidas sobre la sexualidad en un entorno social específico.

Crowell (2004, citado en Uribe, 2005) señala que las habilidades sociales como: asertividad y autoeficacia son fundamentales en el uso del preservativo, entendiendo que el uso es un proceso de negociación que requiere de las habilidades de interacción necesarias y sentirse capaz de negociar con éxito para protegerse en una relación sexual.

Diferentes estudios, señalan que las personas del género femenino son más autoeficaces en las prácticas de prevención, negándose al contacto sexual, sin embargo, los varones se muestran más autoeficaces para usar el preservativo. En esa misma línea, respecto a la frecuencia del uso del preservativo en los adolescentes, en la medida que la autoeficacia se incrementa el uso del preservativo se vuelve más frecuente.

En el contexto sexual, los roles de género emergen como un factor importante para la autoeficacia en el uso del preservativo. Es así que Ballester, Gil, Ruíz y Giménez (2013), en un estudio con estudiantes universitarios, encontró que las mujeres se perciben más auto eficaces que los hombres al evaluar negativamente a la pareja al sugerir su uso; sin embargo, ellas se perciben menos auto eficaces para la adquisición del preservativo en público. En ese mismo orden de ideas, Quatrella (2000, citado en Ballester, Gil, Ruíz y Giménez, 2013) en un estudio con universitarios, encontró que son los

hombres los que se atribuyen la responsabilidad de conseguir el preservativo, pero son las mujeres las que persuaden sobre su uso y comprueban que se ha utilizado correctamente.

Incluso hoy, los estereotipos sobre la masculinidad dejan en desventaja y vulnerabilidad a la mujer.

La autoeficacia entonces se convierte en una variable esencial para prevenir el contagio del VIH, especialmente relacionada con el uso del preservativo. Por tanto, cuando la persona disminuye sus comportamientos de riesgo, se percibe en menor peligro en relación al contagio del VIH, mejorando su capacidad de autoeficacia, optará más probablemente por conductas de protección.

La mayoría de los programas preventivos contra la infección por el VIH, incluyen contenidos tales como los conocimientos, las actitudes y las habilidades de comunicación; sin embargo, pocos incluyen la autoeficacia como un factor capital en el diseño e implementación de las estrategias preventivas frente al VIH. Por lo tanto, se hace impostergable que los programas de prevención ante el contagio por el VIH en jóvenes incluyan cómo incrementar la autoeficacia y las intenciones del uso del preservativo. Esto reducirá aún más los riesgos de infección.

2.3 Definición de términos

Virus

Microorganismo compuesto de material genético protegido por un envoltorio proteico, que causa diversas enfermedades introduciéndose como parásito en una célula para reproducirse en ella (OMS, 2005).

Infección

Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo. Estos microorganismos pueden ser virus o bacterias (OMS, 2005).

Síndrome

Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad (OMS, 2014).

Inmunodeficiencia

Estado del organismo consecuente a una deficiencia funcional del sistema inmunitario de defensa. La inmunodeficiencia incapacita al organismo para luchar contra las infecciones (ONUSIDA, 2014).

Autopercepción

Es la imagen que hace el individuo de sí mismo, la valoración en función del juicio que se hace del propio comportamiento (Güidano, 1994).

Conocimiento

Es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. Es la composición y síntesis de lo percibido y valorado que se organiza en un estilo personal de pensar y pensarse (Mas, 2004).

Relaciones sexuales

Es el contacto físico entre sujetos esencialmente con la finalidad de dar y/o retribuir placer sexual, o con finalidades reproductivas. Esta terminología constituye muchas posibles acciones o posibilidades de relación entre dos sujetos y solo se restringe al coito o penetración (Rojas, 2011).

Conductas de riesgo

Es toda aquella conducta o situación específica que real o potencialmente conduzca al deterioro actual o futuro de la salud biopsicosocial del ser humano, teniendo en cuenta las conductas de riesgo general y sexual (Mas, 2004)

Susceptibilidad

Es la percepción del individuo al emitir una conducta, sobre el riesgo a contraer una condición determinada y sus consecuencias negativas (García, 2005).

Autoeficacia

Se refiere a las creencias que tienen las personas sobre sus propias capacidades y que, con respecto a la infección del VIH/SIDA es considerado un factor de protección (López, 1996).

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

H_1 Existe una relación significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de contraerlo en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

2.4.2 Hipótesis específicas

H_1 El conocimiento sobre el VIH/SIDA se relaciona significativamente con la susceptibilidad de contraerlo en los estudiantes de 5to año de

secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

H_2 El conocimiento sobre el VIH/SIDA se relaciona significativamente con la autoeficacia para contraerlo en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

H_3 Existen diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

H_4 Existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

H_5 Existen diferencias significativas en la susceptibilidad de contraer el VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

H_6 Existen diferencias significativas en la autoeficacia para evitar el contagio del VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1 Nivel, tipo y diseño de investigación

Nivel:

De acuerdo a Sánchez y Reyes (2006), la investigación corresponde a la clasificación del nivel *descriptivo*, caracterizada por recoger información y describir un fenómeno o una situación mediante el estudio del mismo en una circunstancia temporo-espacial. A continuación, describen y analizan los conocimientos y la autopercepción de riesgo, así como la susceptibilidad y autoeficacia en los estudiantes de quinto año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del Distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

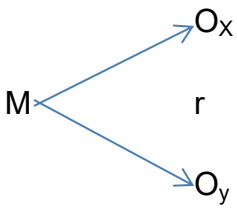
Tipo:

Es una investigación que corresponde a *básica* en la que se recoge información de la realidad para acumular el conocimiento científico, orientado al descubrimiento de principios y leyes. De esta manera en esta investigación se ha buscado conocer y entender mejor de qué manera el nivel de conocimiento en el VIH/SIDA puede estar relacionado con el grado de la autopercepción del riesgo de su adquisición en estudiantes de quinto año de secundaria, así como también si hay diferencias significativas de estas variables en instituciones educativas de gestión pública y privada. Es así que no hay un interés por la aplicación práctica de los nuevos conocimientos adquiridos.

Diseño:

Concretamente, se aplicó un diseño de investigación correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El objetivo es describir la relación entre dos o más variables en un tiempo en particular, para el caso del conocimiento y su relación con la autopercepción de riesgo, con la susceptibilidad y la autoeficacia en los estudiantes de quinto año de educación

secundaria de instituciones públicas y privadas del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.



Donde:

M = Estudiantes de quinto año de secundaria

O_x = Observación del conocimiento sobre el VIH/SIDA

O_y = Observación de la autopercepción del riesgo

r = Relación entre ambas variables

En un segundo momento, se aplicó el diseño descriptivo comparativo (Sánchez y Reyes, 2006).

Es descriptivo comparativo porque describe y analiza las diferencias en el conocimiento, la autopercepción del riesgo, la susceptibilidad y la autoeficacia entre los estudiantes de quinto año de secundaria de las instituciones educativas públicas y privadas del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

M_1 ---------- O_1 ~

O1 = O2

M_2 ---------- O_2 ≠

Donde :

M_1 = Alumnos de una IE Particular

M_2 = Alumnos de una IE Nacional

O_1 = Observación del conocimiento sobre VIH/SIDA y autopercepción del riesgo

3.2 Participantes

3.2.1 Población

La población está constituida por escolares de quinto año de secundaria de colegios estatales y particulares del distrito San Martín de Porres matriculados durante el año académico 2017, que pertenecen a la Unidad de Gestión Educativa N° 2 – UGEL, que incluye a dos colegios particulares, ambos tienen 3 aulas de 5to año de educación secundaria; asimismo los dos colegios cuentan con los niveles de inicial, primaria y secundaria. Y dos colegios estatales, donde se enseñan los niveles primarios y secundarios. Estos dos últimos cuentan con 4 aulas de 5to año de secundaria. Las edades de la población fluctúan entre 15 y 18 años y está conformada por un total de 342 alumnos.

Tabla 1

Población de escolares de 5to. año de secundaria de colegios estatales y particulares del distrito San Martín de Porres 2017.

N°	Colegios	Número
1	Colegio A	84
2	Colegio B	88
3	Colegio C	82
4	Colegio D	88
Total		342

Para la selección de la muestra se consideró pertinente determinar las características específicas de la misma mediante dos tipos de criterios: los criterios de inclusión y los criterios de exclusión.

Dentro de los criterios de inclusión, se consideran los siguientes:

- Escolares hombres y mujeres que pertenezcan a un colegio particular del Distrito de San Martín de Porres.
- Escolares hombres y mujeres que pertenezcan a un colegio estatal del Distrito de San Martín de Porres.
- Escolares que estén cursando 5to. año de secundaria en los colegios particulares y estatales.
- Escolares que estén matriculados durante el año académico de 2007.

Los criterios de exclusión, tomados en cuenta son los siguientes:

- Escolares de otros grados que no sea 5to. año de secundaria.
- Escolares que no deseen participar del estudio.
- Que no llenen correctamente el cuestionario.

- Escolares cuyas edades no correspondan al periodo de la adolescencia entre 15 a 18 años.

3.2.2 Muestra

Para la obtención de la muestra, se utilizó un muestreo probabilístico, a partir de la cantidad total de escolares ya mencionados en la población, donde los elementos de la muestra se eligen de manera aleatoria y cada elemento tiene la misma posibilidad de ser elegido (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. De esta manera de los 342 alumnos que conforman la población, la muestra probabilística fue de 182 alumnos.

El tamaño de la muestra fue obtenido mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-a/2}^2 * P * Q * N}{E^2 * (N-1) + Z_{1-a/2}^2 * P * Q}$$

Donde:

Z (0,975) = 1,95996 (95% de confianza)

N = 342 (Tamaño de la población)

P = 0,5 (Probabilidad de éxito)

E = 0.05 (Margen de error)

Reemplazando valores en la fórmula:

$$n = \frac{328{,}445}{1{,}81286} = 181{,}18 = 182$$

Entonces el tamaño de muestra fue de 182 estudiantes.

3.3 Variables de investigación.

Debido a que se han utilizado dos diseños, las variables también son diferenciadas. Se aplicó diseño correlacional a las variables conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo. Y en el caso de la aplicación del diseño comparativo, además de dichas variables, se utilizó la variable de comparación que en este caso es el tipo de gestión educativa: estatal y particular.

3.3.1 Variables de estudio

Variable 1: Conocimiento sobre el VIH/SIDA

Definición conceptual: Es la adquisición de información obtenida de diversas fuentes respecto al VIH/SIDA que permiten al adolescente identificar las formas de contagio sexual y formas de prevención.

Definición operacional: Medido a través de la Escala VIH/SIDA-65

Tabla 2
Matriz de operacionalización de la variable conocimiento sobre el VIH/SIDA

Variable	Indicadores	Ítems
Conocimiento correcto	Información sobre el VIH/SIDA que permiten al adolescente identificar las formas correctas de contraer el virus y formas de prevención.	1,3, 4, 5, 7, 8, 9, 10,11,14, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 36, 37, 40

Variable 2: Autopercepción del riesgo

Definición conceptual: Se define como la susceptibilidad de un individuo a las consecuencias negativas por la emisión de una conducta determinada (ONUSIDA, 2005).

Definición operacional: Medido a través de la Escala VIH/SIDA - 65 cuyas dimensiones serán la susceptibilidad y la autoeficacia.

Tabla 3
Matriz de operacionalización de la variable autopercepción del riesgo sobre el VIH/SIDA

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Autopercepción del riesgo. Dimensión 1: Susceptibilidad	Es la valoración del riesgo personal que tienen las personas, en este caso hacia el VIH/SIDA.	43, 44, 53, 58, 65
Autopercepción del riesgo. Dimensión 2: Autoeficacia	Creencias que tienen las personas sobre sus propias capacidades, considerado un factor de protección con respecto a la infección por VIH/SIDA.	41, 47, 52, 54, 55

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1 Técnica de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta personal a través de cuestionario.

Procedimiento de recolección de datos.

A través de una carta de presentación dirigida a los directores de los colegios seleccionados para llevar a cabo el estudio, se coordinó entrevistas con cada uno de ellos, donde se les explicó la propuesta de la investigación y los objetivos del estudio mostrándoles la relevancia a nivel social, educativo, científico y de la salud que tiene la realización de esta investigación. Asimismo, se les informó sobre el contenido del instrumento, la forma y el tiempo

requerido para su aplicación, también se les indicó la confidencialidad de la información, a continuación, después de obtener la autorización de los directivos, se concretó la fecha y hora de la aplicación del instrumento. Los directivos de los colegios se responsabilizaron de la participación de los alumnos.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en las aulas de las respectivas instituciones educativas, en una breve presentación a los alumnos se les indicó la importancia y el objetivo del estudio, la condición de anonimato de sus respuestas, la cantidad de preguntas y se les dio la oportunidad de dejar el aula en caso no deseen participar de la investigación, seguidamente se pasó a entregarles el instrumento, se recalcó la importancia de la sinceridad y la confidencialidad de la información vertida; se les explicó las instrucciones para ser respondidas inicialmente con el cuestionario que incluye información sobre edad, grado escolar, tipo de institución educativa, personas con quienes conviven, religión y la procedencia del conocimiento que tiene sobre el VIH/SIDA. Posteriormente se dieron las instrucciones correspondientes para el desarrollo de la Escala VIH/SIDA - 65, el cual tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos. Durante la aplicación se absolvieron dudas de algunos escolares, acerca de las preguntas, acercándonos a sus asientos. Igualmente, al inicio de la aplicación en cada sesión, se brindó un espacio de preguntas al grupo en caso algún participante tenga dudas referidas a la investigación. Asimismo, se mantuvo la atención a cualquier eventualidad que surgiera durante o después de la aplicación de la investigación.

3.4.2 Instrumentos de recolección de datos.

Para evaluar las dos variables de estudio: conocimiento sobre VIH/SIDA y autopercepción del riesgo para contraerlo, se utilizó la Escala del VIH/SIDA – 65, pues en su estructura evalúa estos dos aspectos de forma diferenciada.

La **Escala del VIH/SIDA – 65** es un instrumento diseñado por Paniagua (1998) y adaptado por Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005) a la realidad colombiana, por cuanto mide diferentes aspectos relacionados al VIH/SIDA. A continuación, se presenta la ficha técnica, la descripción del instrumento y el procedimiento para obtener su validez y confiabilidad.

