

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**NIVEL DE INFORMACIÓN Y ACTITUDES FRENTE AL VIH/SIDA Y
SU PREVENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA E.A.P. DE
PSICOLOGÍA, UNHEVAL HUÁNUCO - 2015**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Lavado Llanos, Eyquem Willbert

HUÁNUCO – PERÚ

2016

**NIVEL DE INFORMACIÓN Y ACTITUDES FRENTE AL VIH/SIDA Y
SU PREVENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA E.A.P. DE PSICOLOGÍA,
UNHEVAL HUÁNUCO - 2015**

DEDICATORIA

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme y apoyarme, aun sin importar mis errores y que muchas veces no ponía atención en clase, a todos quienes me apoyaron para seguir y concluir esta tesis. Que ahora hacen de mí una mejor persona. A los compañeros que le dieron un toque especial a esta travesía... No los voy a olvidar.

A mi Familia y amigos. A nuestro Padre el altísimo. Amén.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es gracias a ellos a quienes les debo por todo su apoyo incondicional.

Con todo el amor del mundo.

AGRADECIMIENTO

Me gustaría aprovechar estas líneas para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento...

Quiero agradecer a mi maestro y guía, ya que me enseñó a valorar los estudios y a superarme. Mi abnegada y valiente madre y hermana. Mi familia... ya que en las (buenas y malas) los momentos que más los necesité ellos estuvieron a mi lado. A mi Familia y amigos y compañeros por la comprensión, la paciencia y los ánimos.

Y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como yo. Preparándonos para un futuro competitivo y ser competentes y formándonos como personas de bien.

Pero principalmente mi agradecimiento está dirigido para el psicólogo Leo Cisneros Martínez, por su orientación, supervisión, seguimiento continuo, sobre todo la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años; sin él no hubiese podido salir adelante. Muchas Gracias

INDICE

FICHA DE RESUMEN

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE

PRESENTACIÓN

RESUMEN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1.	FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.1.1	El contexto Mundial Y Nacional	14
1.1.2	El problema a investigar	25
1.1.3	Antecedentes de la Investigación	27
1.1.4	Síntesis de la Investigación	46
1.1.5	Justificación e importancia	47
1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	48
1.3.	OBJETIVOS	48
1.3.1	Objetivos Generales	48
1.3.2	Objetivos Específicos	49

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	BASES TEORICAS	50
2.1.1.	La información y el conocimiento y ...	50
2.1.2.	Actitudes	51
2.1.3.	El VIH/SIDA	65
2.1.4.	Dinámica social del SIDA	70
2.1.5.	Aspectos clínicos	73
2.1.6.	Alteraciones psicológicas producidas por el SIDA	85
2.1.7.	Tratamiento antirretroviral	93
2.2.	DEFINICIONES CONCEPTUALES	100
2.3.	SISTEMA DE VARIABLES	101
2.4.	DEFINICIONES OPERACIONALES	102

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1.	AMBITO DE ESTUDIO	105
3.2.	POBLACIÓN	106
3.3.	MUESTRA	107
3.4.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	108
3.5.	METODO	109
3.6.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	109
3.7.	INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	110
3.8.	PROCEDIMIENTOS	116

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1.	PRESENTACIÓN E INTERPRERTACIÓN DE RESULTADOS	117
4.2.	DISCUSIÓ DE RESULTADOS	127
	CONCLUSIONES	134
	RECOMENDACIONES	136
	REFERENCIAS	140
	ANEXOS	147

PRESENTACIÓN

En todo el mundo, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia (Sida) representan un problema prioritario de salud pública que afecta un número importante de adolescentes y jóvenes.

La infección VIH es una infección de transmisión sexual (ITS), en la que se consideran como principales factores de riesgos: el inicio temprano de la actividad sexual, el no uso sostenido del condón, mayor número de parejas sexuales, uso de psicoactivos, y principalmente la desinformación que finalmente trae como consecuencias creencias erróneas tales como considerar la infección por VIH como fácilmente transmisible por contacto social o por la utilización de utensilios y objetos comunes, adicionalmente esta desinformación ocasiona prejuicios que finalmente llevan a la discriminación y la generación de actitudes de rechazo frente a la enfermedad y su prevención.

El VIH/SIDA es una pandemia en la que cerca de la mitad de los nuevos casos está constituida por jóvenes, periodo en que poseen factores de riesgo como el tener relaciones sexuales sin preservativo y conocimientos inadecuados o deficientes sobre la enfermedad.

Hasta el momento no parecen existir estrategias eficientes para modificar las prácticas de riesgo, situación que hace imprescindible la implementación de programas de prevención de la infección por VIH.

Tomando en consideración esta situación resulta importante conocer el nivel de información que los alumnos universitarios tienen sobre el VIH/SIDA y las actitudes que presentan frente a la enfermedad y su prevención. El conocimiento de estas dos variables permitirá reorientar los programas y campañas de intervención y prevención y además sirve como soporte académico para los programas de formación profesional

La investigación está conformado por cinco capítulos y está organizado de la siguiente manera: En el primer capítulo encontramos al “Problema de Investigación”, desde la descripción de los sucesos en el contexto mundial,

nacional y regional referente al tema de investigación y los antecedentes que pudieran haber referente al problema, se definió el objetivo general y los específicos de la investigación, la respectiva justificación del trabajo a investigar así también se hizo mención de la viabilidad del proyecto y las limitaciones que hayan podido surgir. Por otro lado, como segundo capítulo tenemos al “Marco Teórico” en el que se detalló y desarrolló los contenidos teóricos y modelos a los que se ajustan al problema a investigar en este caso el VIH/SIDA, las definiciones conceptuales, y las definiciones operacionales de las variables, para cerrar el segundo capítulo están las hipótesis. El tercer capítulo se denominó el “Marco Metodológico”, se incluye el nivel, tipo, método y diseño de investigación, así como las especificaciones sobre la población y muestra y los instrumentos de investigación

El cuarto capítulo muestra los “Resultados de la investigación” en el cual se realiza el análisis e interpretación de los mismos. Se realiza una amplia discusión de resultados luego del cual se presenta las conclusiones y recomendaciones

Al final del informe se presentan la bibliografía y los anexos.

RESUMEN

La presente investigación constituye un estudio descriptivo cuyo objetivo principal es determinar el nivel de conocimiento y las actitudes hacia el SIDA y su prevención en estudiantes del 1^{ro} a 5^{to} año de la E.A.P de Psicología de la Universidad Nacional "Hermilio Valdizán" Huánuco 2015. Para los fines de la investigación se han construido un cuestionario de conocimientos sobre SIDA y una escala de actitudes tipo Likert, las cuales pasaron por un procedimiento de Validez y confiabilidad. La muestra final estuvo conformada por 175 estudiantes y luego del procedimiento estadístico se obtuvieron los siguientes resultados: Existe en los estudiantes de la facultad de Psicología un nivel de información promedio sobre el VIH/SIDA. No existe diferencias según grado estudios ni según género en el nivel de información. En cuanto a las actitudes se ha encontrado actitudes indiferentes hacia el VIH/SIDA y su prevención, resaltando el poco compromiso de los estudiantes frente a la enfermedad y su despreocupación frente a la prevención.

ABSTRACT

This research is a descriptive study whose primary objective is to determine the level of knowledge and attitudes towards AIDS and its prevention in students from 1st through 5th year of the EAP of Psychology of the National "Hermilio Valdizán" Huánuco 2015. For University research purposes have built a questionnaire on AIDS knowledge and attitudes Likert scale, which went through a process of validity and reliability. The final sample consisted of 175 students, then the statistical procedure the following results were obtained: There are students in the Faculty of Psychology average level of information about HIV / AIDS. There is no differences according to degree studies or by gender in the level of information. As for attitudes it found indifferent attitudes towards HIV / AIDS and its prevention, highlighting the lack of commitment of the students against the disease and its prevention ignoring the trend.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Se vive en una sociedad globalizada con una alta velocidad en la producción conocimientos y cambios u perfeccionamientos tecnológicos, donde lo informático prevalece en los procesos productivos con velocidad de transmisión y distribución de tiempos. El uso de ello permite al colectivo entrar en un ritmo de vida cambiante y de más integración e influencia con roce y accesos de convivencia con personas de culturas y razas diferentes y con ello riesgos de transmisión de enfermedades no usuales en el medio. (Espinoza, N. 2009).