3.4.2.1 Ficha técnica:

Nombre **:** Escala del VIH/SIDA -65

Autor **:** Paniagua (1998)

Procedencia **:** España

Adaptación colombiana **:** Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005)

Propósito del Instrumento : Mide diferentes aspectos relacionados al VIH/SIDA.

Población **:** Estudiantes de quinto año de educación secundaria.

Duración **:** No hay tiempo, se resuelve aproximadamente entre 10 a 15 minutos.

Ámbito de aplicación **:** de 15 años en adelante

Administración **:** individual y colectiva

Calificación **:** el sistema de calificación es de puntuación directa

3.4.2.2 Descripción del instrumento:

El instrumento, cuya versión original fue construida por Paniagua y colaboradores (1994) comprendía 164 ítems. Posteriormente fue traducido y validado por Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal (2003) en España y fue adaptada al contexto colombiano por Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005), consta de 65 ítems, que evalúan conocimiento correcto (20 ítems), ideas erróneas (20 ítems), actitudes negativas hacia personas con SIDA (5 ítems), actitudes neutras sobre aspectos relacionados con el VIH/SIDA (5 ítems), actitudes positivas hacia las personas con VIH/SIDA (5 ítems), percepción de susceptibilidad para la infección por el VIH (5 ítems) y percepción de autoeficacia en el uso del preservativo (5 ítems). Su aplicación se realiza en la población general o en determinados sectores de la población, principalmente en adolescentes y en diferentes agentes sociales: escolares, universitarios, maestros, médicos, padres de familia, etc.

El presente estudio se centró en las categorías de conocimiento (conocimiento correcto) así como en susceptibilidad para la infección por VIH y autoeficacia en el uso del preservativo, para medir la autopercepción del riesgo acerca del VIH/SIDA.

Este instrumento evalúa conocimientos sobre VIH/SIDA, entendido como la información obtenida de diversas fuentes, que permiten al adolescente identificar las formas de contagio sexual y de prevención. La evaluación se centra en el conocimiento correcto (20 ítems), en la medida que se desea medir la información adecuada que maneje la muestra. El formato de respuesta es: Verdadero-Falso-No sé, con una puntuación directa.

La evaluación de la autopercepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA entendida como la susceptibilidad del individuo a las consecuencias negativas para la emisión de una conducta determinada, se realizó a través de las dimensiones de susceptibilidad (5 ítems) y la autoeficacia (5 ítems) en el uso del preservativo. El formato de respuesta es: De acuerdo – en desacuerdo – no sé, con una puntuación directa.

3.4.2.3 Análisis psicométrico del instrumento.

Análisis psicométrico del instrumento original

Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005) quienes realizaron la adaptación del instrumento para la población colombiana, concretamente con 2206 adolescentes de las diferentes ciudades de ese país. Para obtener la validez, utilizaron el análisis factorial, el que confirma la estructura de la escala, y para obtener la confiabilidad, aplica el Alfa de Cronbach en el que obtiene un coeficiente de 0,79. En sus dimensiones, para el área de conocimiento correcto arroja un alfa de Cronbach de 0,73, ideas erróneas de 0,83, las actitudes negativas de 0,79, susceptibilidad de 0,53 y autoeficacia de 0,76.

Análisis psicométrico del instrumento aplicado a la muestra

En cuanto a la validez del instrumento se consideró necesario realizarlo a través de la validez de contenido por medio del método de criterio de jueces expertos en un total de cinco personas: experto N° 1 es Doctor en educación y docente de la escuela de posgrado de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Experto N° 2, es doctora en psicología y docente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Experto N° 3, es doctor en psicología y

docente en la facultad de psicología y educación de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Experto N° 4, es Magister en metodología de la investigación y docente de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Experto N° 5, es Magister en psicología y docente universitario de la Universidad Nacional Federico Villarreal; quienes certificaron la asignación de los ítems en sus respectivos factores para cada uno de los componentes que evalúan las dos variables de estudio. Los resultados sirvieron para realizar ajustes al instrumento en cuanto a la redacción sin eliminar ningún ítem.

Los resultados se muestran a continuación:

Experto	Sugerencias y/o opiniones
Experto 1	Ninguna
Experto 2	**Ítem 11**: Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA no teniendo relaciones sexuales. Sugerencia: Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA si evita las relaciones sexuales. **Ítem 23**: Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona con el virus. Sugerencia: Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona que tiene el virus.
Experto 3	**Ítem 56**: El sexo no es tan placentero cuando se usa un condón. Sugerencia: El sexo puede ser igual de placentero cuando se usa un condón.
Experto 4	Ninguna
Experto 5	**Ítem 25**: Los hijos de una madre con el virus del SIDA corren mayor riesgo de contraer el sida. Sugerencia: Una madre con el virus del SIDA puede transmitirle a sus hijos el virus a través del parto y la lactancia.

En relación a la confiabilidad, estas se especifican por cada variable.

A) Variable: Conocimiento sobre VIH/SIDA

Se obtiene un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,749 que confirman su confiabilidad.

B) Variable: Autopercepción del riesgo sobre VIH/SIDA

Se obtiene una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,485 y en el análisis de la confiabilidad de sus componentes, se consiguen los siguientes resultados.

- **Confiabilidad para el componente Susceptibilidad:** se obtiene un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,416 que confirman la confiabilidad para este componente.

  La escala VIH/SIDA - 65, en la adaptación de Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005), es un instrumento que ha sido utilizado en muchos estudios especialmente con adolescentes, con la intención de detectar diferentes aspectos relacionados al VIH/SIDA, con resultados importantes para la investigación, a pesar que en la adaptación de los autores mencionados la confiabilidad de la dimensión susceptibilidad (0,53) puede ser cuestionable para la validez; sin embargo, en el presente estudio se refrenda con la validez de juicio de jueces expertos.

- **Confiabilidad para el componente Autoeficacia:** se obtiene un coeficiente de confiabilidad de 0,601 que confirman la confiabilidad de este segundo componente.

3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos.

Se elaboró una base de datos con uso del paquete estadístico SPSS versión 25 y la hoja de cálculo MS Excel.

Se realizó la descripción de la muestra mediante tablas de distribución de frecuencia, seguidamente se aplicó la prueba de normalidad para conocer si los datos tienden a una distribución normal, con este resultado se decidió la aplicación de pruebas paramétricas que permitan contrastar las hipótesis de investigación, a través del contraste de normalidad se concluyó que las variables se aproximaron a una distribución normal por lo que en la contrastación de hipótesis se aplicó la prueba paramétrica Coeficiente de Correlación de Pearson.

Para contrastar la diferencia según tipo de colegio en las variables de investigación se aplicó la prueba paramétrica t.

En los resultados complementarios, con la finalidad de analizar diferencias significativas en las variables de investigación según género y religión se aplicó la prueba paramétrica t, y en el caso de diferencias en las variables de investigación según personas con quienes convive se aplicó la prueba paramétrica F.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En este capítulo se han considerado tres apartados, el primero se refiere a los resultados descriptivos en el que se presenta las características más relevantes de la muestra, asimismo la prueba de normalidad, en el segundo apartado se aborda los resultados de la contrastación de la hipótesis general y las hipótesis específicas y finalmente en el tercer apartado se presentan los resultados complementarios en el que se han considerado datos que tienen un aporte significativo para el estudio.

4.1 Resultados descriptivos

Descripción de la muestra

En este apartado se presentan las características más importantes de la muestra expresado en porcentajes, como: el sexo, el rango de edad, la religión que profesan, el grupo familiar de convivencia, y la procedencia del conocimiento que la muestra tiene sobre el VIH/SIDA (medios de comunicación visual y escrito, internet, anuncios publicitarios, colegio, amigos, padres o familia, servicios de salud y comunitarios).

En la tabla 4 se observa la distribución de la muestra en función al sexo, donde el mayor porcentaje de estudiantes encuestados fueron varones correspondiendo a I.E. estatales el 52% y a I.E. particulares 50,5%; en menor

porcentaje mujeres correspondiendo a I.E. estatales el 47,3% y a I.E. particulares 49,5%.

Tabla 4

Distribución de la muestra según sexo por tipo de institución educativa.

Sexo	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
Varón	48	52,7	46	50,5	94	51,6
Mujer	43	47,3	45	49,5	88	48,4
Total	91	100	91	100	182	100

De igual forma se presentan los resultados en la Figura 1 en la que se puede observar la distribución mayoritaria de los varones con relación a las mujeres tanto en colegios estatales como en colegios particulares.

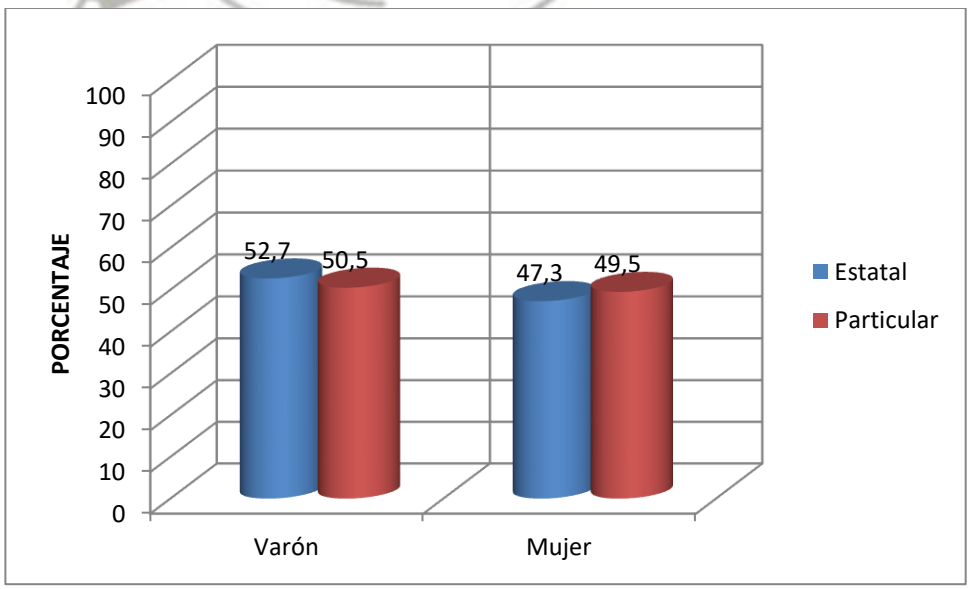


Figura 1. Sexo de estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

En la tabla 5 se presenta la distribución de la muestra por edad, observándose que el mayor porcentaje de estudiantes encuestados tenían 16 años, correspondiendo a I.E. estatales el 50,5% y a I.E. particulares 87,9%; seguido de los que tienen 17 años correspondiendo a I.E. estatales el 36,3% y a

I.E. particulares 4,4%; las demás edades de 15 y 18 años se encuentran en menor porcentaje.

Tabla 5

Distribución de la muestra por edad de los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

Edad	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
15 años	1	1,1	4	4,4	5	2,7
16 años	46	50,5	80	87,9	126	69,2
17 años	33	36,3	4	4,4	37	20,3
18 años	11	12,1	3	3,3	14	7,8
Total	91	100	91	100	91	100

Asimismo, en la Figura 2 se visibiliza a través de las barras la concentración de un mayor porcentaje en el grupo de edad de 16 años, en ambos tipos de institución educativa, seguido del grupo de 17 años.

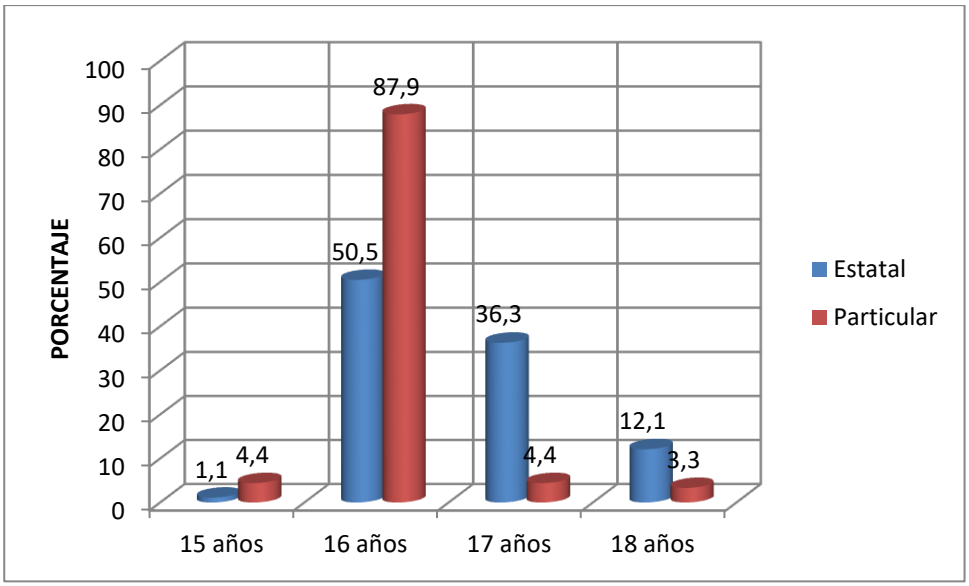


Figura 2. Edad de estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

En la tabla 6 se presenta la muestra por religión que profesan, agrupados en católicos y no católicos, el mayor porcentaje de estudiantes son católicos, correspondiendo el 47,3% a I.E. estatales y 59,3% a I.E. particulares; en menor porcentaje se encuentran los no católicos, correspondiendo el 52,7% a I.E. estatales y 40,7% a I.E. particulares.

Tabla 6

Distribución de la muestra por religión que profesan los escolares de instituciones educativas estatales y particulares.

Religión	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
Católico	43	47,3	54	59,3	97	53,3
No católico	48	52,7	37	40,7	85	46,7
Total	91	100	91	100	182	100

De igual modo, en la Figura 3 se muestra gráficamente que el 59% de los escolares se declaran católicos, concentrados especialmente en los colegios particulares, seguido del grupo de no católicos que se concentra en colegios de tipo estatal.

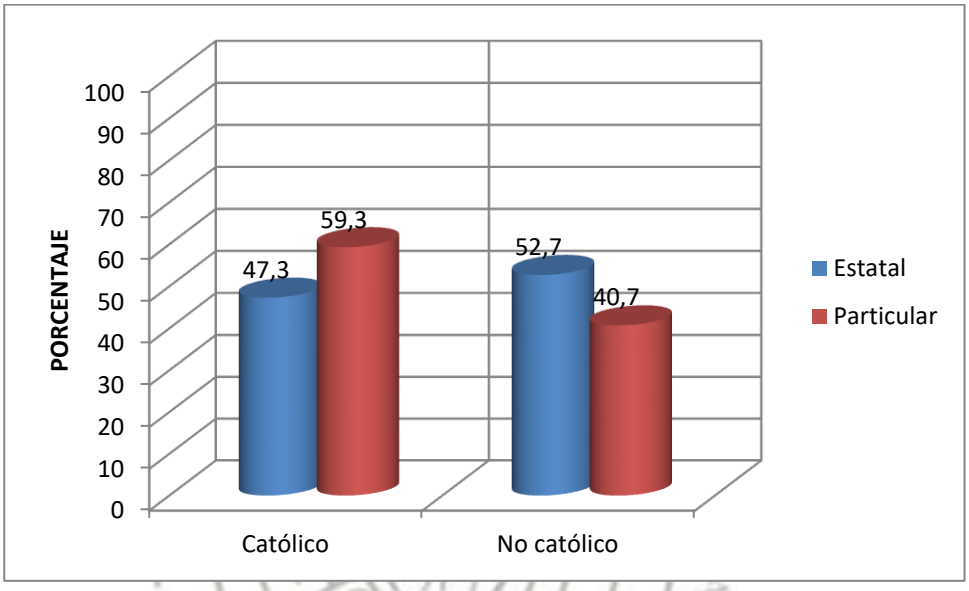


Figura 3. Religión de estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

En la tabla 7 se distribuye la muestra por la forma de convivencia, es así que el mayor porcentaje de estudiantes viven con sus padres, correspondiendo a I.E. estatales el 49,5% y a I.E. particulares 69,2%; seguido de los que viven con un solo padre, correspondiendo a I.E. estatales el 40,7% y a I.E. particulares 25,3%; y se encuentran en menor porcentaje los que no viven con ningún padre.

Tabla 7

Convivencia de estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

Convivencia	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
Ambos padres	45	49,5	63	69,2	108	59,3
Un padre	37	40,7	23	25,3	60	33,0
Ningún padre	9	9,9	5	5,5	14	7,7
Total	91	100	91	100	182	100

Igualmente, en la Figura 4 se muestra a través de los gráficos de barra, de que los escolares proceden mayormente de una convivencia con ambos padres, especialmente en los colegios particulares, seguido de una convivencia con un solo padre que se produce con más frecuencia en colegios estatales.

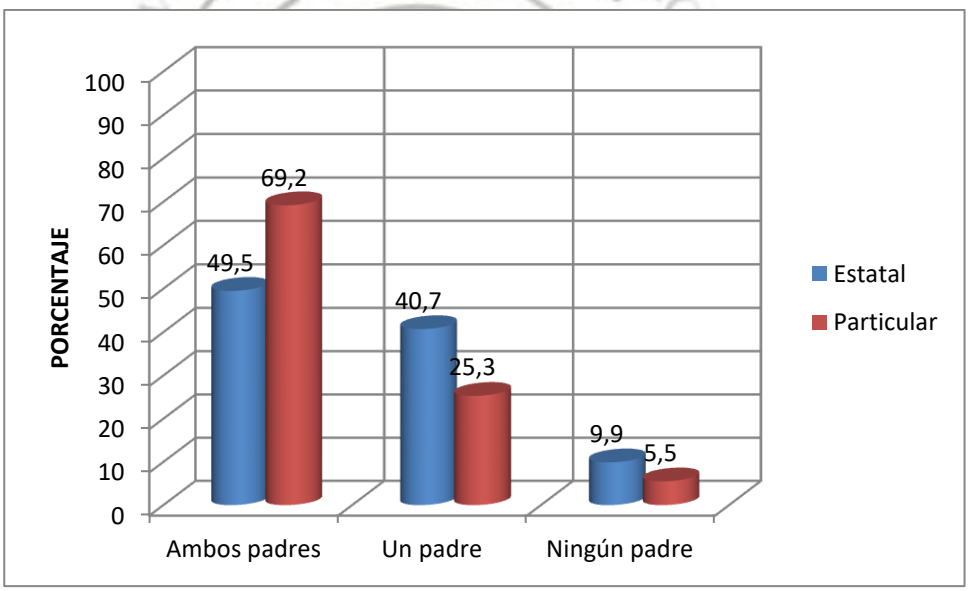


Figura 4. Convivencia de estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

Procedencia del conocimiento sobre VIH/SIDA en los escolares de 5to año de educación secundaria, de colegios estatales y particulares.

En la tabla 8 se presenta la distribución de la muestra por procedencia de medios de comunicación visual y escrito, apreciándose que este tipo de

fuente se produce con más frecuencia en los I. E. estatales, correspondiendo el 52,7% y a las I.E. particulares el 50,5%.

Tabla 8

Procedencia del conocimiento a través de medios de comunicación visual y escrito en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

Medios de comunicación visual y escrito	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
No procede	43	47,3	45	49,5	88	48,4
Procede	48	52,7	46	50,5	94	51,6
Total	91	100	91	100	182	100

De igual manera, en la Figura 5 se aprecia que el conocimiento sobre el VIH/SIDA que tiene la muestra estudiada procede de los medios de comunicación visual y escrito con más frecuencia en los escolares de colegios estatales que particulares.

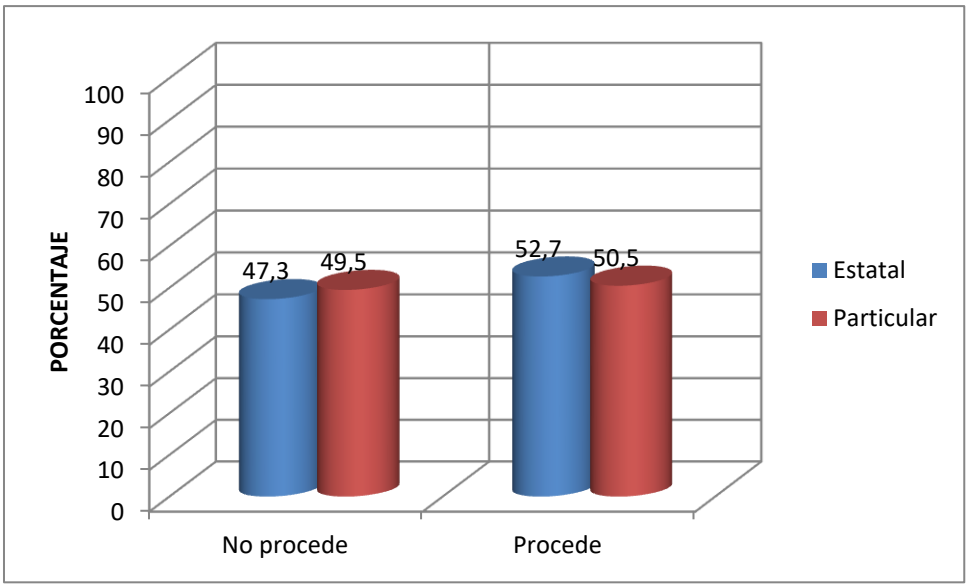


Figura 5. Procedencia del conocimiento según medios de comunicación visual y escrito en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

En la tabla 9 se presenta la distribución de la muestra por procedencia del conocimiento a través de internet, correspondiendo el 49,5% a escolares de I.E. estatales y el 59,3% a escolares de I.E. particulares.

Tabla 9

Procedencia del conocimiento por medio de internet en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

Internet	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
No procede	46	50,5	37	40,7	83	45,6
Procede	45	49,5	54	59,3	99	54,4
Total	91	100	91	100	182	100

En la figura 6 se observa de manera gráfica la procedencia del conocimiento por internet que se produce con mayor frecuencia en alumnos de colegios particulares, que en los alumnos de colegios estatales.

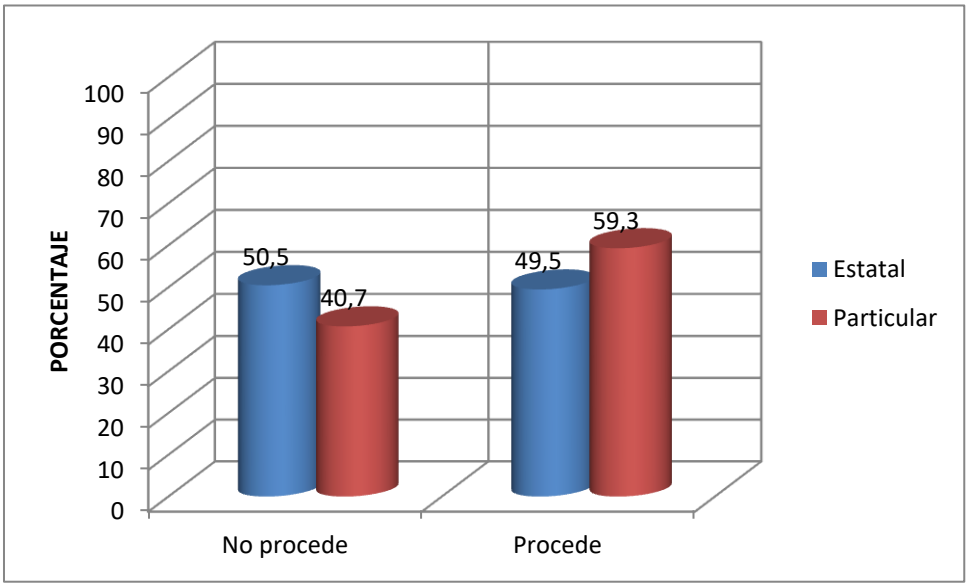


Figura 6. Procedencia del conocimiento por medio de internet en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

En la tabla 10 se muestra que los conocimientos del mayor porcentaje de estudiantes no proceden de anuncios publicitarios, correspondiendo el 61,5% a I.E. estatales y 72,5% a I.E. particulares; en menor porcentaje si proceden de este medio, correspondiendo el 38,5% a I.E. estatales y 27,5% a I.E. particulares.

Tabla 10

Procedencia del conocimiento según anuncios publicitarios en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

Anuncios publicitarios	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
No procede	56	61,5	66	72,5	122	67,0
Procede	35	38,5	25	27,5	60	33,0
Total	91	100	91	100	182	100

De igual manera, en la figura 7 se aprecia gráficamente que esta fuente de conocimiento a través de anuncios publicitarios es menos frecuente, en escolares de ambos tipos de instituciones educativas.

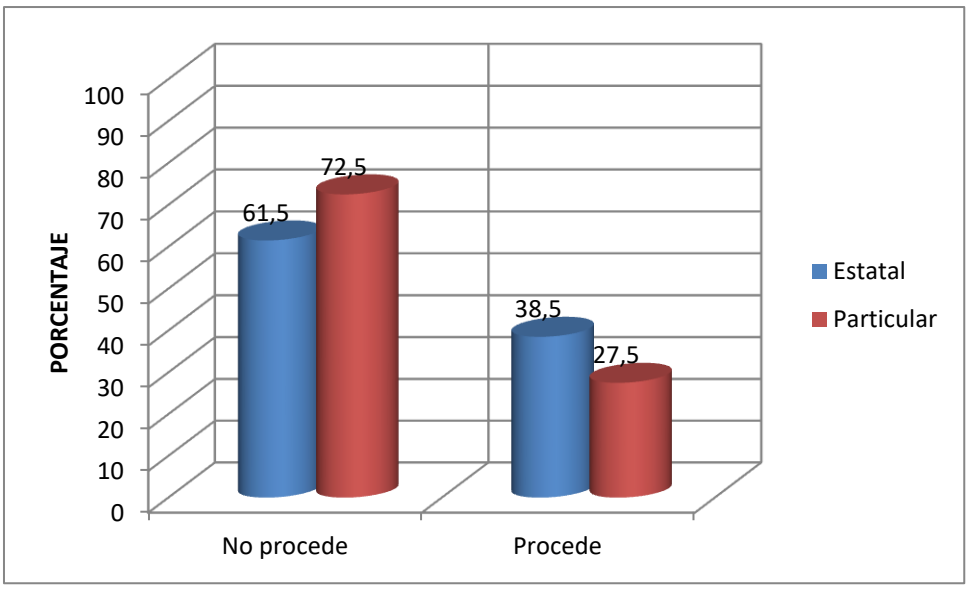


Figura 7. Procedencia del conocimiento según anuncios publicitarios en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

En la tabla 11 se presenta la distribución de la muestra en relación a la procedencia del conocimiento sobre el VIH/SIDA por medio del colegio; los conocimientos del mayor porcentaje de los estudiantes corresponden a I.E. estatales en un 72,5% y a I.E. particulares en un 51,6%; en menor porcentaje no

proceden de este medio, correspondiendo el 27,5% a I.E. estatales y 48,4% a I.E. particulares.

Tabla 11

Procedencia del conocimiento por medio del colegio en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

Colegio	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
No procede	25	27,5	44	48,4	69	37,9
Procede	66	72,5	47	51,6	113	62,1
Total	91	100	91	100	182	100

En la figura 8 se presenta gráficamente en la procedencia del conocimiento sobre el VIH/SIDA a través de los colegios, que éste alcanza su mayor frecuencia en los escolares de colegios estatales que en los escolares de colegios particulares.

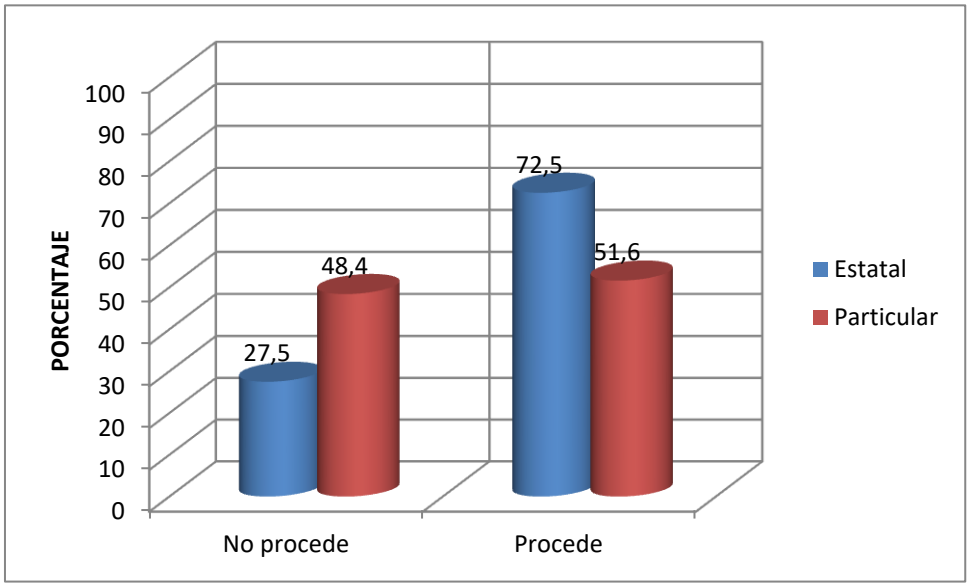


Figura 8. Procedencia del conocimiento por medio del colegio en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

En la tabla 12 se presenta la distribución de la muestra, en relación a la procedencia del conocimiento sobre el VIH/SIDA, por medio de los amigos, encontrándose que los conocimientos del mayor porcentaje de estudiantes no proceden de amigos, correspondiendo el 89% a I.E. estatales y 79,1% a I.E. particulares; en menor porcentaje si proceden por este medio, correspondiendo el 11% a I.E. estatales y 20,9% a I.E. particulares.