Según el Índice de Desarrollo Humano por Informe 2010 de la PNUD; el Perú ocupa el 63 puesto de Desarrollo humano con un índice de 0,723 que le ubica como penúltimo en la segunda categoría que corresponde al nivel alto después del muy alto de 168 estados miembros (de un total de 192).

(<http://www.onu.org.pe/Publico/CentroPrensa/DetalleNoticia.aspx?id=2419> - extraído el 02 de octubre de 2014).

Según la OMS, la esperanza de vida en el Perú en la última década se ha positivado, de 72 años en que se hallaba el 2000, a 76 años el 2007 y un valor porcentual en los años siguientes hasta la fecha, ingresando al promedio que registra América latina con 78 años de vida para las mujeres y 73 para los hombres. Los indicadores de esperanza de vida al

nacer, años esperados de instrucción, años de educación promedio e ingreso nacional bruto per cápita, considerados en el IDH, nos arrojan un desarrollo humano promedio a nivel Latino Americano.

Sin embargo, en el marco del VIH/SIDA, el riesgo se define como la probabilidad de que una persona pueda infectarse con el VIH. Determinados tipos de comportamiento crean, aumentan y perpetúan este riesgo. Los comportamientos de alto riesgo comprenden, por ejemplo, las relaciones sexuales sin protección con una persona cuyo estado serológico con respecto al VIH se desconoce, las relaciones sexuales promiscuas sin protección, el incumplimiento de las directrices para combatir la infección facilitadas por el personal de atención de salud, las transfusiones de sangre repetidas (sobre todo con sangre no analizada) y el consumo de drogas por vía intravenosa con agujas compartidas. La información disponible actualmente sobre la pandemia indica que las mujeres tienden a quedar infectadas a una edad mucho más temprana que los hombres, por razones biológicas y culturales. Según estudios recientes de varias poblaciones africanas, las muchachas de 15-19 años de edad están entre cinco y seis veces más expuestas a infectarse con el VIH que los muchachos de su edad. Una serie de factores de riesgo relacionados con el género aumentan la exposición de las mujeres al VIH y a las infecciones de transmisión sexual y menoscaban su capacidad de protegerse de la infección. (Espinoza, N. 2009).

Las poblaciones itinerantes, entre ellas los trabajadores migrantes, son otro grupo vulnerable. Pertenece a este grupo un gran número de

personas que trabajan en la industria del transporte, la pesca y el turismo. Las poblaciones itinerantes suelen ser más vulnerables a la infección que las poblaciones locales, por razones tales como falta de información, pobreza, y las situaciones de impotencia y precariedad propias de su situación. Una fuente de transmisión importante son las relaciones sexuales entre hombres que, por su trabajo, pasan largos períodos de tiempo alejados de sus familias y en un entorno en que los hombres predominan casi exclusivamente. (Bustamante, S. 2010).

El consumo de drogas y alcohol trae consigo mayores riesgos de infección del VIH, al menos por dos razones. En primer lugar, el compartir agujas, jeringas y otro material en un grupo en que dos o más personas son positivas al VIH aumenta mucho el riesgo de transmisión del VIH. En segundo lugar, los efectos de sustancias alcohólicas o estimulantes pueden reducir de modo significativo la resistencia a adoptar un comportamiento de alto riesgo. La prevención del abuso de sustancias equivale a la prevención del VIH/SIDA.

Esta realidad social en el cual se inserta y vincula el VIH es de prioridad general y de todos los países, y de toda las personas científicos y no científicos, profesionales y no educados. En dicho que hacer se registran gran suma de esfuerzos y aportes científicos ya sea a nivel de medicamentos, enfoques sociológicos, antropológicos, etnográficos, psicológicos, sistémicos, genéticos, biológicos y otros; ya que el síndrome del VIH repercute y presenta ya una realidad social y un perfil de desenvolvimiento en la vida cotidiana.

Según el Dr. César Antonio Núñez, director regional de ONUSIDA para América Latina, “A la fecha, en el mundo, existen 33 millones de personas viviendo con VIH. Otros 30 millones ya fallecieron desde que se detectó la pandemia”, explicó, 1.6 millones de casos se concentran en América Latina y en el Perú, el año pasado, la cifra llegaba a los 75 mil. (Diario La República, Sáb, 11/06/ 2014).

En el Perú, la pandemia de VIH - SIDA se concentra especialmente en Lima y Callao, de acuerdo a estimaciones del Ministerio de Salud (MINSA). Según la “Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA” del Ministerio, señaló que se han registrado 187 casos nuevos de VIH y 708 nuevos registros de SIDA en el país, solo entre los meses de enero a abril de 2011. (www.dge.gob.pe – extraído el 03 de octubre de 2014)

En nuestra región según sistematización del MINSA-Huánuco, se cuenta con 99 casos prevalentes y los nuevos casos no sistematizados, como es el reporte de Miriam Espinosa, de la “Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA” del Hospital de Tingo María, que informa de 5 casos nuevos para septiembre del 2010, Así como el reporte de la responsable de la “Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA” del centro de salud de Aucayacu, informó que en la localidad existen seis casos nuevos de mujeres infectadas con el virus de Inmuno Deficiencia Humana, reporte registrado en Info región del 24 de noviembre del 2009.

Como se puede apreciar, el SIDA es una enfermedad de impacto social tan real e inmediata en la convivencia con portadores o personas en

etapa SIDA, que en determinado punto generan síndromes ansiógenos o fóbicos en la población poco informada, repercutiendo en actitudes de rechazo, marginación agresión y más en riesgos de exposición a infecciones.

Por dichas razones surge la necesidad de investigar a poblaciones en riesgo por estar inconexas en conocimientos formativos de comportamientos preventivos y auto regulación. Esta realidad es compartida en la vida y formación universitaria, donde la mayoría de la población inicia su desarrollo y vida psicosexual en muchos casos con comportamientos de riesgo.

1.1.1 EL CONTEXTO MUNDIAL Y NACIONAL

a) A NIVEL MUNDIAL

En el mundo actual en el que vivimos ha surgido un gran fenómeno como es la globalización la cual ha causado revoluciones vertiginosas en todos los aspectos de la vida en sociedad; la globalización, es un fenómeno de apertura de las economías y las fronteras, como resultado del incremento de los intercambios comerciales, los movimientos de capitales, la circulación de las personas y las ideas, la difusión de la información, los conocimientos y las técnicas, y de un proceso de desregulación. Este proceso, tanto geográfico como sectorial, no es reciente, pero se ha acelerado en los últimos años. La globalización es fuente de múltiples oportunidades. La globalización ha remitido a una nueva

configuración internacional y doméstica política interna. Las transformaciones políticas que nuestro país ha experimentado en estas dos últimas décadas han tenido que ver con este fenómeno llamado globalización. La combinación de los problemas internos y externos propició dramáticos cambios políticos e ideológicos de la sociedad.

Todas estas nuevas características conllevan el surgimiento de un nuevo tipo de sociedad, donde los estilos de vida saludable y la sexualidad encuentran organizados por la información y de los medios de comunicación, y en donde la cultura adquiere un nivel tecnológico superior, afectando directamente la esfera de la educación sexual, promoviendo nuevos desafíos y competencias, en los cuales los docentes cumplen un rol importante. En 1981, una de las principales causas de muerte de nuestro tiempo irrumpió en la escena mundial. La nueva enfermedad se denominó síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Su causa, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se identificó en 1983. Se propaga fundamentalmente a través del contacto sexual sin protección, el uso compartido de jeringas, así como a través de transfusiones de sangre contaminadas. Durante las décadas posteriores, el índice de infección aumentó de manera espectacular, al igual que el índice de muertes. Pero con el tiempo los nuevos tratamientos antirretrovirales comenzaron a prolongar las vidas de aquellos que estaban infectados. En 2007, el porcentaje de personas que vivían con VIH se había estabilizado, aunque a un nivel alto. Esto se debía, en gran

medida, a los efectos beneficiosos y a la mayor disponibilidad de la terapia antirretroviral.