Tabla 12

Procedencia del conocimiento por medio de amigos en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares

Amigos	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
No procede	81	89,0	72	79,1	153	84,1
Procede	10	11,0	19	20,9	29	15,9
Total	91	100	91	100	182	100

Asimismo, en la figura 9 se observan en los gráficos de barras que la procedencia del conocimiento sobre el VIH/SIDA a través de los amigos es de baja frecuencia en los escolares de I.E. estatales y particulares.

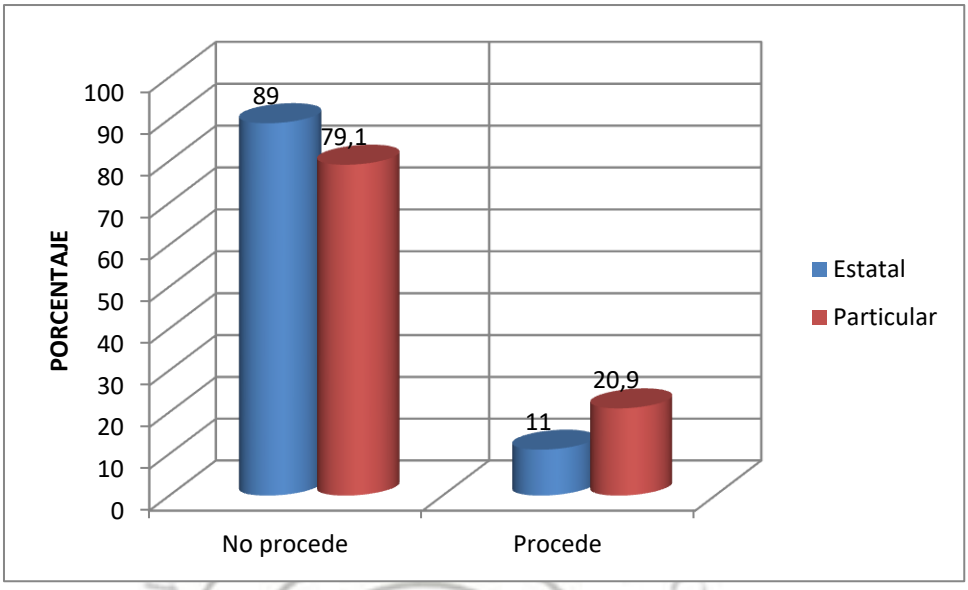


Figura 9. Procedencia del conocimiento por medio de amigos en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

En la tabla 13 se presenta la procedencia del conocimiento sobre el VIH/SIDA que tiene los escolares a través de los padres o familia, encontrándose que los conocimientos en el mayor porcentaje de los estudiantes no proceden de los padres o familia, correspondiendo el 62,6% a I.E. estatales y 63,7% a I.E. particulares; en menor porcentaje si proceden por este medio, correspondiendo el 37,4% a I.E. estatales y 36,3% a I.E. particulares.

Tabla 13

Procedencia del conocimiento por medio de padres o familia en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

Padres o familia	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%

No procede	57	62,6	58	63,7	115	63,2
Procede	34	37,4	33	36,3	67	36,8
Total	91	100	91	100	182	100

De igual manera, en la figura 10 la representación gráfica de éstos resultados indica que la procedencia del conocimiento sobre el VIH/SIDA a través de padres o familia tiene menos frecuencia en los estudiantes de ambos tipos de colegios, tanto estatales como particulares.

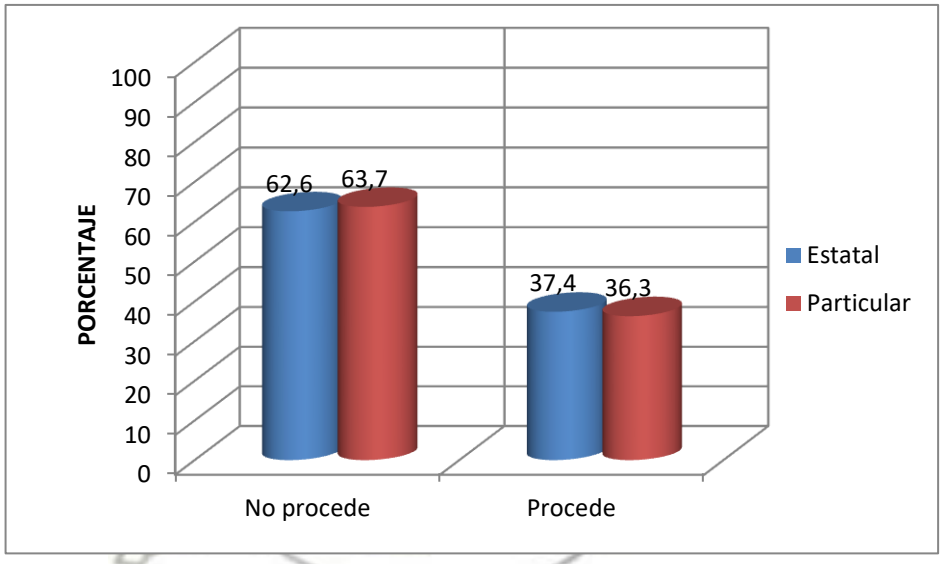


Figura 10. Procedencia del conocimiento por medio de padres o familia en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

En la tabla 14 se presenta la procedencia del conocimiento sobre el VIH/SIDA, que tienen los escolares por medio de servicios de salud y comunitarios, encontrándose que los conocimientos del mayor porcentaje de estudiantes no proceden de servicios de salud y comunitarios, correspondiendo el 52,7% a I.E. estatales y 58,2% a I.E. particulares; en menor porcentaje si proceden por este medio, correspondiendo el 47,3% a I.E. estatales y 41,8% a I.E. particulares.

Tabla 14

Procedencia del conocimiento por medio de servicios de salud y comunitarios en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

Servicios de salud y comunitarios	Institución Educativa				Total	
	Estatal		Particular			
	N°	%	N°	%	N°	%
No procede	48	52,7	53	58,2	101	55,5
Procede	43	47,3	38	41,8	81	44,5
Total	91	100	91	100	182	100

Asimismo, en la figura 11 se observa a través de los gráficos que los conocimientos sobre VIH/SIDA a través de los servicios de salud y comunitarios no tienen una importante incidencia en los escolares de I.E. particulares y estatales.

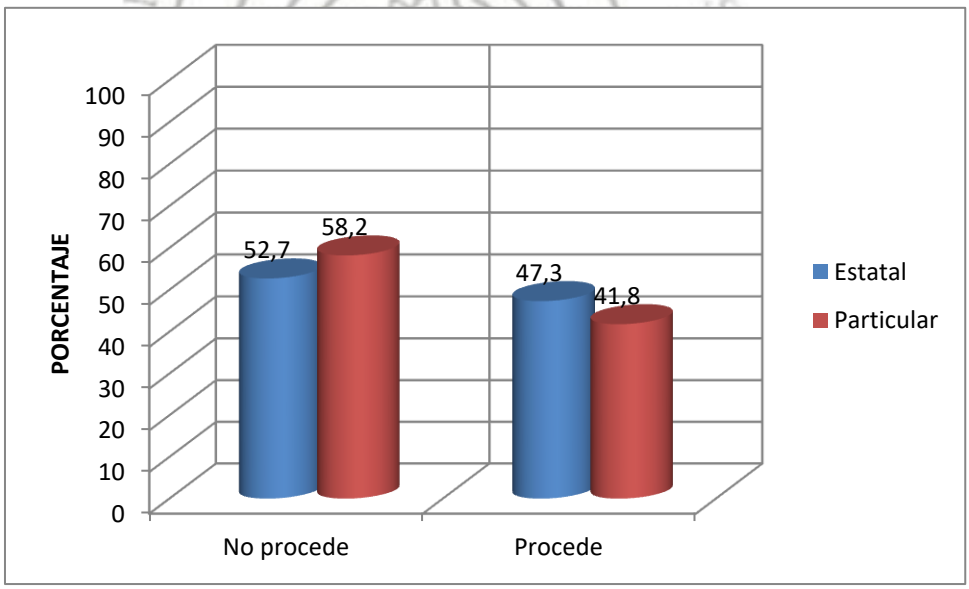


Figura 11. Procedencia del conocimiento por medio de servicios de salud y comunitarios en estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares.

Prueba de normalidad

Tabla 15

Prueba de normalidad de las variables y sus dimensiones para estudiantes de colegio estatal

Normalidad	Asimetría G_1	Contraste individual Valor crítico C.R = **$Z(G_1)$**	Curtosis G_2	Valor crítico C.R = **$Z(G_2)$**	Contraste conjunto **K^2** = $[Z(G_1)]^2 + [Z(G_2)]^2$
Conocimiento Correcto	-1,244	-4,92	2,305	4,61	45,47
Autopercepción de riesgo	-0,333	-1,34	0,129	0,26	1,87*
Susceptibilidad	-0,165	-0,65	0,091	0,18	0,46*
Autoeficacia	-0,691	-2,74	-0,079	-0,16	7.51

Contraste individual de Asimetría: Si C. R=$Z(G_1)$ < I 1,96 I, entonces la distribución es simétrica
Contraste individual de Curtosis: Si C. R=$Z(G_2)$ < I 1,96 I, entonces la distribución es mesocúrtica
Contraste conjunto: Si $K^2 \leq 5,99$, entonces los datos son normales (simetría y curtosis igual a la normal)
Nivel de Significancia = 5%
Tamaño de la muestra: 182

En cuanto a la normalidad de las variables para los estudiantes del colegio estatal, la variable conocimiento, no se aproximó a una distribución normal (contraste conjunto mayor o igual a 5,99).

Con respecto a la variable autopercepción del riesgo y su dimensión susceptibilidad se aproximaron a una distribución normal (contraste conjunto menor o igual a 5,99), la dimensión autoeficacia tiene una curva mesocúrtica (contraste individual menor que 1,96) pero no es simétrica (contraste individual mayor a 1,96), por el teorema central del límite cuando las muestras son, lo suficientemente grandes las variables tienden a la distribución normal, por lo que en la contrastación de hipótesis correlacional se aplicó la prueba paramétrica correlación de Pearson porque al menos una de las variables se aproxima a una distribución normal (autopercepción del riesgo) (Gonzáles, Abad y Levy, 2006).

Tabla 16
Prueba de normalidad de las variables y sus dimensiones para estudiantes de colegio particular

Normalidad	Asimetría	Contraste individual Valor crítico	Curtosis	Valor crítico	Contraste conjunto $K^2 = [Z(G_1)]^2 + [Z(G_2)]^2$

	G_1	C.R = **$Z(G_1)$**	G_2	C.R = **$Z(G_2)$**	
Conocimiento Correcto	-0,313	-1,242	-0,872	-1,74	4,57*
Autopercepción de riesgo	-0,449	-1,78	-0,148	-0,30	3,24*
Susceptibilidad	-0,099	-0,39	-0,089	-0,18	0,19*
Autoeficacia	-0,805	-3,19	-0,176	-0,35	10,27

Contraste individual de Asimetría: Si C.R=$Z(G_1)$ < I 1,96 I, entonces la distribución es simétrica
Contraste individual de Curtosis: Si C.R=$Z(G_2)$ < I 1,96 I, entonces la distribución es mesocúrtica
Contraste conjunto: Si K^2 ≤ 5,99, entonces los datos son normales (simetría y curtosis igual a la normal)
Nivel de Significancia = 5%
Tamaño de la muestra: 182

Con respecto a la normalidad de las variables para los estudiantes del colegio particular, la variable conocimiento se aproximó a la distribución normal (contraste conjunto menor a 5,99).

Con respecto a la variable autopercepción del riesgo y su dimensión susceptibilidad se aproximaron a una distribución normal (contraste conjunto menor o igual a 5,99), la dimensión autoeficacia tiene una curva mesocúrtica (contraste individual menor que 1,96) pero no es simétrica (contraste individual mayor a 1,96), por el teorema central del límite cuando las muestras son, lo suficientemente grandes las variables tienden a la distribución normal, por lo que en la contrastación de hipótesis correlacional se aplicó la prueba paramétrica correlación de Pearson debido a que al menos una de las variables se aproxima a la distribución normal (autopercepción del riesgo).

4.2 Resultados de la contrastación de hipótesis

En este apartado se presenta los resultados de la contrastación de la hipótesis general, seguida de las hipótesis específicas.

4.2.1 Hipótesis general

Tabla 17

Relación entre conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de contraerlo en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares de distrito de San Martín de Porres

Conocimiento	Autopercepción del riesgo r_p
Correlación de Pearson	**0,298***
Significancia unilateral(***p***)	0,000

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral)
** Tamaño de muestra: 182

En esta hipótesis se estableció que existe una relación significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados presentados en la tabla 17 muestran una correlación positiva media (r_p=0,298, ***p*** es menor que 0,05) entre ambas variables según Hernández, Fernández, y Baptista (2015, p.305). Es decir, a mayor puntaje en conocimiento adecuado en VIH/SIDA, mayor autopercepción del riesgo en contraerlo, en estudiantes de 5to de secundaria de colegios estatales y particulares. Por lo que se confirma la hipótesis general.

4.2.2 Hipótesis específicas

Primera hipótesis especifica

Tabla 18
Relación entre conocimiento sobre el VIH/SIDA y la susceptibilidad de contraerlo en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares de distrito de San Martín de Porres.