(<http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index3.html> - extraído el 04 de octubre de 2014)

El sistema de las Naciones Unidas ha estado a la vanguardia de este progreso. Desde 1996, sus esfuerzos se han coordinado a través de ONUSIDA, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. El Programa está copatrocinado por 10 organismos del sistema de las Naciones Unidas: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS y el Banco Mundial.

(<http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontraSIDA.aspx> - extraído el 04 de octubre de 2014)

En 2000, los líderes mundiales establecieron unos objetivos específicos para dar una respuesta al VIH/SIDA en la Cumbre del Milenio de la Asamblea General. Una sesión especial de la Asamblea en 2001 amplió ese compromiso, y creó el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En la Cumbre Mundial de 2005 de la Asamblea, los líderes mundiales acordaron dar una respuesta más amplia a la pandemia mediante la prevención, cuidado, tratamiento y apoyo, y la movilización de recursos adicionales.

(<http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontraSIDA.aspx>- extraído el 04 de octubre de 2014)

Para el 2015 el mundo ha detenido y revertido la propagación del VIH. Se ha logrado una reducción de la epidemia. Las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida han disminuido tremendamente desde el punto máximo de la epidemia. Ahora la respuesta va un paso más allá: poner fin a la epidemia de sida para el 2030. (ONUSIDA, 2015)

En 2014, 36,9 millones de personas vivían con el VIH. El número de personas con el virus sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y, como resultado de ello, viven más y con más salud. Según datos de junio de 2015, había 15,8 millones de personas en tratamiento. Al mismo tiempo, pese a que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, todavía hay un número inaceptablemente alto de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida cada año. En 2014, alrededor de 2 millones de personas se infectaron con el VIH y 1,2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida.

El mundo ha superado las metas relacionadas con el sida del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 6, al detener y revertir la propagación del VIH, y cada vez más países adoptan la “Respuesta Rápida” para poner fin a la epidemia de sida para el 2030 como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 35 % desde el 2000 (en un 58 % entre los niños) y las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 42 % desde su punto más alto de 2004.

La respuesta mundial al VIH ha evitado 30 millones de nuevas infecciones y casi 8 millones (7,8 millones) de muertes relacionadas con el sida desde el 2000, cuando se establecieron los ODM. (ONUSIDA, 2015)

Garantizar el acceso al tratamiento antirretrovírico para 15,8 millones de personas es un logro considerado imposible hace 15 años. En el año 2000, menos del 1 % de las personas que vivían con el VIH en países de bajos y medianos ingresos tenía acceso al tratamiento. En 2014, la cobertura mundial de personas que reciben tratamiento antirretrovírico fue del 40 %. (ONUSIDA, 2015)

Pero el VIH sigue mostrando con dureza las desigualdades del mundo. El sida no es aún cosa del pasado.

Hay sobradas y apremiantes razones que justifican un cambio. Deben rectificarse importantes lagunas y deficiencias de la respuesta. Acelerar la respuesta al sida en los países de bajos y medianos ingresos podría evitar 28 millones de nuevas infecciones y 21 millones de muertes relacionadas con el sida entre 2015 y 2030, y ahorrar 24000 millones de dólares anuales en costos de tratamiento del VIH.

En general el panorama mundial del SIDA en las diferentes regiones es como sigue: (ONUSIDA, 2015)

- Se calcula que en el África subsahariana hubo 1,4 millones de nuevas infecciones por el VIH en 2014. Una caída del 41 % desde el año 2000.

- En el Caribe, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo a la mitad entre 2000 y 2014.
- En Oriente Medio y África del Norte, el número estimado de personas que contrajo el VIH aumentó en un 26 % entre 2000 y 2014.
- Europa Occidental y Central y América del Norte el número de nuevas infecciones se ha mantenido muy estable desde 2000.
- En Europa Oriental y Asia Central, las nuevas infecciones se incrementaron en un 30 % entre 2000 y 2014.
- Las infecciones por el VIH se redujeron en un 31 % en Asia y el Pacífico.
- En América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en 2014 fue un 17% menor que en 2000. Es así que en el 2000 hubo un promedio de 100 mil infecciones y en el 2014 un promedio de 87000 infecciones

INFECCIONES POR EL VIH AL 2014			
PERIODO	2000	2014	PORCENTAJE
REGIÓN			
África subsahariana	2.3 Millones	1.4 Millones	41% de disminución
Caribe	27,000	13,000	50% de disminución
Oriente Medio y África del Norte	18,000	22,000	26% de aumento
Europa Occidental y Central y América del Norte	87,000	85.000	Se ha mantenido estable
Europa Oriental y Asia Central	100,000	140,000	30% de aumento
Asia y el Pacífico	500,000	340,000	31% de disminución
América Latina	100,000	87,000	17% de disminución

La siguiente fase de la respuesta al sida debe tener en cuenta las nuevas realidades, oportunidades y pruebas, así como el contexto que cambia tan rápidamente y la nueva agenda de desarrollo sostenible. La respuesta al sida tiene una única prioridad para los próximos 15 años: poner fin a la epidemia de sida para el 2030.

LA RESPUESTA RAPIDA DE ONUSIDA

Para hacer avanzar la respuesta al sida, ONUSIDA ha desarrollado un enfoque de respuesta rápida para alcanzar un conjunto de objetivos con plazos definidos hasta el año 2020. Los objetivos incluyen que el 90 % de todas las personas que viven con el VIH

conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90 % de las personas que sepan que tienen la infección tengan acceso al tratamiento y suprimir la carga viral del 90 % de personas en tratamiento. También incluyen reducir las nuevas infecciones por el VIH en un 75 % y alcanzar a cero discriminaciones.

De los 36,9 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo, 17,1 millones no saben que tienen el virus, por lo que los servicios de pruebas del VIH deben llegar a ellos, y unos 22 millones no tienen acceso al tratamiento del VIH, entre ellos 1,8 millones de niños.

Al nivel actual, habrá una laguna de 9.000 millones de dólares a escala mundial entre los recursos disponibles en la actualidad y los recursos necesarios para alcanzar los Objetivos de la Respuesta Rápida de ONUSIDA. El coste global anual de la consecución de los Objetivos de la Respuesta Rápida llegará a un máximo de 31 100 millones en 2020. Después de 2020, las necesidades de recursos comenzarán a disminuir.

Durante los próximos cinco años la respuesta al sida requiere unas inversiones iniciales importantes y aumentar la diversidad de fuentes de la inversión, además de mecanismos de ejecución innovadores y alianzas para garantizar que nadie se quede atrás, especialmente los adolescentes, los jóvenes y las poblaciones clave.

El enfoque de Respuesta Rápida combinado con una agenda de justicia social que ponga en primer plano a las personas y se asegure

de que sus necesidades de salud y sus derechos sexuales y reproductivos sean plenamente respetados y atendidos será imparable.

Si el mundo no actúa para doblegar la epidemia hasta el 2020, esta podría repuntar hasta los niveles observados hace 10 años.

b) A NIVEL NACIONAL

Para fines del año 2014, la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Perú reportó 3349 casos de infección por VIH y 1059 casos de SIDA. Las cifras acumuladas desde el inicio de la epidemia suman 56031 casos de infección por VIH y 32594 casos de SIDA. La prevalencia en la población general se ha estabilizado en alrededor de 0,2–0,3% (2). (Ministerio de Salud, 2014)

Aunque los afectados son predominantemente varones (80%), la relación de hombres a mujeres infectados disminuyó de once hombres por cada mujer diagnosticados de SIDA en 1990, a alrededor de tres en los últimos años. Se estima que la transmisión sexual ocurre en el 97% de los casos, estando la epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (Ministerio de Salud 2013). Alrededor de la mitad de los HSH encuestados en estudios previos refirió tener relaciones sexuales también con mujeres, y el grupo reportó bajo uso de condón en todas sus relaciones (Alarcon, et. al. 2003. Konda, et. al. 2008). A nivel mundial, hasta 80% de las mujeres infectadas se contagiaron de su esposo o pareja estable (ONUSIDA, 2013).

Las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH, por razones biológicas, culturales–sociales y económicas, pero su nivel de preparación para enfrentar este riesgo no será adecuado si no cuentan con el conocimiento suficiente sobre las infecciones transmitidas sexualmente (ITS), su forma de transmisión y manifestaciones clínicas; cómo protegerse para no ser infectadas; si manifiestan actitudes o creencias discriminativas frente a las personas afectadas o si realizan prácticas sexuales de riesgo (tener múltiples parejas sexuales, no usar condón de manera consistente) (ONUSIDA, 2013).

La información existente en la literatura indica que un mayor nivel educativo (Ugarte y Otros, 2013. Jung M. y otros 2013), mejor nivel socioeconómico (Ugarte y Otros, 2013. Fernández de Araujo y otros 2014. Jung M, y otros 2013. Ray R, Sinha K. 2012), mayor acceso a los medios de comunicación (Jung M, y otros 2013. Muli, I. & Lawoko, S. 2014. Agarwal S, & De Araujo P. 2014) y el tener empleo (Mohamed E, y Otros 2011. Ross P, y Otros 2013) están asociados con un mejor conocimiento sobre VIH/ SIDA y en menor grado con el uso consistente de condón por parte de la pareja.

Por las referencias mencionadas podemos considerar que poseer bajo nivel educativo, así como estatus socioeconómico bajo, se asoció con mayores niveles de actitudes estigmatizantes hacia las personas viviendo con VIH/SIDA. Pero además se evidencia una inequidad y falta de acceso a los servicios públicos básicos, como

condicionantes de escasa conciencia y pobre capacidad de respuesta de las mujeres frente a la enfermedad.

El Perú es un país de epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, trabajadores y trabajadoras sexuales. La prevalencia de VIH llega a 10.8% en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres. La población transexual es la más afectada (diferentes estudios estiman una prevalencia de VIH del 32%). Las trabajadoras sexuales y sus clientes son también grupos afectados por la epidemia.

La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva peruanas. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados.

De todos los casos notificados de SIDA desde el año 1983 a la fecha, el 80% pertenece al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. La mayoría de casos de SIDA se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva (25 y 35 años). Se ha estimado que entre 11.400 a 20.200 jóvenes (15-34 años) viven con VIH, pero solamente el 55% por ciento de ellos cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse del riesgo de contraerlo.

Aunque la transmisión del virus de madre a hijo ha bajado al 2% y, para fines del año 2014 solo había 500 niños en el Perú viviendo con VIH/sida, la transmisión por la vía sexual sigue siendo muy alta (97%) y se presenta mayormente, como ya dijimos, en la población

de Lima y Callao. Según datos oficiales, la epidemia se centraliza, sobre todo, en hombres con conductas de riesgo que tienen sexo con otros hombres sin protección.

➤ **Respuesta al VIH**

En el año 2006, el Perú diseñó y consensuó el Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA 2007 – 2011 (PEM). Este Plan Estratégico fue diseñado por el Ministerio de Salud y la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA, con la participación de diversos sectores del Estado, de la sociedad civil y de las personas afectadas por el VIH. Fue aprobado mediante Decreto Supremo en mayo de 2007.

Desde el año 2004 a la fecha, el Perú cuenta con poco más de 59 millones de dólares otorgados mediante procesos competitivos por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, destinados a apoyar la respuesta nacional al VIH y la implementación del Plan Estratégico Multisectorial. El Ministerio de Salud y la CONAMUSA conducen la ejecución de estos recursos, cuyo logro más importante ha sido el escalamiento de la cobertura de tratamiento antirretroviral gratuito para más de 10,000 personas en fase avanzada de VIH. (www.theglobalfund.org.es – extraído el 08 de octubre de 2014)

Benites, Carlos (2014) coordinador de la Estrategia Sanitaria de prevención y control de ITS y VIH/sida del MINSA, dijo en una entrevista al Diario “Perú 21” en diciembre del 2014 que se estima

que hay 65 mil personas viviendo con el VIH en el Perú en estos días, pero solo la mitad tiene un diagnóstico. “El resto no se da cuenta. Dado que la enfermedad se mantiene sin síntomas por mucho tiempo, mucha gente vive sin saber que el mal avanza”, anotó. dijo que se estima que hay 65 mil personas viviendo con el VIH en el Perú en estos días, pero solo la mitad tiene un diagnóstico. “El resto no se da cuenta. Dado que la enfermedad se mantiene sin síntomas por mucho tiempo, mucha gente vive sin saber que el mal avanza”, anotó.

1.1.2 EL PROBLEMA A INVESTIGAR

Arleen 2009, en una investigación titulada “Influencia en pacientes de las Representaciones Sociales sobre el VIH y SIDA de los familiares’ confirma de la cualidad preventiva del conocimiento en relación al VIH: Con respecto al conocimiento que poseen sobre la enfermedad, se constató que 13 de los pacientes entrevistados si tenían un conocimiento de la enfermedad antes del diagnóstico, que si bien les sirvió de apoyo para afrontarla no fue suficiente para evitar la infección. Los seis pacientes restantes afirmaron carecer de información al respecto”. (Ontivero, A. 2009).

Entonces se evidencia que la información por sí sola no trasciende lo suficiente como para frenar el comportamiento de riesgo ni para explicitar los factores desencadenantes de dicho comportamiento.

Considerando esta realidad, es importante plantearse, por un lado, cual es el nivel de información que poseen actualmente los jóvenes en relación al SIDA, y por otro lado, en qué medida esta información influye en las actitudes de los mismos.

Según el informe del arzobispo Desmond Tutu, copresidente de la Comisión de alto nivel del ONUSIDA sobre la prevención del VIH, algunos de los mayores avances en la prevención del VIH se han producido entre los jóvenes. Los datos indican que cada vez son más los jóvenes que, en muchos de los países más afectados, están optando por retrasar su iniciación sexual y evitan aquellas conductas sexuales que pueden exponerles a un mayor riesgo de infección. (www.onusida.org.co - extraído el 10 de octubre de 2014)

Si bien es amplio y multifactorial el indagar en la delicada organización psicológica del ser humano, porque se remontan vallas como los rasgos particulares de personalidad y las pulsiones diferenciadas y condicionadas a lo largo de la historia individual, así como sus hábitos y motivos sociales aprendidos, existe la necesidad de educar o formar al individuo con competencias integrales, que den respuestas efectivas a necesidades de autoprotección y desarrollo en una sociedad cambiante.

El Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) es un problema de Salud Pública de mayor importancia y uno de los desafíos más grandes para la vida y dignidad de los seres humanos a nivel mundial. Los desafíos del milenio de las Naciones Unidas han invertido en esta dirección presupuestos mayores al PBI de cualquier país en desarrollo. Si bien junio del 2011 representa la tercera década de haber registrado

el primer caso de SIDA, los avances cumbre en prevención e intervención informa que ha disminuido en un 25% el caso de incidencia a nivel mundial, aunque se siguen registrando casos nuevos a razón de 7000 infecciones por día a nivel global; en los estratos poco informados y vulnerables. (www.onusida.org.co - extraído el 11 de octubre de 2014)

1.1.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A) ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

- **García, A. et al. (2014)** realizaron un estudio transversal, descriptivo y prospectivo con 200 adolescentes de ambos sexos de 17 a 19 años, alumnos de la Facultad de Planeación Urbana y Regional de la Universidad Autónoma de México, con la finalidad de identificar los conocimientos y prácticas de riesgo que dichos alumnos tienen ante el VIH/SIDA

Las principales características encontradas en los adolescentes fueron: la mayoría son del sexo masculino, de 18 años de edad, y con religión católica; su lugar de residencia es urbano, y con orientación sexual heterosexual, del total el 82% de los adolescentes tienen conocimientos suficientes sobre el VIH/SIDA y un 43% poseen de 1 a 4 prácticas de riesgo para adquirir la infección.

La investigación concluye que los adolescentes de la FAPUR de la UAEMEX, poseen un nivel suficiente de conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA, a pesar de esto siguen realizando prácticas de riesgo para adquirir el virus; lo que refleja de manera clara que

aunque posean los conocimientos, estos no son traducidos a acciones y por lo tanto no son aplicados de manera preventiva y efectiva a su vida sexual

- **Orcasita, L; Uribe, Ana y Valderrama, L. (2013)** en una investigación descriptiva buscaron identificar los conocimientos y actitudes que los padres de familia de adolescentes de tres ciudades de Colombia (Cali, Armenia y Pasto) tienen frente al VIH/SIDA.