Conocimiento	**Susceptibilidad** r_p
Correlación de Pearson	**0,309***
Significancia unilateral ***(p)***	0,000

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral)
* Tamaño de muestra: 182

La primera hipótesis específica establecía que el conocimiento sobre el VIH/SIDA se relaciona significativamente con la susceptibilidad de contraerlo en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados presentados en la tabla 18 muestran una correlación positiva media (r=0,309, ***p*** es menor que 0,05) entre ambas variables según Hernández, Fernández, y Baptista (2015, p.305). Es decir, a mayor puntaje en conocimiento sobre el VIH/SIDA, mayor percepción de susceptibilidad de contraerlo en estudiantes de 5to de secundaria de colegios estatales y particulares. Por tanto, se confirma la primera hipótesis específica.

Segunda hipótesis específica

Tabla 19
Relación entre conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia de contraerlo en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres.

Conocimiento	**Autoeficacia** r_p
Correlación de Pearson	**0,186***
Significancia unilateral(***p***)	0,006

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral)
* Tamaño de muestra: 182

La segunda hipótesis específica establecía que el conocimiento sobre el VIH/SIDA se relaciona significativamente con la autoeficacia para contraerlo en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales

y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados presentados en la tabla 19 muestran una correlación positiva media (r=0,186, ***p*** es menor que 0,05) entre ambas variables según Hernández, Fernández, y Baptista (2015, p.305). Es decir, a mayor puntaje en conocimiento adecuado, mayor percepción de autoeficacia en estudiantes de 5to de secundaria de colegios estatales y particulares. De esta manera, se confirma la segunda hipótesis específica.

Tercera hipótesis específica.

Tabla 20
Comparación de medias para la variable conocimiento según institución educativa.

Variable	Institución educativa	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico t de prueba	***p***
Conocimiento	Estatal	14,648	3,603	91	0,087	0,931
	Particular	14,604	3,193	91		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,025. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

En la tercera hipótesis específica se estableció que existen diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados presentados en la tabla 20 muestran que la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,025). Por lo que no existen diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones

educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares, por tanto, no se confirma esta hipótesis.

Cuarta hipótesis específica

Tabla 21

Comparación de medias para la variable autopercepción del riesgo *según institución educativa.*

Variable	Institución educativa	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico t de prueba	***p***
Autopercepción del riesgo	Estatal	5,978	2,113	91	0,249	0,804
	Particular	5,901	2,060	91		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,025. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

En la cuarta hipótesis específica se estableció que existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo de contraerlo que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados presentados en la tabla 21, indican que la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,025). Por lo que no existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares, por lo tanto, no se confirma esta hipótesis.

Quinta hipótesis específica

Tabla 22

Comparación de medias para la dimensión susceptibilidad según institución educativa.

Dimensión	Institución educativa	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico t de prueba	***p***

Susceptibilidad	Estatal	2,659	0,124	91	0,882	0,379
	Particular	2,505	0,122	91		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,025. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

La quinta hipótesis específica establecía que existen diferencias significativas en la susceptibilidad de contraer el VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. En la tabla 22 se presentan resultados que muestran que la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,025). Por lo que no existen diferencias significativas en la dimensión susceptibilidad en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares. Por tanto, no se confirma la hipótesis planteada.

Sexta hipótesis específica

Tabla 23

Comparación de medias para la dimensión autoeficacia según institución educativa.

Dimensión	Institución educativa	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico t de prueba	***p***
Autoeficacia	Estatal	3,318	0,140	91	-0,376	0,708
	Particular	3,395	0,148	91		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,025. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

La sexta hipótesis específica establecía que existen diferencias significativas en la autoeficacia para evitar el contagio entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. En la tabla 23 los

resultados muestran que la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,025). Por lo que no existen diferencias significativas en la dimensión autoeficacia en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares. Por tanto, no se confirma la hipótesis planteada.

4.3 Resultados complementarios

Variable conocimiento:

Tabla 24

Comparación de medias para la variable conocimiento según sexo.

Variable	Sexo	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico t de prueba	***p***
Conocimiento	Hombre	14,648	3,760	94	0,092	0,926
	Mujer	14,602	2,977	88		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,025. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

En la tabla 24 se muestran resultados donde la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,025). Por lo que no existen diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes hombres de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares en comparación a las estudiantes mujeres del mismo grado escolar.

Tabla 25

Comparación de medias para la variable conocimiento según personas con quienes conviven.

Variable	Personas con quienes convive	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico F de prueba	***p***
Conocimiento	Ambos padres	14,351	3,402	108	1,390	0,252
	Un solo padre	14,833	3,247	60		
	Ningún padre	15,857	3,860	14		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

En la tabla 25 los resultados muestran que la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,05). Por lo que no existen diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA en estudiantes de 5to año de secundaria de las instituciones educativas estatales y particulares entre los que viven con ambos padres en comparación a los estudiantes que viven con uno o ningún padre.

Tabla 26

Comparación de medias para la variable conocimiento según religión

Variable	Religión	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico t de prueba	***p***
Conocimiento	Católica	14,319	3,318	97	-1,305	0,194
	No católica	14,976	3,467	85		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

En la tabla 26 los resultados muestran que la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,05). Por lo que no existen diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes católicos de 5to año de secundaria de instituciones educativas en comparación a los estudiantes no católicos.

Variable autopercepción del riesgo

Tabla 27

Comparación de medias para la variable autopercepción del riesgo según sexo.

Variable	Sexo	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico t de prueba	***p***
Autopercepción del riesgo	Hombre	6,180	2,114	94	1,623	0,106
	Mujer	5,681	2,025	88		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

En la tabla 27 los resultados muestran que la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,05). Por lo que no existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes hombres de 5to año de secundaria de instituciones educativas en comparación a los estudiantes mujeres.

Tabla 28

Comparación de medias para la variable autopercepción del riesgo según personas con quienes conviven.

Variable	Personas con quienes convive	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico F de prueba	***p***
Autopercepción del riesgo	Ambos padres	5,861	2,159	108	0,293	0,746
	Un solo padre	6,000	2,008	60		
	Ningún padre	6,285	1,857	14		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

En la tabla 28 se muestran resultados que evidencian que la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,05). Por lo que no existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo de los estudiantes hombres de 5to año de secundaria de instituciones educativas que viven con ambos padres en comparación con los estudiantes que viven con uno o ningún padre.

Tabla 29

Comparación de medias para la variable autopercepción del riesgo según religión

Variable	Religión	Promedio	Desviación Estándar	n	Estadístico t de prueba	***p***
Autopercepción del riesgo	Católica	5,742	2,052	97	-1,369	0,173
	No católica	6,164	2,103	85		

* Diferencias significativas con ***p*** menor a 0,05. Entonces se acepta la hipótesis alternativa

En la tabla 29 se muestran resultados donde se observa que la prueba resultó no significativa (***p*** es mayor que 0,05). Por lo que no existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes católicos de 5to año de secundaria de instituciones educativas en comparación a los estudiantes no católicos.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se planteó como objetivo encontrar la relación entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de contraerlo en estudiantes de 5to año de secundaria de colegios estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres –Lima Metropolitana. Asimismo, encontrar las diferencias en las dos variables entre estudiantes de colegios estatales y particulares.

Para la ejecución de la investigación se utilizó como instrumento la Escala VIH/SIDA – 65 de Paniagua (1998) en la adaptación de Bermúdez, Buela-Casal y Uribe (2005), que evalúa diferentes aspectos relacionados al VIH/SIDA. Para el objeto de esta investigación se utilizaron las subescalas que miden conocimiento correcto sobre el VIH/SIDA, así como la susceptibilidad de contraerlo y la autoeficacia para evitar el contagio, como dimensiones de la autopercepción del riesgo.

Para la consecución del estudio se trabajó con una muestra de 182 estudiantes de quinto año de educación secundaria, divididos en 91 estudiantes de colegios estatales y 91 estudiantes de colegios particulares, pertenecientes al distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. La muestra estuvo constituida por escolares entre 15 a 18 años de edad, concentrando un mayor porcentaje (69,2%) el correspondiente a los 16 años de edad en ambos tipos de institución educativa. El porcentaje de varones es ligeramente superior al de mujeres con un 51,6%. La religión que profesa la muestra en su mayoría son católicos (53,3%) y no católicos constituyen el 46,7%. En relación a la convivencia el mayor porcentaje de estudiantes representado por el 59,3% viven con ambos padres, perteneciendo a un tipo de familia nuclear, mientras que el 33% viven con un solo padre que denota la tendencia al incremento en nuestra sociedad del tipo de familia monoparental y el 7,7% viven con otras personas que no son sus padres.

En cuanto a la procedencia del conocimiento sobre el VIH/SIDA en los estudiantes de 5to año de educación secundaria, se obtiene que el 51,6% de estudiantes sostienen que sus conocimientos sobre el VIH/SIDA proceden de los medios de comunicación visual y escrito, el 54% de estudiantes afirman que sus conocimientos también proceden del internet, evidenciándose más en el grupo de estudiantes de colegios particulares con el 59,3%. Es más notoria la diferencia cuando los conocimientos proceden de anuncios publicitarios, ya que solo el 33% lo afirma en ese sentido; la tendencia es parecida cuando solo el 15,9% de estudiantes afirman que sus conocimientos sobre el VIH/SIDA proceden de la influencia de sus amigos, evidenciándose más en los estudiantes de colegios particulares (20,9%) a diferencia del 11% de

estudiantes de colegios estatales que así lo afirman. Sin embargo, se observa que un importante porcentaje representado por el 62,1% de estudiantes manifiestan que sus conocimientos proceden del medio escolar, es importante destacar la diferencia, entre el 72,5% de estudiantes de colegios estatales y el 51,6% de estudiantes de colegios particulares que así lo señalan. Respecto al ámbito familiar solo el 36,8% de estudiantes revelan que sus conocimientos sobre el VIH/SIDA proceden de las enseñanzas de sus padres o familia, poniendo en tela de juicio la importante labor que deben cumplir los padres como principales educadores de sus hijos sobre la sexualidad. De igual manera, el 44,5% de estudiantes manifiestan que sus conocimientos proceden de los servicios de salud y comunitarios, lo que evidencia que estas entidades llamadas a mejorar la calidad de información de los adolescentes sobre el VIH/SIDA aún deben trabajar más en ese cometido.

Información similar fue encontrada por Arroyo y Rojas (2010), en escolares de colegios mixtos urbano-populares de un distrito de Huancayo, donde refieren que las fuentes de información que tiene los escolares proceden mayormente del colegio y en menor porcentaje lo obtienen de los centros de salud. Asimismo, Gómez (2013) en un estudio realizado con escolares de un colegio de la república del Ecuador encontró que la procedencia de los conocimientos sobre VIH/SIDA más frecuente era el medio educativo y menos frecuente el correspondiente a los padres.

En cuanto a la contrastación de las hipótesis, en la hipótesis general se plantea que existe una relación significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de contraerlo en los estudiantes de 5to año de educación secundaria de instituciones educativas estatales y

particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados que se encuentran indican que hay una correlación positiva media entre el conocimiento y la autopercepción del riesgo, es decir que cuando el conocimiento adecuado es mayor, éste incide en que también se incremente la autopercepción del riesgo. Estos resultados son compatibles con los encontrados por Jimena (2010) cuando detectó que un alto índice de estudiantes se encuentra en riesgo con respecto al VIH/SIDA, debido a que poseen un escaso nivel de información, añadiendo a ello que tienen una baja autopercepción de riesgo. De igual manera, los resultados son compatibles con los encontrados por Vásquez (2015) determinando que existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre la transmisión sexual – ITS y las practicas preventivas. Asimismo, Castillo, Ramírez, Silva, Caballero y Arrieta (2017), demostraron que los pocos conocimientos sobre el VIH/SIDA aumentan la probabilidad de contraer la infección.

Sin embargo, se difiere de los resultados hallados por Bolaños (2016) quien concluyó que no existe relación significativa entre el conocimiento sobre salud sexual con el comportamiento sexual de riesgo, por lo que se deduce, que tener un mejor conocimiento sobre salud sexual no implica necesariamente la abstención de prácticas de riesgo sexual. De igual manera, Uribe y Orcasita (2009) encontraron que, si bien el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA es alto, no se protegen ante las ITS, lo cual hace que se constituya en un grupo muy vulnerable. En la misma línea Escudero (2016) no encontró una relación significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y el uso del preservativo en estudiantes varones de quinto año de secundaria, al considerarse la falta del uso del condón como un factor de riesgo en la adquisición del VIH. Al respecto

Espada, Quiles y Méndez (2003) sostienen que las deficiencias en los conocimientos y las creencias erradas sobre la sexualidad son las principales causas de los comportamientos de riesgo. En ese orden de ideas, Di Clemente, Crosby y Wingood (2002) manifiestan que las ideas erróneas sobre el VIH/SIDA en los adolescentes es uno de los factores que inciden en los comportamientos de riesgo respecto al contagio por el VIH. Lo que se explica a través de lo que sostiene Piaget (1968) al considerar que en la adolescencia si bien se produce un incremento de las habilidades cognitivas, razonando de un modo abstracto, sin embargo, todavía hay menor madurez emocional, por lo que hay una mayor tendencia a cometer errores cognitivos, destacando el deseo de vivir nuevas experiencias, conflictos y presiones a consecuencia de la adaptación a los cambios. Sin embargo, la muestra estudiada estaría demostrando una coherencia entre la madurez cognitiva y la madurez emocional.

En la primera hipótesis específica se plantea que existe una relación significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la susceptibilidad de contraerlo en los estudiantes de 5to año de educación secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados encontrados aluden a que hay una correlación positiva media entre ambas variables, de donde se infiere que, si el conocimiento sobre el VIH/SIDA es mayor, este incidirá también en una mayor percepción de susceptibilidad de contraerlo; por cuanto el grupo revela una vulnerabilidad percibida al haber internalizado las consecuencias negativas de las conductas sexuales de riesgo relacionadas con el VIH/SIDA; como señalan Lameiras, Rodríguez y Dafonte (2002), si una persona se percata del riesgo

ante una situación determinada, eludirán esa conducta de riesgo, a pesar de las consecuencias placenteras a corto plazo y las creencias culturales que tenga el grupo sobre la infección.

Estos resultados son similares al hallazgo que tuvieron Lázaro y Soplin (2012) en un estudio para establecer si existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sexual sobre el VIH/SIDA en escolares de 5to año de secundaria de la ciudad de Tarapoto, concluyendo que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sexual respecto al VIH/SIDA en los escolares de la muestra. Sin embargo, el estudio realizado por Cabrera y Jara (2013) difiere con estos resultados al concluir que no existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes, de manera que no es necesario tener un buen nivel de conocimientos para asumir una actitud positiva hacia el VIH/SIDA. En ese sentido, Uribe y Valderrama (2009) concluyeron que para que los escolares adolescentes asuman menos conductas de riesgo frente al VIH/SIDA deben contar con mayores conocimientos adecuados sobre la infección.

En la segunda hipótesis específica, se expone que existe una relación significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia para contraerlo en los estudiantes de 5to año de educación secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados hallados indican que existe una correlación positiva media entre ambas variables; por lo que se infiere que a mayor conocimiento sobre el VIH/SIDA se producirá una mayor autoeficacia para prevenirlo. En ese sentido, algunos estudios revelan que a medida que aumentan los conocimientos sobre el VIH/SIDA aumenta la percepción de

autoeficacia, conductas que incluyen habilidad para no tener relaciones sexuales sin protección, para hablar con el compañero sexual sobre las relaciones anteriores y habilidad para adquirir y usar el preservativo (López, 1996). Al respecto Villegas, Ferrer, Cianelli, Lara y Peragallo (2011) estudiaron si existe relación entre el conocimiento y la autoeficacia asociados al VIH/SIDA en mujeres chilenas en desventaja social, concluyendo que existe una débil correlación positiva entre los conocimientos y la autoeficacia. Resultados semejantes fueron encontrados por Arrasco y Gonzales (2012) en un estudio a fin de identificar los conocimientos y los comportamientos de prevención en relación a la infección por VIH/SIDA en estudiantes de 5to año de secundaria, mostrando que mayormente los estudiantes presentaron un nivel de conocimiento medio (74%) y un comportamiento preventivo adecuado (64,9%). Difieren de estos resultados el estudio realizado por Arroyo y Rojas (2010) sobre conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA en estudiantes de colegios mixtos urbano populares de Huancayo, habiendo hallado que el 52,41% no ha interiorizado la importancia del preservativo como factor de protección y el 61,54% de los estudiantes tienen conocimientos equivocados y poco precisos sobre el virus del VIH como causante del SIDA. En ese sentido, Necchi y Schuffer (1999) señalan que existen factores que dificultan el uso del preservativo, entre otros las creencias erróneas y la carencia de habilidades necesarias para implementar su uso. Al respecto en el estudio realizado por García, Méndez, Gutiérrez, Pérez y Aranda (2011) al describir actitudes hacia el uso del preservativo en la prevención del VIH/SIDA en los estudiantes de medicina de una universidad de Cuba, encontrando que la mayoría emitió criterios de aceptación hacia su uso, sin embargo, no lo usaban en su actividad

sexual. Asimismo, García (2005) encontró que la mayoría de adolescentes (15 a 19 años) de las ciudades de Lima, Huancayo e Iquitos no usaban preservativo porque vivían sus relaciones sexuales de manera espontánea, con dificultad para superar la vergüenza para comprarlo y temor de pedir a su pareja que acepte utilizarlo.

En la tercera hipótesis específica, se plantea que existen diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados muestran que no hay diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares. De esta manera se afirma, que los estudiantes de ambos tipos de colegios presentan similitud en los conocimientos sobre el VIH/SIDA, por cuanto esta no es una variable que los diferencie. De estos resultados, difiere Uribe (2005), cuando halló que los adolescentes que pertenecen a instituciones educativas particulares presentan mayor nivel de conocimiento correcto que los adolescentes que estudian en colegios públicos.

Se plantea la diferencia del conocimiento sobre el VIH/SIDA entre los estudiantes de ambos tipos de colegios, en la presunción de que la educación en nuestro país se ve favorecida en los colegios particulares, de acuerdo a la evaluación censal educativa del 2018 (Galdós, 2018), sin embargo, la evaluación se limita a habilidades académicas en las áreas de comprensión de lectura y matemáticas mas no a aspectos relacionados a la sexualidad. Los

resultados encontrados en esta muestra nos llevan a pensar en la existencia de otras variables, como la procedencia de la información que manejan los escolares respecto al VIH/SIDA, en ese sentido la descripción de la muestra indica el uso de internet como un medio al que recurren con frecuencia para obtener la información indicada, siendo el internet una herramienta utilizada con regularidad por los adolescentes tanto en colegios estatales como particulares.

En la cuarta hipótesis específica, se propuso que existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados encontrados muestran que no existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA entre los estudiantes de ambos tipos de instituciones educativas. En ese sentido el resultado revela que ambos grupos de estudiantes no difieren en la susceptibilidad a experimentar consecuencias negativas frente al VIH/SIDA, así como en la autoeficacia para prevenirlo.

En la quinta hipótesis específica, se propone que existen diferencias significativas en la susceptibilidad de contraer el VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de educación secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados demuestran que no existen diferencias significativas en la susceptibilidad de contraer el VIH/SIDA en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los

estudiantes de instituciones educativas particulares. Esto demuestra que no se establecen diferencias significativas en la vulnerabilidad percibida para contraer el VIH/SIDA entre los estudiantes que proceden de colegios particulares y estatales, por cuanto tienen la misma probabilidad de asumir o no conductas de riesgo frente a la infección. Estos resultados difieren del encontrado por Uribe (2005), cuando señala que los adolescentes que estudian en instituciones educativas privadas presentan mayor nivel se susceptibilidad que los estudiantes que estudian en colegios públicos.

En la sexta hipótesis específica se plantea que existen diferencias significativas en la autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de educación secundaria de instituciones educativas estatales y los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana. Los resultados que se encuentran muestran que no existen diferencias significativas en la autoeficacia para evitar el contagio del VIH/SIDA en los estudiantes de ambos tipos de instituciones educativas. Por tanto, no se establecen diferencias entre las dos muestras en la percepción de la competencia para desarrollar una conducta eficaz para prevenir el VIH/SIDA (López, 1996). Similar hallazgo reportó Uribe (2005) al no encontrar diferencias significativas en la autoeficacia entre adolescentes que estudian en colegios privados y los que estudian en colegios públicos.

La falta de diferencia significativa en la autopercepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA y sus componentes (susceptibilidad y autoeficacia) entre alumnos de colegios estatales y particulares, siendo aspectos asociados a la sexualidad de los adolescentes, reflejan que la percepción y vivencia de la vida

sexual es asumida con criterios semejantes, donde no es relevante las diferencias económicas o sociales.

En cuanto a los resultados complementarios estos se presentaron en función a las dos variables. En relación a la variable del conocimiento correcto y su relación con el género, se encontró que no existen diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA entre estudiantes hombres y mujeres de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales y particulares, lo que nos conduce a aseverar que en la muestra estudiada tanto los hombres como las mujeres tienen las mismas oportunidades para acceder a la información relativa al VIH/SIDA. Resultado similar fue encontrado por Uribe (2005) al no encontrar diferencias significativas en función del sexo en el conocimiento correcto.

En cuanto a la relación del conocimiento con el tipo de convivencia de los estudiantes (personas con quienes conviven: con ambos padres, un solo padre, ningún padre), los resultados indican que no se observan diferencias significativas en el conocimiento de los estudiantes de 5to año de secundaria, que viven con ambos padres en comparación con los estudiantes que viven con uno o ningún padre, de donde se puede deducir que la presencia de los padres y su rol correspondiente como medios educadores de la sexualidad asociado al conocimiento sobre el VIH/SIDA no son determinantes en la adquisición de estas habilidades, ya que la muestra evidencia un conocimiento semejante, con la presencia de ambos padres, un padre o ausencia de ambos padres.

En lo concerniente a la variable conocimiento y su relación con la religión (católica y no católica), no se encuentran diferencias significativas en el

conocimiento sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes católicos de 5to año de secundaria en comparación a los estudiantes no católicos, de donde se puede deducir que la religión no es un factor que este determinando el conocimiento sobre la infección en esta muestra.

Continuando con los resultados complementarios, cuando se relaciona la variable autopercepción del riesgo en la adquisición del VIH/SIDA con el género de los estudiantes de 5to año de secundaria, se encuentra que no existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo entre los estudiantes hombres y mujeres que conforman la muestra. En ese mismo sentido, Uribe (2005) no encontró diferencias significativas en la susceptibilidad en función al sexo. Al respecto, López y Moral (1999) en un estudio con adolescentes de 13 a 18 años sobre conductas sexuales de riesgo encontraron que las mujeres se perciben con mayor capacidad para rechazar la participación en conductas de riesgo, pero son los hombres quienes se perciben como más auto eficaces en el uso adecuado del preservativo. En ese mismo sentido, Uribe (2005) refiere que los varones adolescentes presentan mayor autoeficacia para el uso del preservativo que las mujeres adolescentes. Sin embargo, en otro estudio realizado por Uribe, Vergara y Barona (2009) encontraron que las adolescentes mujeres presentan mayor susceptibilidad frente al VIH/SIDA y de autoeficacia frente al uso del preservativo que los adolescentes varones, lo que las hace más proactivas en su proceso de prevención.

En lo que se refiere a la autopercepción del riesgo y su relación con el tipo de convivencia de los estudiantes (personas con quienes conviven: con ambos padres, un solo padre, ningún padre) no se encuentran diferencias

significativas en los estudiantes de 5to año de secundaria que viven con ambos padres en comparación con los estudiantes que viven con uno o ningún padre, por cuanto se infiere que la convivencia con los padres no se constituye en un factor importante para la formación de la autopercepción del riesgo.

En la relación de la autopercepción del riesgo sobre el VIH/SIDA con la religión que profesan los estudiantes de la muestra (católica y no católica), no se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes católicos y los no católicos. Es así que la religión no es un factor determinante en la formación de la autopercepción del riego sobre el VIH/SIDA. En los antecedentes revisados no se encontraron estudios similares que permitan comparaciones con otros estudios.

IN VERITATE LUMINIS AD AMORIS VITAM
SC
UNIFE

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se abordan las conclusiones que responden a los resultados de la investigación, de igual manera se presentan las sugerencias en pro del desarrollo de investigaciones con similar contenido.

6.1 Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos se efectúan las siguientes conclusiones:

1. Existe una relación positiva media y significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autopercepción del riesgo de contraerlo en los estudiantes de 5to año de educación secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

2. Existe una relación positiva media y significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la percepción de susceptibilidad de contraerlo en los estudiantes de 5to año de educación secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

3. Existe una relación positiva media y significativa entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia para prevenirlo en los estudiantes de 5to año de educación secundaria de instituciones educativas estatales y particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

4. No existen diferencias significativas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA que tienen los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

5. No existen diferencias significativas en la autopercepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA entre los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

6. No existen diferencias significativas en la susceptibilidad de contraer el VIH/SIDA en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

7. No existen diferencias significativas en la autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en los estudiantes de 5to año de secundaria de instituciones educativas estatales en comparación a los estudiantes de instituciones educativas particulares del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana.

6.2 Recomendaciones

En este apartado se presentan las sugerencias a partir de los resultados obtenidos en el estudio.

1. Incluir en los programas de prevención las variables susceptibilidad y autoeficacia para evitar el contagio del VIH/SIDA, que permita incrementar la percepción de riesgo y las intenciones del uso del preservativo en los adolescentes a fin de disminuir los riesgos de la infección.

2. A través de los medios de comunicación difundir las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo y su relación como el principal causante del VIH/SIDA, con la finalidad de adoptar conductas preventivas que permitan disminuir las conductas de riesgo sexual.

3. En los colegios estatales y particulares de Lima – Metropolitana, considerar dentro de la curricula de estudios el establecimiento de programas

preventivos integrales de educación sexual que brinde una información y comunicación abierta, pertinente y continua acerca de la sexualidad responsable enfatizando en las consecuencias negativas del inicio temprano de las relaciones sexuales, como: el embarazo no deseado, el aborto y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

4. Capacitación permanente a los docentes de colegios estatales y particulares, responsables de desarrollar las asignaturas sobre temas de sexualidad, poniendo énfasis en la prevención del VIH/SIDA.

5. Realizar estudios en otras instituciones educativas estatales y particulares de los demás distritos de la región, teniendo en cuenta otras variables de la autopercepción del riesgo en la prevención del VIH/SIDA, y profundizarlo con entrevistas cualitativas para así poder entender mejor esta problemática en los escolares de quinto año de secundaria, contribuyendo con el desarrollo de políticas de salud pública.

6. A las instituciones de salud de la localidad, promover una mayor participación en la educación sexual de los escolares, con mayor presencia en los colegios a través de programas de educación continua que fomenten una cultura de prevención, promocionando la salud con sexualidad responsable.

7. Sensibilizar a los padres de familia de su responsabilidad como los principales educadores sobre la sexualidad de sus hijos, con una participación que fomente la comunicación abierta, clara y sin prejuicios sobre la salud sexual, evitando que los adolescentes acudan a fuentes de información equivocada.

8. Efectuar investigaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en adolescentes, con una muestra mayor con el fin de obtener resultados más confiables y generalizables.

IN VERITATIS LUMINE AD AMORIS VITAM
SC
UNIFE

REFERENCIAS

Aliño, M., López, J. y Navarro, R. (2006). Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. *Revista cubana de medicina general integral*. *Vol. 22* (1). Cuba.

Álvarez, J. (2012). Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Revista CES Salud Pública*, *3*(1), 28-37.

Arrasco, J. y Gonzales, J. (2012). *Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas preventivas sobre infecciones de transmisión sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo. Junio - agosto 2012*. Recuperado de http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_81_Binder1.pdf

Arroyo, K. y Rojas, S. (2010). *Conocimiento y actitudes frente al VIH/SIDA en los estudiantes de los colegios mixtos urbano populares del distrito de El Tambo: 2009* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú.

Ayamani, P. (2018). *Clima socio familiar, actitudes hacia la sexualidad y motivación académica de los estudiantes de 4to. Y 5to. de secundaria del distrito de Tamburco – Abancay, 2014.* (Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Lima, Perú). Recuperado el 20 de mayo del 2019 de http://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/1663/TD%20PE%201648%20A1%20%20Ayamamani%20Collanqui.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ballester, R., Gil, M., Ruíz, E. y Giménez, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del SIDA: la influencia del género. *Anales de Psicología, 29*, 76-82.