La investigación realizada con una muestra no probabilística de 106 padres de familia (de los cuales el 83% eran mujeres) reportó que un porcentaje importante de padres de familia (45%) no ha recibido información sobre el virus del sida en los últimos seis meses; así mismo, existe un 16% de padres de familia que no reportan si han recibido o no información sobre el tema. Por su parte, la fuente de información de la cual reciben información en mayor medida son programas de televisión, programas de radio y artículos de revistas; la menor incidencia se encuentra en folletos distribuidos en la calle y elaborados por las autoridades.

La investigación también revela que los padres tienen conocimientos correctos respecto al VIH/sida. Sin embargo, se notó que persisten ideas erróneas frente al tema con respecto a la transmisión y la prevención.

En cuanto a las actitudes frente al VIH, se encontraron interesantes resultados; por ejemplo: el 77.4% presenta una

actitud positiva frente al VIH/sida al considerar que se debe permitir que las personas con el virus del VIH vivan en unidades residenciales, sin embargo, el 70.8% de la muestra considera que está en desacuerdo con que las personas con el VIH asistan a clase. Respecto a la actitud negativa se observa que de la muestra el 71.7% considera que las personas con VIH deben ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás y el 66% se sentiría incómodo usando el mismo baño o vestuario. Adicionalmente, solo el 50.9% no rechazaría sentarse cerca de una persona que tiene el VIH/sida. Con respecto a la actitud neutra es de destacar que un 91.5% considera que elegir el tipo de condón que se va a comprar resulta difícil y que un 15.1% identifica que es importante el uso del condón en las relaciones sexuales

- **Fadragas, A. Valdés, M. y Fernández, L. (2012)** realizaron un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con la finalidad de caracterizar el nivel de información que sobre las ITS/VIH/SIDA, tienen un grupo de adolescentes que pertenecen a la escuela secundaria básica "José Luis Arruñada" correspondiente al municipio Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba.

Los resultados obtenidos indican que el 95.04% de adolescentes tienen nociones sobre las infecciones de transmisión sexual. Las fuentes de obtención de la información más reconocidas fueron la familia en un 92,56 %, y la escuela en un 61,98 %.

Las infecciones de transmisión sexual más identificadas por ellos fueron: el VIH/sida para un 95,86 %, la gonorrea para un 89,25 % y la sífilis, para un 83,47 %; fueron menos reconocidas la gardella vaginal, chancro blando, clamidiasis, moniliasis y la trichomoniasis para un 3,30 %, 9,09 %, 10,74%, 15,70 % y un 21,48 % respectivamente.

De los adolescentes encuestados, 42,14 % consideró que las posibilidades de contagio de las infecciones de transmisión sexual, son grandes en el sexo oral y el 98.34% refirieron tener nociones sobre sexo seguro, y dentro de las variantes se identificó el uso del condón.

- **Díaz Montes et al. (2011)** realizaron una investigación en la que buscaron determinar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA que tienen los adolescentes de pregrado (modalidad presencial) de la Universidad de Cartagena de Indias, Colombia. Utilizando una escala denominada “ECOVIH” encontraron que El 70% de los encuestados tienen “conocimientos regulares”, “conocimientos deficientes” el 19,8% y solo el 11,4% “buen nivel de conocimientos”. En conclusión, los adolescentes presentan un nivel regular de conocimientos sobre VIH/SIDA, demostrando pocos conocimientos respecto a la transmisión oral, y conocimientos casi nulos acerca de los efectos de la infección. Las mujeres tienen mejores conocimientos respecto a los hombres, ubicándolas en un nivel regular y los hombres en nivel deficiente. El área de la salud presenta mejor nivel de

conocimientos respecto a las demás; sin embargo, todas las áreas de estudio se clasificaron en el nivel regular. Los estudiantes de los programas de química, matemáticos y economía presentan conocimientos deficientes.

- **Gomez, E. y Cogollo, Z. (2011)** realizaron un estudio transversal para determinar el nivel de conocimiento en VIH/SIDA en estudiantes de Cartagena, Colombia.

Los resultados reportan que solo el 10% de los estudiantes de secundaria de Cartagena presentan un adecuado conocimiento en VIH/SIDA. Los estudiantes de media vocacional y de colegios privados informaron mayor conocimiento.

Adicionalmente se encontró que el nivel de conocimiento en VIH/SIDA varía ampliamente en adolescentes estudiantes, según el contexto sociocultural; es así que se encontró que los estudiantes de colegios privados y mayor escolaridad respondieron mejor y el conocimiento fue independiente de la edad, el sexo, nivel socioeconómico, orientación sexual, y recibir información sobre VIH/SIDA en el contexto escolar. Pero en definitiva todas estas variables se relacionan con mejor conocimiento global del VIH/SIDA

- **Ontiveros A. et al. (2010)** realizan un trabajo de investigación titulado: “Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre el VIH/SIDA de los familiares”. Los resultados indican que, con respecto al conocimiento que poseen sobre la enfermedad,

se constató que 13 de los pacientes entrevistados si tenían un conocimiento de la enfermedad antes del diagnóstico, que si bien les sirvió de apoyo para afrontarla no fue suficiente para evitar la infección. Los seis pacientes restantes afirmaron carecer de información al respecto. Solo un paciente se infestó por la vía de transfusión de sangre, el resto, 18, fueron contagiados por vía sexual.

- **Rios, E. et al. (2009)** realizaron un estudio transversal mediante encuesta semiestructurada y entrevista personal a 238 usuarios latinoamericanos y magrebíes que acuden a los centros asistenciales de las regiones sanitarias de Barcelona y Barcelonés Norte y Maresme, España, con la finalidad de identificar el nivel de conocimiento que tienen sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual

Se encontró que el 53,8% de los encuestados tenían un conocimiento inadecuado del VIH/sida. En el análisis univariado se asociaban con este desconocimiento los magrebíes, los que no vivían en Barcelona, los que no tenían trabajo y los que no tenían estudios; en el multivariado se asociaban los magrebíes con una situación más desfavorecida respecto a los latinoamericanos. El uso del preservativo fue valorado como un método de prevención eficaz, pero el 42,1% de los encuestados no lo utilizaba en sus relaciones ocasionales.

- **Torres Teresa et al. (2008)**, realizaron una tesis antropológico cognitivo en Cochabamba (Bolivia), Talca (Chile) y Guadalajara (México) en los años 2007 y 2008, titulado “Concepciones Culturales Del VIH/SIDA de adolescentes de Bolivia, Chile y México”; cuyo objetivo fue comprender las dimensiones culturales del VIH/SIDA de estudiantes adolescentes.

Los resultados evidenciaron que en Talca y Guadalajara los jóvenes mencionaron metáforas de lucha frente a la enfermedad, mientras en Cochabamba se refirieron a la ayuda, apoyo y amor que las personas infectadas deberían recibir. Las coincidencias entre las conceptualizaciones de los jóvenes de los tres países fueron: los riesgos (las prácticas sexuales desprotegidas, y el contacto con algunos grupos poblacionales específicos), las consecuencias (muerte física y social, entendida esta última como rechazo de la sociedad hacia los enfermos) y la prevención de la enfermedad (con base en la información, así como uso del condón).

B) ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

- **Pernaz, G y Cárcamo, C (2015)** utilizando los resultados de la Encuesta Nacional Demográfica en Salud (ENDES) 2004–2007 realizaron una investigación para determinar el nivel de conocimientos, actitudes adecuadas y prácticas sexuales seguras frente a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y SIDA, de las mujeres peruanas de 15 a 49 años.

Utilizando el análisis estadístico descriptivo y una regresión logística para buscar asociación entre variables encontraron que existe un buen nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, en 47,8% de las mujeres encuestadas; el 50,7% de ellas presentaron actitudes adecuadas respecto a la enfermedad y a las personas afectadas, mientras que el ejercicio de prácticas sexuales seguras se observó en 48,8% de las mismas. Se encontró también que, a mayor nivel educativo, alto índice de bienestar socioeconómico, haber vivido en la capital durante la infancia, trabajar como profesional, técnica, empresaria u oficinista; y acceso frecuente a medios de comunicación se relacionaron con mayor conocimiento, actitudes adecuadas y prácticas seguras.

- **Silva, J. et al. (2014)** realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con 286 adolescentes mujeres entre 12 y 19 años, atendidas en el Programa de Adolescentes de un hospital público universitario de la ciudad de Lima. El Objetivo de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo de adolescentes mujeres sobre las Infecciones de Transmisión Sexual

Los resultados indican que existe un nivel de conocimiento regular sobre las ITS en todas las fases de la adolescencia. Sobresale que el 90% sabe la definición de una ITS y las formas de contagio; en tanto que, solo el 65% conocen métodos para prevenir las ITS.

En cuanto a comportamiento de riesgo se encontró que la mayoría de adolescentes (56.3%) tuvo su primera experiencia sexual entre los 14 y 16 años y un porcentaje similar (59.1%) no usan preservativos. No se observó correlación entre los niveles de conocimientos y las variables sociodemográficas estudiadas.

- **Diestra, I. (2013)** en una investigación realizada con estudiantes adolescente de la Institución Educativa N° 30610 Jorge Chávez – Comas sobre la actitud del adolescente hacia la prevención de ITS/VIH, llego a los siguientes resultado y conclusiones:

Del 100% (71), 50% (35) muestran una actitud de indiferencia, 30% (22) aceptación y 20% (14) rechazo.

En la dimensión factor de riesgo 92% (66) tienen indiferencia, 5% (3) aceptación y 3% (2) rechazo. En la dimensión medidas de prevención 97% (69) indiferencia y 3% (2) rechazo. En cuanto a la dimensión exposición de riesgo a la pareja tenemos que el 100% (71) presentan una actitud indiferencia.

Estos datos permiten concluir que la mayoría de adolescentes tienen una actitud de indiferencia hacia la prevención de ITS/VIH referida a que tienen relaciones con una meretriz (prostituta) y si uno se cuida, es difícil contagiarse de una ITS/VIH, se puede tener sexo con la pareja y a la vez tener sexo con otras personas, pero protegiéndose y es agradable tener muchas parejas a la vez. De igual modo en la dimensión de factor de riesgo, prevención y exposición de riesgo a la pareja, dado que en la primera relación

sexual coital es innecesario cuidarse, se puede tener sexo con otras personas protegiéndose para evitar contagiar a la pareja, es innecesario el amor para tener una relación sexual coital.

- **Chávez, N. (2012)** en una investigación realizada con adolescentes de la Institución Educativa Julio Cesar Tello del distrito de ATE Vitarte sobre el Nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión y medidas preventivas del VIH/SIDA, llego a las siguientes conclusiones:

En los adolescentes predomina el nivel medio (44%) de conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA y sus medidas preventivas; además se encontró un nivel medio en el conocimiento de las formas de transmisión vía sexual, sanguínea y perinatal

- **Conejeros, I. et al. (2010)**, enfermeras chilenas, realizaron un Estudio bibliográfico en el que se hizo búsqueda en seis bases de datos electrónicas con las palabras claves: “actitud”, “conocimientos”, “enfermería”, “percepciones”, “VIH/SIDA”. El objetivo era describir las actitudes, conocimientos y percepciones que tienen los enfermeros y estudiantes de Enfermería en torno a las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS, personas que viven con HIV o SIDA).

Se consideraron publicaciones entre 1998-2007 y como resultado se recuperaron 560 artículos que se limitaron por su pertenencia a publicaciones de investigaciones científicas o reportes

ministeriales. Finalmente se seleccionaron un total de 38 publicaciones, cuyo análisis mostró que el nivel de conocimientos de enfermeros y estudiantes de Enfermería en torno a PVVS es bueno y las actitudes frente a VIH/ SIDA han mejorado en el tiempo. Los enfermeros y estudiantes de Enfermería han sido capaces de identificar tanto aspectos positivos como negativos en el cuidado de PVVS, a nivel personal y profesional, debido a que existe una percepción más favorable.

La conclusión es que existen pocos estudios en Latinoamérica y Chile que estudien las actitudes y conocimientos de la población de estudio en torno a PVVS. Según las publicaciones encontradas el conocimiento y las actitudes han mejorado debido a que la percepción es más favorable.

- **Choccare, C. (2008)** realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de san Marcos.

Entre sus conclusiones, se tiene que no existen diferencias estadísticamente significativas del nivel de conocimientos según años de estudio. Predomina el nivel medio de conocimiento en los cinco años, siendo mayor en el 5to. Las medidas preventivas tienen un nivel alto de conocimiento en los cinco años a diferencia del nivel medio de conocimiento obtenido del 2do al 5to año sobre las ITS-VIH/SIDA relacionado con su agente causal,

signos/síntomas tratamiento y complicaciones, al respecto, el 1er año obtuvo un nivel bajo de conocimiento.

Son áreas críticas del conocimiento lo relacionado al agente causal, signos/síntomas, tratamiento y complicaciones. La única medida preventiva que desconocen los estudiantes es el procedimiento para usar el preservativo, esto en el 1er año.

- **Delgado, N. (2007)** en una investigación realizada con alumnos del 5° año de secundaria de dos Instituciones Educativas de la UGEL N° 5 –S.J.L. sobre conocimientos sobre SIDA, llegó a las siguientes conclusiones:

En cuanto al Nivel de Conocimientos sobre el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA), relacionado con las formas de transmisión, factores de riesgo, diagnóstico y formas de prevención: la mayoría de los estudiantes de las dos Instituciones Educativas presentaron un nivel de conocimientos Medio, no existiendo diferencias significativas respecto a nivel de conocimientos entre ambas instituciones.

- **Catacora, F. y Villanueva, J. (2007)**, realizaron un estudio transversal con el objetivo de Determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y las prácticas sexuales de los escolares de 14 a 17 años de la ciudad de Tacna, Perú. Se incluyeron 399 escolares que respondieron a una encuesta auto aplicada, el nivel de conocimientos fue clasificado en inadecuado, regular y adecuado según el puntaje obtenido. Se establecieron

las diferencias usando χ^2 y U de Mann-Whitney según correspondía.

Los resultados indican que el nivel de conocimiento fue regular para la mayoría de adolescentes (46,4%), los varones tuvieron mayor puntaje que las mujeres ($p < 0,05$). El inicio de relaciones sexuales fue a los 14,1 años en los varones y 15,4 años en las mujeres, Uno de cada tres (34,7%; IC95: 27,3-42,0) varones refirió haber tenido relaciones sexuales a diferencia de una de cada doce (8,5%; IC95: 4,6-12,4) mujeres ($p < 0,001$); de éstos 30% (IC95%: 19,3-40,7%) manifestó no haber usado preservativos en sus relaciones sexuales sin diferencias según sexo. La información sobre VIH/SIDA es recibida principalmente de folletos (69,4%), televisión (64,2%) y de sus profesores (62,2%).

En conclusión, el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los escolares de Tacna es regular, con inicio precoz de relaciones sexuales y uso limitado de preservativos, mostrando riesgo de contraer la infección a temprana edad.

- **Quispe, R. (2006)** en una investigación realizada en adolescentes de la institución educativa Isaías Ardiles del distrito de Pachacamac sobre el nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosas, llegó a las siguientes conclusiones:

La mayoría de los adolescentes poseen un conocimiento medio acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA, expresando un desconocimiento de la vía parenteral, seguida de la sexual y la sanguínea; adoptando conductas sexuales riesgosas sin el control y la madurez respectiva.

En relación a la dirección de las actitudes de los adolescentes hacia las prácticas sexuales riesgosas la mayoría posee una actitud de aceptación.

- **Zúñiga, J. (2006)** en una investigación realizada con adolescentes de secundaria del Colegio Mariscal Toribio de Luzuriaga del distrito de Los Olivos acerca del nivel de conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y actitud hacia la práctica sexual riesgosa, llegó a las siguientes conclusiones:

El nivel de conocimientos que tienen los adolescentes en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual es de medio a un conocimiento bajo. La actitud de los adolescentes hacia la práctica sexual riesgosa, es medianamente favorable, seguida de una actitud desfavorable.