Banda, O. (2012). *El significado de La sexualidad en adolescentes de CD. Victoria, Tamaulipas. México: Aproximación cualitativa con enfoque de género* (Tesis doctoral, Universidad de Alicante de España). Recuperado el 04 de abril el 2019 de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/28678/1/Tesis_Banda_Gonzalez.pdf

Barella, J., Mesa, I. y Cobeña, M. (2002). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. *Medicina de Familia (Andalucía), 3(4)*. 255-260.

Basulto, E., Machado, E y Medina, A. (2012). *Intervención educativa sobre las ITS/SIDA en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1*. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181522730013

Benito, A., Aparicio, M., Briones, A. y Espinel, E. (1999). Factores cognitivos y estrategias de prevención de las conductas sexuales de riesgo

(enfermedades de transmisión sexual, sida y embarazos no deseados) en los adolescentes. *Re. Psicológica Educativa (España), 5(1),* 41-53.

Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Uribe, A. F. (2005*). Adaptación al colombiano de la escala VIH-65*. Granada: Universidad de Granada

Bermúdez, M., Buela-Casal, G. y Uribe (2005). *Teenage as a risk factor for the infection of HIV, Progress in AIDS Research Nova Science Publishers.* New York: : En A.P. Liberman (Ed.).

Bermúdez, M., Sánchez, A. y Buela-Casal, G. (2003) Factores Psicológicos asociados con la infección del VIH. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana,* 18, 83-92.

Blanco, M., Orejarena, Y. (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad en estudiantes universitarios de Colombia: Revisión sistemática de la literatura.* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Bolaños, O. (2016). *Conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes de 5to. grado de educación secundaria, Institución educativa Erasmo Roca. Chimbote, 2015.* (Tesis de Maestía). Universidad Católica Los Angeles de Chimbote. Chimbote, Perú.

Cabrera, N., Jara, N. (2013). *Conocimiento y actitudes acerca del VIH/SIDA en adolescentes de educación secundaria de las instituciones públicas y privadas, Jaen, 2012.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Cajamarca. Jaen, Perú.

Cañas, C., Meñendez, C., Tápanes, F., y Castillo, F. (2012). *Intervención Educativa sobre el VIH con adolescentes de la escuela militar Camilo Cienfuegos‖ de Arroyo Arenas*. Rev. cuba. med. trop;64(1):43-48. Recuperado de http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=615578&indexSearch=ID

Carrillo, R., Pavón, K., y Muñoz, M. (2010). *Nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención del VIH-SIDA en los alumnos del colegio Nacional San Camilo de la ciudad de Quevedo.*

Castillo, Y.,Ramírez, J., Silva, K., Caballero, M. y Arrieta, K. (2017). Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes de Cartagena, Colombia. *Rev Univ. Salud, 19 (1) 26-36.* Recuperado el 23 de setiembre del 2018 de http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.66

Corona, F. y Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Rev. Med. Clin. Condes, 22 (1) 68-75.* Recuperado el 2 de junio del 2,018 de https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703947

Cueto, S.; Saldarriaga, V. y Muñoz, I. (2011). *Conductas de riesgo entre Adolescentes Peruanos: Un enfoque longitudinal.* Recuperado el 2 de junio del 2018 de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20120223052104/30_cueto_saldarriaga_munoz.pdf

Chirinos, J., Bardales, O., Segura, M. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú*. Cad. Saúde Pública*, *Rio de Janeiro, 22(1),* 70 -85.

Daly, G. (2015). San Martín de Porres: el tenaz distrito que mueve a Lima. Recuperado de https://elcomercio.pe/lima/san-martin-porres-tenaz-distrito-mueve-lima-366035

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU. (2017) *INFO SIDA.* Recuperado de https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih

Díaz, C., Cantillo, L., García, K. y Martínez, L. (2014). *Conocimientos sobre vih/sida en Adolescentes*. Revista *Hacia la Promoción de la Salud*, *19(2*), 32-52.

Diaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología, 35*, 25-39.

DiClemente, R., Crosby, R. y Wingood, G. (2002). La prevención del VIH en adolescentes: Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas, 32,* 23-50.

DGE – MINSA (2018) *Situación del VIH/SIDA en el Perú. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud.*

Escudero, K. (2016). *Nivel de Conocimientos sobre VIH/SIDA y uso de condón en escolares varones de quinto año de secundaria de la institución educativa pública San Juan, 2015.* (Tesis de Bachillerato). Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.

Espada, J., Quiles, M. y Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo, 85*, 1-12.

Espinoza, I., Acatitla, A. y Torres, I. (2018). Evaluación de la susceptibilidad y autoeficacia ente el VIH/sida en profesionales de estomatología. *Revista información científica, 98*, 67-68.

Fuentealba, E. (2007). *Funcionamiento familiar: su relación con la percepción de seguridad de los adolescentes y el desarrollo de conductas de riesgo sexual.* (Tesis de Licenciatura, Universidad Austral de Chile). Recuperado el 3 de junio del 2017 de http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmf954f/sources/fmf954f.pdf

Galdós, H. (2018). *Instituciones educativas privadas versus estatales y la ECE 2018.* Recuperado el 14 de enero del 2019 de https://prensaregional.pe/instituciones-educativas-privadas-versus-estatales-y-la-ece-2018.

García, P. (2005). *Estudio diagnóstico en adolescentes en el Perú: comportamientos sexuales y acceso al condón*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

García, A. (2005). Educación y prevención del SIDA*. Anales de Psicología, 21,* 50-57.

García, N., Méndez, G., Gutiérrez, A., Pérez, J. y Aranda, R. (2011). Actitudes hacia el uso del condón masculino para la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de medicina. *Revista Ciencias médicas de Pinar del Río.Vol.15* (3). Recuperado el 31 de octubre del 2017 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300005

Gómez, A. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, 2011. Lima , Perú.* (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3083/Gomez_ma.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gómez, E. y Cogollo, Z. (2011). *Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia*.

González, M. (2010). *Sexualidad adolescente.* Departamento de Adolescencia "Ser Joven", Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado el 4 de mayo del 2018 de *http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1919*

Gonzales, N., Abad, J. y Levy, J.P. (2006). *Normalidad y otros supuestos en análisis de covarianzas.* En Levy, J. Ed. Modelización con estructuras de covarianzas, Netbiblio. La Coruña (31-57). Recuperado el 5 de mayo del 2019 de http://gide.unileon.es/admin/UploadFolder/covarianzas.pdf

Guía Campaña Prevención VIH - SIDA. (2005-2006). *Guía de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA.* Recuperado de http://www.siloejerez.org/documentos/Guia%20de%20prevencion.pdf

Güidano, V. (1994). *El símismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista.* . Ediciones Paidos.

Henao, O. (2014). Factores de riesgo y protectores en las prácticas y comportamientos sexuales de los estudiantes de pregrado presencial en una universidad de la ciudad de Manizales. *Revista Universidad y salud, Vol. 16 (1),* 82-92. Recuperado el 31 de octubre del 2017 de http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v16n1/v16n1a08.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (10ma ed). México D.F., México: McGraw Hill.

Holguín, Y., Mendoza, L. y Esquivel, C. (2013). *Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tulua,* Colombia. Recuperado el 20 de octubre del 2017 de: http://doi.org/10.4067/S0717-75262013000300007

HHS.Gov – Departamento de Salud y Servicios Humanos. (2016) *Relaciones sexuales anales y el riesgo de VIH*. Recuperado el 10 de mayo de 2017, de https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/analsex.html

Jimena, M. (Abril de 2010). L*os adolescentes y el vih/sida. Conductas de riesgo en* la actualidad. Recuperado el 2 de junio del 2017 de, https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/10483/restricted-resource?bitstreamId=27298

Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema, 14*, 255-261.

Lamotte, J. (2014). Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *MEDISAN, Vol. 18*(7). Recuperado el 2 de julio del 2017 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015

Lazaro, A. y Soplin, E. (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sexual ligada al VIH/SIDA en estudiantes del 5to. año de secundaria de la I.E. Juan Jimenez Pimentel Tarapoto.* (Tesis para título profesional, Universidad Nacional de San Martín). Recuperado de http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1580/ITEM@11458-579.pdf?sequence=1

López, F. (1996). *SIDA, Comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a 19 años*. Universidad Autónoma de Nuevo León. México, D.F.

López F. y Moral, J. (1999). Sexo, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. *Centro de investigaciones Universidad Autónoma de Nuevo León. México.* Recuperado el 10 de noviembre del 2017 de: https://previa.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista16/16_12.pdf

Macintyre, K., Rutenberg, N., Brown, R. y Karim, A. (2004). Understanding perceptions of HIV risk amon adolescents in KwaZulu-Natal. *AIDS and Behavior, 8*, 237 -250.

Mas, E. (2004). *Conductas de Riesgo y Concimiento sobre VIH/SIDA en Adolescentes de escuelas de nivel medio de gestión estatal y privada de la Universidad de Buenos Aires*. Universidad Argentina Jhon F. Kennedy.

MINSA. (2017). *Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín epidemiológico mensual.* Recuperado el día 04 de diciembre del 2017 de. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2017/marzo.pdf

MINSA (2019). *Situación epidemiológica del VIH/Sida en el Perú. Boletín mensual diciembre 2019.* Recuperado el 05 de mayo del 2020 de https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=362&Itemid=362

MINSA (2020). *Situación epidemiológica del VIH/Sida en el Perú*. Recuperado en abril del 2020 de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2020/febrero.pdf

Mora, C. (2009). *Vulnerabilidad al VIH/SIDA: sociabilidad y trayectorias de mujeres con prácticas homoeróticas en Rio de Janeiro*. (Tesis doctoral). Instituto de Comunicaciones e información científica y tecnológica. Río de Janeiro, Brasil.

Moreno, M., Vacas, C. y Roas, J.M. (2000). Relaciones entre situación familiar, clima social y adaptación en adolescentes. *Boletín de Psicología, 68*, 75-88

Necchí, S. y Schufer, M. (1999). Iniciación sexual y anticoncepción en el adolescente varón de la ciudad de Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Pediatría, 97(2),* 101-108.

OMS. (2005) *Etapas clínicas provisionales del VIH y el sida y definiciones de caso para la vigilancia de la OMS.* Recuperado el 17 de Mayo de 2017, de http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf

OMS. (2014) *Diez datos sobre el VIH/SIDA.* Recuperado el 2 de junio del 2017 de, http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/

OMS. (2016) *VIH/SIDA, notas descriptivas*. Recuperado el 01 de julio del 2019 de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/

ONUSIDA (2005). *Situación de la epidemia del SIDA. Informe especial sobre la prevención del VIH. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) Organización Mundial de la Salud (OMS). Versión española, diciembre de 2005.*

ONUSIDA (2010). Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de Sida 2010.

ONUSIDA. (2014). *La epidemia mundial del SIDA – datos claves mundiales.* Recuperado el 20 de junio del 2017, de http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet.

ONUSIDA (2015). *Hoja Informativa – últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA.* Recuperado el 17 de mayo del 2017, de www.unaids.org/es/resources/fact-sheet

ONUSIDA (2017). *Hoja Informativa – últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida.* Recuperado el 4 de diciembre del 2017 de http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet

OPS (2009). *Programa contra la infección por el VIH/sida*. Recuperado el 1 de julio del 2017 de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION_ESTADIFICACION2.pdf

Palma, K. y Nantua, M. (2012). Percepción de riesgo de infección por VIH entre adolescentes embarazadas en el Distrito Federal de Brazil. *Revista ciencia y enfermería XVIII, (2)*: 51-64.

Paniagua, F.A., (2005). *Evaluation of knowledge, attitudes, susceptibility and self-efficacy of adolescents about HIV/AIDS and its relation with psychopathologic variables. 9th European Congress of Psychology.* Granada (España).

Paniagua, F., O'Boyle, M., Dineen, K., Ramírez, S., Holmes, W., Nieto, F. y Smith, E. (1994). AIDS-Related Ítems for Developing an AIDS Questionnaire for Children and Adolescents, *Journal of Adolescent Research, 9(*3), 311-339.

Paricio, D. (2013) *Prácticas sexuales de riesgo – VIH/SIDA Entrevista con David Paricio.* Recuperado el 1 de Junio de 2017, de http://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?Practicas-sexuales-de-riesgo-VIH-SIDA-Entrevista-con-David-Paricio

Piaget, J. (1968). *Los estadios del desarrollo intelectual del niño y del adolescente*. Editorial Revolucionaria. La Habana.

Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA [Página principal en Internet]. *Ciudad de la Habana: Centro nacional de Información de Ciencias Médicas; 2008.* [updated 30 Oct 2008; cited 30 Oct 2008] [aprox. 10p]. Avaidable from: http://www.sld.cu/servicios/sida/temas.php?idv=925.

Pulido, M., Carazo. V., Gonzales, G., Coronel, M. y Vera, F. (2011). Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y educación, vol. 13* (1). Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80218382002.

Rafael, M. (2016). *Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el período febrero 2016* (Tesis de Título Profesional). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Reyes, M. y Pun, M. (2013). *Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú.* Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/ASISVIH2013.pdf

Roa, J. (2006). *Percepción de riesgo sobre el VIH/SIDA en adolescentes entre 14 – 19 años del Liceo naval de Chaitén, Décima Región. Año 2005.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Roca Goderich, R. (2002). *Temas de medicina INTERNA*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. SIDA., M. V. (s.f.).

Rojas, R. (2011). *Relación entre conocimientos sobre salud sexual y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria I.E.M. Nuestra Señora de Monserrat, Lima 2010*. (Tesis de Licenciatura). Universidad nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Romero de Castilla, R., Lora, M. y Cañete, R. (2001). Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Atención primaria, 27(1),* 12-17.

Sánchez, H., Reyes, C. (2006). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica (3ra.edición).* Lima, Edit. Mantaro.

Suárez, J., Naranjo, L. (2002). *Transmisión vertical del VIH/SIDA*. Vitae: Academia Biomédica Digital. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6472551

Theron, A., Roodin, P. y Gorman, B. (1998). *Psicología evolutiva*. Madrid: Pirámide.