La relación entre el nivel de conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y la actitud hacia la práctica es altamente significativa, a menor conocimiento es mayor la actitud desfavorable hacia la práctica sexual riesgosa.

- **Cáceres, C. et al. (1992)** utilizando instrumentos auto aplicados especialmente diseñados buscaron identificar necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA, entre estudiantes y profesores de la escuela secundaria en Lima.

La encuesta en 110 adolescentes mostró niveles medio-bajos de conocimiento sobre sexualidad humana y SIDA (Especialmente en ETS y en comportamientos preventivos de embarazo no deseados y SIDA). Niveles altos de erotofilia y apertura al uso de anticonceptivos se asocian a mayores niveles de conocimiento sobre sexualidad humana y SIDA y fueron más frecuentes en varones. Menores niveles de conocimiento en sexualidad humana se asocian a machismo. Un 22% de los adolescentes reportan práctica heterosexual (39% varones y 4% mujeres), 6% de los varones reportan práctica homosexual. Los 40 profesores mostraron niveles inadecuados de conocimiento en sexualidad humana y SIDA.

C) ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL

- **Manrique, D et al. (2009)** realizaron una investigación aplicada, cuasi experimental, para determinar la efectividad de un programa educativo para promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual (ITS, VIH/SIDA) de la Institución Educativa Pública Illathupa de Huánuco.

La muestra estuvo constituida por 116 alumnos adolescentes del 4° año de educación secundaria (66 para el grupo experimental y 50 para el grupo control), Antes de la investigación no se encontró diferencias entre ambos grupos ($\chi^2=0,83$), es decir los conocimientos en ambos grupos eran homogéneos. Después de la aplicación del programa educativo se encontró una diferencia significativa ($\chi^2=9,22$), concluyéndose que los del grupo experimental han mejorado sus conocimientos sobre ITS, VIH/SIDA.

Con respecto a las actitudes, antes de la aplicación del programa no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2=2,58$); después de la intervención si hubo diferencias ($\chi^2=6,75$), concluyéndose que las actitudes han mejorado en relación a aspectos como rechazo, abandono de la persona afectada, uso del condón, postergación de las relaciones sexuales, entre otros.

- **Rodríguez, M. y Sánchez, S. (1988)** en su investigación titulada “Conocimiento que tienen los alumnos del tercero, cuarto y quinto año de la Facultad de Enfermería de la UNHEVAL-HCO, sobre el SIDA”, llegan a las siguientes conclusiones:

Los alumnos del tercero, cuarto y quinto año de formación profesional de Enfermería, tienen bajo nivel de conocimientos sobre el SIDA, con algunos prejuicios como relacionarlo solo con la homosexualidad.

Los conocimientos que tienen sobre el SIDA, los alumnos de este trabajo de investigación proceden fundamentalmente del curso de Enfermería Médico Quirúrgico Especial, y de los medios de comunicación como artículos periodísticos, revistas, radio y televisión, también podemos decir que no todos los profesores brindan orientación sobre el SIDA, por no adecuarse este tema a sus cursos.

- **Leiva, B. (1991)**, en su investigación titulada “Conocimiento que tienen sobre el SIDA, y las actividades que realizan para su prevención, los internos del CRAS San Marcos-Huánuco”, llega a las siguientes conclusiones:

Un alto índice determina como una “enfermedad que ataca a los homosexuales y drogadictos”, de este modo la causa del SIDA es por tener relaciones sexuales con homosexuales y drogadictos, adicionalmente consideran que el uso de agujas de pacientes contaminados son otras causas de contagiarse de SIDA.

Sobre las actitudes ante la presencia de pacientes con SIDA, hay un alto índice de rechazo frente a pacientes infectados.

- **Malpartida, J. (1995)** en su investigación titulada “Nivel de Información y las Actitudes que Presentan los Estudiantes de la UNHEVAL Frente al SIDA”. Llega a las siguientes conclusiones:

El puntaje total obtenido por los estudiantes de la UNHEVAL – HCO que conforman la muestra representa el 67% de desarrollo favorable de los ítems del cuestionario de Información, lo que

implica un nivel de información adecuada referente a la transmisión del SIDA, siendo lo adecuado, pero no lo óptimo.

Realizada la distribución de los datos y determinando la zona de Normalidad encontramos los siguientes:

- El 7% de la muestra estudiada representa un nivel alto de información referente al SIDA.
- El 76% presenta un nivel normal de información sobre el SIDA
- El 17% de los estudiantes que conforman la muestra presentan un nivel bajo de información sobre el SIDA.

El puntaje total obtenido por los alumnos que conforman la muestra representa el 68% de desarrollo favorable en los ítems del cuestionario de Actitudes al SIDA, lo que implica un nivel de Actitud adecuada referente a la enfermedad y al paciente con SIDA, siendo lo adecuado, pero no lo óptimo. Realizada la distribución de los datos y determinando la Zona de Normalidad encontramos lo siguiente:

- El 16% de la muestra representa un nivel alto en sus Actitudes adecuadas a la enfermedad y al paciente con SIDA.
- El 57% representa un nivel normal en sus actitudes adecuadas a la enfermedad y al paciente con SIDA.
- El 27% de los estudiantes representa un nivel bajo en sus actitudes a la enfermedad y al paciente con SIDA.

De los puntajes totales obtenidos por los estudiantes de la UNHEVAL – HCO, que forman parte de la muestra representa el

79% de desarrollo favorable de los ítems del cuestionario de actitudes a la prevención del SIDA; lo que implica un nivel de actitud adecuada y no lo óptimo y habiéndose realizado la distribución de los datos y determinando su respectiva zona de normalidad encontramos lo siguiente:

- El 77% de los estudiantes presenta un nivel normal en sus actitudes adecuadas a la prevención del SIDA
- El 23% presenta un nivel bajo en sus actitudes a la prevención del SIDA.

El puntaje total obtenido por los estudiantes de la UNHEVAL – HCO, que conforman la muestra representa un 74% de desarrollo favorable de los ítems del cuestionario de actitudes frente al SIDA, lo que implica un nivel de actitud adecuada a la enfermedad al paciente y a la prevención del SIDA, siendo lo adecuado, pero no lo óptimo y realizada la distribución de los datos y determinando la zona de normalidad encontramos lo siguiente:

- El 82% de la muestra estudiada presenta un nivel normal en sus actitudes adecuadas hacia la enfermedad y hacia la prevención del SIDA.
- El 16% presenta un nivel bajo en sus actitudes adecuadas hacia la enfermedad y hacia la prevención del SIDA.

El resultado obtenido en la Correlación desarrollada es de 0.05 presentando un Coeficiente de Correlación Baja, por lo tanto,

significa que ambas variables no van interdependientes, la debilidad de correlación implica que no están asociadas las variables estudiadas... (FLORES, Nemesio. 1993); pues al parecer existe un factor que actúa directamente sobre las actitudes de los estudiantes de la UNHEVAL.

1.1.4 SÍNTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación constituye un estudio descriptivo cuyo objetivo principal es determinar el nivel de conocimiento y las actitudes hacia el SIDA y su prevención en estudiantes del 1^o a 5^o año de la E.A.P de Psicología de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” Huánuco 2015. Para los fines de la investigación se han construido un cuestionario de conocimientos sobre SIDA y una escala de actitudes tipo Likert, las cuales pasaron por un procedimiento de Validez y confiabilidad. La muestra final estuvo conformada por 175 estudiantes y luego del procedimiento estadístico se obtuvieron los siguientes resultados: Existe en los estudiantes de la facultad de Psicología un nivel de información promedio sobre el VIH/SIDA. No existe diferencias según grado estudios ni según género en el nivel de información. En cuanto a las actitudes se ha encontrado actitudes indiferentes hacia el VIH/SIDA y su prevención, resaltando el poco compromiso de los estudiantes frente a la enfermedad y su despreocupación frente a la prevención.