Terrones, S., Hernández, M. (2017). *Nivel de autoestima y conductas sexuales de riesgo en los estudiantes de 4to. Y 5to. Grado de secundaria de la institución educativa San Martín de Porres, Cayaltí – Chiclayo, 2016.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Unión. Chiclayo, Perú.

Uribe, A. F. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/Sida en adolescentes colombianos.* Tesis Doctoral, Universidad de Granada, España.

Uribe, A., Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali – Colombia. *Revista virtual Universidad Católica del Norte* N° 27, (mayo-agosto de 2009), Colombia. Recuperado el 07 de noviembre del 2017 de http://revistavirtual.ucn.edu.co/

Uribe, A., Orcasita, L. y Vergara, T. (2009). Factores de Riesgo para infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología 13* (1), 11-24.10

Uribe, A., Valderrama, L., Sanabria, A., Orcasita, L. y Vergara, T. (2009). *Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos*. Pensamiento Psicológico, Vol. 5, N°12, 2009, pp. 29-44. Recuperado el día 15 de abril del 2019 de http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/103/0

Uribe, A., Vergara, T. y Barona, C. (2009). *Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en adolescentes de Cali – Colombia*. Recuperado el día 15

de abril del 2019 de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20131127015235/art.AnaFernandaUribe.pdf

Van del Pligt, R. (1998). Perceived risk and vulnerability as predictors of precantionary behaviour. *British Journal of Health Psychology, 3*, 1-14.

Vásquez, E. (2015). *Conocimientos y prácticas sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual en los estudiantes de la unidad educativa general Córdova del distrito educativo 02 circuito C05.06 en el período Julio-Noviembre 2014*.Recuperado de http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9432/1/tesis%20erika%20fernanda%20vasquez%20cherrez.pdf

Vega, A., Lacoste, J. (1995). *Niños, adolescentes y SIDA: Problemática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro.

Villegas, N., Ferrer, L., Cianelli, R., Miner, S., Lara, L. y Peragallo, N. (2011). *Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas*. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 224-228.

IN VERITATIS LUMINE AD AMORIS VITAM
SC
UNIFE

APÉNDICE

APENDICE A: Autorización de autor.

APENDICE B: Cuestionario de información general.

APENDICE C: Autorización de las instituciones donde se realizó la investigación

APENDICE D: Consentimiento informado.

APENDICE E: Asentimiento informado.

APENDICE F: Confiabilidad del instrumento aplicado.

IN VERITATE LUMINE AD AMORIS VITAM
SC
UNIFE

APÉNDICE A

AUTORIZACION DE AUTOR

Por medio del presente declaro, que la PhD. Ana Fernanda Uribe Rodríguez, autoriza para esta investigación el uso del instrumento Escala VIH/SIDA-65 en su calidad de autora de la adaptación a la población colombiana, autorización que se realiza a través de correo electrónico de fecha 3 de noviembre del 2020, dando respuesta a la solicitud que se le remite por correo electrónico de fecha 30 de octubre del 2020. Asimismo, cabe señalar que se tiene guardado el correo electrónico que respalda dicha autorización.

Lic. Neri Amanda Mejía Vidal

APÉNDICE B

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN GENERAL

Edad: _____Sexo: Varón_____ Mujer _____Grado escolar: _____

Nombre del colegio: _____

Marcar tipo de colegio: Pública: _____ Privada: _____

1. Por favor marca con un aspa (X) las personas con quienes vives actualmente.

A) PAPÁ

B) MAMÁ

C) HERMANOS

D) ABUELOS

E) TÍOS

F) PRIMOS

G) AMIGOS

H) SOBRINOS

I) OTROS

2. ¿Cuál es tu religión?

A) NINGUNA

B) CATÓLICA

C) JUDÍA

D) MORMONA

E) MUSULMANA

F) EVANGÉLICA

G) OTRA: _____

3. El conocimiento que tienes sobre el VIH/SIDA la has obtenido de:

(marca con un aspa "X")

A) Programas televisivos

B) Programas de radio

C) Artículos de revistas

D) Artículos de periódicos

E) Carteles en la calle

F) Carteles en el bús, tren o carro

G) Padres de

H) Parientes (miembros de la familia)

I) Folletos distribuidos en la calle

J) Folletos distribuidos en el colegio.

K) Internet

L) Charlas en el colegio

M) Organizaciones comunitarias

N) Amigos/ conocidos

O) Folletos elaborados por las autoridades de Salud.

IN VERITATIS LUMINE AD AMORIS VITAM
SC
UNIFE

APÉNDICE C

AUTORIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN.

Lima, 06 de Setiembre del 2017

Director de la Institución Educativa “A”

Presente. -

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y presentarme como tesista de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón – UNIFË.

Actualmente me encuentro realizando una investigación titulada: “Conocimiento sobre el VIH/SIDA y autopercepción del riesgo de su adquisición en escolares de quinto año de secundaria del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana”.

En tal sentido, siendo necesario la aplicación del instrumento para recoger información sobre las variables que se desea medir, como son: conocimiento y autopercepción de riesgo sobre el VIH/SIDA, en la población de 5to año de secundaria, por considerarse según las estadísticas de salud que en este grupo de edad hay un alto riesgo en el contagio de esta enfermedad.

En razón a lo expuesto solicito su autorización para la aplicación del cuestionario a los alumnos de 5to año de secundaria del colegio que usted dirige, asimismo comprometerme a brindarle la información sobre los resultados de este estudio.

Agradeciendo de antemano su gentil colaboración, aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi más alta estima.

Atentamente,

_____

Neri Amanda Mejía Vidal

Tesista de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

Lima, 13 de Setiembre del 2017

Directora del Colegio “B”

Presente. -

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y presentarme como tesista de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón – UNIFE.

Actualmente me encuentro realizando una investigación titulada: “Conocimiento sobre el VIH/SIDA y autopercepción del riesgo de su adquisición en escolares de quinto año de secundaria de Lima y Callao.”

En tal sentido, siendo necesario la aplicación del instrumento para recoger información sobre las variables que se desea medir, como son: conocimiento y autopercepción de riesgo sobre el VIH/SIDA, en la población de 5to año de secundaria, por considerarse según las estadísticas de salud que en este grupo de edad hay un alto riesgo en el contagio de esta enfermedad.

En razón a lo expuesto solicito su autorización para la aplicación del cuestionario a los alumnos de 5to año de secundaria del colegio que usted dirige.

Agradeciendo de antemano su gentil colaboración, aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi más alta estima.

Atentamente,

Lic. Neri Amanda Mejía Vidal

Tesista de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

Lima, 05 de Setiembre del 2017

Directora del Colegio “C”

Presente. -

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y presentarme como tesista de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón – UNIFË.

Actualmente me encuentro realizando una investigación titulada: “Conocimiento sobre el VIH/SIDA y autopercepción del riesgo de su adquisición en escolares de quinto año de secundaria del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana”.

En tal sentido, siendo necesario la aplicación del instrumento para recoger información sobre las variables que se desea medir, como son: conocimiento y autopercepción de riesgo sobre el VIH/SIDA, en la población de 5to año de secundaria, por considerarse según las estadísticas de salud que en este grupo de edad hay un alto riesgo en el contagio de esta enfermedad.

En razón a lo expuesto solicito su autorización para la aplicación del cuestionario a los alumnos de 5to año de secundaria del colegio que usted dirige, asimismo comprometerme a brindarle la información sobre los resultados de este estudio.

Agradeciendo de antemano su gentil colaboración, aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi más alta estima.

Atentamente,

Neri Amanda Mejía Vidal

Tesista de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

Lima, 11 de Setiembre del 2017

Directora del Colegio “D”

Presente. -

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y presentarme como tesista de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón – UNIFË. Asimismo, soy madre de familia de una alumna de 1ro. de secundaria del colegio que usted dirige.

Actualmente me encuentro realizando una investigación titulada: “Conocimiento sobre el VIH/SIDA y autopercepción del riesgo de su adquisición en escolares de quinto año de secundaria del distrito de San Martín de Porres – Lima Metropolitana”.

En tal sentido, siendo necesario la aplicación del instrumento para recoger información sobre las variables que se desea medir, como son: conocimiento y autopercepción de riesgo sobre el VIH/SIDA, en la población de 5to año de secundaria, por considerarse según las estadísticas de salud que en este grupo de edad hay un alto riesgo en el contagio de esta enfermedad.

En razón a lo expuesto solicito su autorización para la aplicación del cuestionario a los alumnos de 5to año de secundaria del colegio que usted dirige, asimismo comprometerme a brindarle la información sobre los resultados de este estudio.

Agradeciendo de antemano su gentil colaboración, aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi más alta estima.

Atentamente,

_____

Neri Amanda Mejía Vidal

Tesista de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

APÉNDICE D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, …….

Identificado con DNI N°……, expreso mi consentimiento para que mi hijo(a) ……. participe del estudio denominado "CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DEL RIESGO DE SU ADQUISICIÓN EN ESCOLARES DE LIMA METROPOLITANA", dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo.

Hago constar por este medio mi consentimiento, en pleno uso de mis facultades firmo la presente.

……

Firma del padre, madre o tutor(a)

APÉNDICE E

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ……

Identificado con DNI N°……, he recibido la información suficiente acerca del estudio "CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DEL RIESGO DE SU ADQUISICIÓN EN ESCOLARES DE LIMA METROPOLITANA". He comprendido de qué se trata mi participación y del manejo que se dará a la información que brinde, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y fueron resueltas todas mis dudas e inquietudes oportunamente.

Hago constar por este medio mi participación voluntaria, en pleno uso de mis facultades, firmo la presente.

……

Firma del participante

APÉNDICE F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO APLICADO

1. Confiabilidad para el Instrumento Conocimiento:

Tabla 1
Conocimiento correcto.

Preguntas	Promedio	Desviación Estándar	Correlación Ítem - total
P1: Las prostitutas tienen un alto riesgo de contraer el virus del SIDA	0,95	0,217	0,28
P3: Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo jeringas con un drogadicto que tiene la enfermedad	0,90	0,299	0,29
P4: Se pueden transmitir el virus del SIDA a través del semen	0,80	0,404	0,29
P5:Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del SIDA evitando las relaciones sexuales	0,67	0,471	0,20
P7: Hombres con el virus del SIDA pueden infectar a las mujeres	0,95	0,217	0,31
P8: El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida de la persona	0,96	0,206	0,09
P9: Recibir una transfusión de sangre infectada con el virus del SIDA puede transmitirle a una persona el virus del sida	0,90	0,307	0,41
P10:Las mujeres con el virus del SIDA pueden infectar a los hombres	0,92	0,267	0,39
P11:Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA no teniendo relaciones sexuales	0,65	0,477	0,28
P14:El virus del SIDA se puede transmitir a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer	0,90	0,299	0,22
P24:Las personas con el virus del SIDA están más propensas a contraer otras enfermedades	0,73	0,445	0,45
P25:Los hijos de una madre con el virus del SIDA corren mayor riesgo de contraer el sida	0,80	0,404	0,33
P26: En la actualidad, no hay cura	0,70	0,485	0,23

conocida para el SIDA			
P27:Una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de la enfermedad	0,52	0,501	0,29
P28: Las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermas	0,46	0,500	0,40
P32: El virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infeccionesP33:Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal	0,75	0,436	0,45
P33: Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal	0,49	0,501	0,33
P36: El virus del SIDA puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales	0,57	0,497	0,44
P37: Los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el virus del SIDA	0,38	0,488	0,23
P40: Se puede contraer el SIDA a través de alguien que está infectado, aunque no manifieste ningún síntoma de la enfermedad	0,63	0,485	0,43
Alfa de Cronbach = 0,749			

*p < 0,05
n = 182

En la tabla 1, se aprecia que las correlaciones ítem-total varían entre 0,09 y 0,45, con un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,749. En consecuencia, los ítems 1,3,4,5,7,8,9,10,11,14,24,25,26,27,28,32,33,36,37 y 40 confirman la confiabilidad para el conocimiento correcto.

2. Confiabilidad para el instrumento Autopercepción del Riesgo

Tabla 2
Confiabilidad para el primer componente: Susceptibilidad

Preguntas	Promedio	Desviación Estándar	Correlación Ítem- test
P43:No soy el tipo de persona que	0,27	0,445	0,29

pueda contraer el virus del SIDA			
P44:No me preocupa la posibilidad de contraer el virus del SIDA	0,73	0,445	0,28
P53:Creo que puedo contraer el SIDA	0,14	0,351	0,08
P58:Me preocupa contraer el virus del SIDA	0,75	0,433	0,25
P65:Creo que solo los homosexuales hombres deberían preocuparse del virus del SIDA	0,69	0,465	0,17
Alfa de Cronbach = 0,416			

*p < 0,01
n = 182

En la tabla 2, se aprecia que las correlaciones ítem-total varían entre 0,08 y 0,29, con un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,416. En consecuencia, los ítems 43,44,53,58 y 65 confirman la confiabilidad para el primer componente: Susceptibilidad

Tabla 3
Confiabilidad para el segundo componente: Autoeficacia

Preguntas	Promedio	Desviación Estándar	Correlación Ítem - test
P41:Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que use un condón	0,86	0,345	0,38
P47:Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente	0,46	0,500	0,22
P52:Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya	0,73	0,448	0,38
P54:Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una pareja bisexual	0,52	0,501	0,41
P55: Soy capaz de llevar condón por si decido tener relaciones sexuales	0,79	0,408	0,43
Alfa de Cronbach = 0,601			

*p < 0,01
n = 182

En la tabla 3, se aprecia que las correlaciones ítem-total varían entre 0,22 y 0,43, con un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,601. En consecuencia, los ítems 41,47,52,54 y 55 confirman la confiabilidad para el segundo componente: Autoeficacia.

2. **Confiabilidad para el instrumento Autopercepción del riesgo:**

Tabla 4

Confiabilidad para el instrumento: Autopercepción del riesgo

Preguntas	Promedio	Desviación Estándar	Correlación Ítem - test
Dimensión Susceptibilidad	2,5824	1,17587	0,32
Dimensión Autoeficacia	3,3571	1,37818	0,32
Alfa de Cronbach = 0,485			

*p < 0,05
n = 182

En la tabla 4, se aprecia que la correlación ítem-total es 0,32, con un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,485, con lo que se confirma la confiabilidad para el instrumento autopercepción del riesgo.

IN VERITATE LUMINA DAMUS VITAM
SC
UNIFE