1.1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Los resultados del presente estudio se justifican porque permitirán:

- a) Conocer de manera teórica cuál es el nivel de información que tienen los estudiantes sobre el VIH/SIDA, dado que, a la luz de los últimos y acelerados descubrimientos científicos en cuanto al tratamiento y prevención, se puede generar una carencia o distorsión de la información lo cual podría influir en las actitudes que presentan los estudiantes de psicología de la UNHEVAL-Huánuco hacia el SIDA y su prevención.
- b) Proponer una guía para la elaboración de programas de educación sexual específicamente relacionado a información actualizada sobre el SIDA.
- c) Identificar y reforzar aquellas actitudes que favorecen comportamientos asertivos y preventivos y, por otro lado, identificar y trabajar (en programas de intervención) en aquellas actitudes que generan la discriminación y exclusión.

Finalmente, es importante la investigación porque al establecer la correlación entre ambas variables se podrá encaminar las acciones necesarias que optimicen la formación de los futuros Profesionales en Psicología en función a los resultados que podamos vislumbrar.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema General

¿Cuál es el nivel de información y las actitudes frente al VIH/SIDA y su prevención que presentan los estudiantes de la EAP de Psicología de la UNHEVAL, Huánuco - 2015?

1.2.2 Problemas Específicos

- a) ¿Cuál es el nivel de información sobre el VIH/SIDA que presentan los estudiantes de la EAP de Psicología de la UNHEVAL-Huánuco 2015?
- b) ¿Cuáles son las actitudes frente al VIH/SIDA y su prevención que presentan los estudiantes de la EAP de Psicología de la UNHEVAL, Huánuco - 2015?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Conocer el nivel de información y las actitudes frente al SIDA que presentan los estudiantes de EAP de Psicología de la UNHEVAL, Huánuco - 2015.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar el nivel de información sobre el VIH/SIDA que presentan los estudiantes de la EAP de Psicología de la UNHEVAL, Huánuco – 2015.
- b) Determinar la prevalencia de las actitudes de aceptación, rechazo o indiferencia de los estudiantes de la EAP de Psicología hacia el VIH/SIDA y su prevención.
- c) Determinar datos porcentuales referentes al nivel de información y actitudes frente al VIH/SIDA y su prevención en estudiantes de la EAP de Psicología de la UNHEVAL, Huánuco – 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 BASES TEÓRICAS

2.1.1. LA INFORMACIÓN Y EL CONOCIMIENTO Y SU REPERCUSIÓN EN EL INDIVIDUO

El conocimiento es considerado como la información o secuencia de señales combinadas según unas determinadas reglas y cuyas transmisiones de un emisor a un receptor modifica el estado de este último. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, conceptos acerca de los fenómenos reales, toma conciencia del mundo circundante.

Estos conocimientos se utilizan en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza y a las necesidades de las personas. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad, son dos pautas de un mismo proceso histórico que se condicionan y se compenetran recíprocamente.

En referencia a este aspecto, Víctor Afanasiev (1985), nos manifiesta: "El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originando cambios

en el proceso de pensamientos, acciones o actividades”. (pág. 155)

Estos cambios son observables en la conducta del individuo y las actitudes frente a problemas de la vida diaria, estas conductas irán cambiando conforme aumenten los conocimientos sumado con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo a través de dos formas:

- a) Informal. Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad, por ejemplo, complementándose con otros medios de información.
- b) Formal. Es aquella que se imparte mediante los conocimientos científicos en las escuelas donde se organizan mediante un plan curricular.

En la formación del conocimiento la persona forma ideas y desarrolla pensamientos sobre la realidad y, en esa medida, va formando un conocimiento de dicha realidad.

2.1.2. ACTITUDES

Todos los seres humanos tienen actitudes que se expresan en tendencias a responder en forma correcta o incorrecta frente a una persona, un grupo de personas, un objeto; ante una situación que comprende objetos y personas o ante una idea, como se puede determinar que las actitudes son elementos determinantes de vital importancia en la ubicación del sujeto

con respecto al medio social y físico que lo rodea. Krechb y R. Cretchfield (1982) definen la actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente, categoría, clase o conjunto de fenómenos o conjunto cognoscitivo. Es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante referencia actitudinales.

La actitud es una predisposición o inclinación para responder de modo predeterminado a los estímulos relativos, sin embargo, no todas las predisposiciones son calificadas como actitudes. Diferenciamos las actitudes de otras predisposiciones (grupos, hábitos, emociones, motivos biosociales) en que: las actitudes son aprendidas, son relativamente estables, implican la existencia de una relación entre sujeto y objeto, lo referente a una actitud puede abarcar un número grande o corto de temas y poseen características de tipo motivación-afectivo.

La posición de una actitud suele predisponer al individuo a reaccionar de una manera específica, por lo que su autoconocimiento permite a veces predecir su comportamiento, tanto en el campo laboral como en otros aspectos de su vida.

Podemos decir, que la conducta es la vía exteriorizada de las actitudes de las personas, las que reaccionan ante una situación instantáneamente en la forma prevista. Dentro del cognitivismo se plantea que hay una estrecha relación entre la conducta, las actitudes y la situación que actúa una persona.

Por eso las relaciones interpersonales se determinan un alto grado, por las actitudes que presentan las personas, las actitudes similares tienden a producir más comprensión y las actitudes disímiles producen más fricción entre los individuos.

En resumen, Una actitud es una disposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que suscita al individuo a reaccionar de manera característica frente a determinados objetos, personas, situaciones, es decir, una disposición de aceptación y rechazo que se expresa mediante el comportamiento.

Las expresiones de las actitudes de la conducta tienen varios aspectos básicos comunes: (Young, K. y Flügel, J. 1967)

- Todas las actitudes se expresan como reacciones afectivas provocadas por las personas y las situaciones, y así es como las ve el observador.
- El significado que tiene una situación para el individuo depende menos de sus factores reales, «objetivos», que de la forma en que aparece ante él y de la impresión que le produce, o sea de la actitud que el individuo asume ante la situación. (Lo han demostrado claramente los estudios sociológicos de la propaganda y los prejuicios).
- Las actitudes se desarrollan. Unas veces el origen se ve claramente, pero otras veces está incrustado tan

profundamente en relaciones anteriores, que se requiere un gran esfuerzo para comprender el «tema» total.

- Las actitudes son creadas por las actitudes de los demás, que influyen en ellas y pueden modificarlas, favorable o desfavorablemente; éstas son, por consiguiente, determinantes esenciales de la personalidad y de la conducta.

Las actitudes de los demás son tan importantes en la psicología y en la psicopatología, como los agentes bacterianos y tóxicos y las drogas medicamentosas en la salud y la enfermedad del cuerpo. El valor de las actitudes de los demás como fuerza motivadora ha sido demostrado muchas veces.

a) ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES

Las actitudes tienen tres componentes: el componente cognitivo, afectivo y conativo – conductual.

El componente cognitivo es el conjunto de conocimientos referidos al objeto de la actitud, estos conocimientos se expresan generalmente como juicios de valor.

El componente afectivo se refiere a las emociones y sentimientos vinculados a un determinado objeto, el objeto es vivenciado como placentero y displacentero.

La relación entre el componente cognitivo y afectivo se conceptúa como una consistencia afectivo – cognitiva, es decir la naturaleza del afecto que despierta el objeto de la actitud coincide con el contenido de la creencia, así tenemos que, si

una persona cree que el objeto de la actitud le conducirá al logro de objetivos, en el plano afectivo deberá darse un efecto positivo.

El componente conativo-conductual está referido a toda inclinación a actuar de una manera determinada ante el objeto de la actitud.

Debido a este componente se considera a las actitudes como buenos predictores para predecir conductas públicas; por el principio de congruencia los tres componentes de las actitudes se orientarían en la misma dirección, ya normalmente es difícil encontrar que una persona tenga una conducta negativa hacia un determinado objeto que a su vez sea evaluado por él mismo como positivo.

b) FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

Las actitudes se forman por medio de la acumulación e integración de experiencias. Un trauma o la experiencia dramática y la adopción que de ellas hagan otras personas pueden generar varias de actitudes. Considerable número de pruebas indican que la mayor parte de las actitudes son adoptadas en su forma definitiva a partes de distintos grupos de referencia.

El periodo crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años de edad, y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes

críticos y decisiones, hacia el final de este periodo las actitudes son bastante estables y persistentes.

El factor más importante en la formación de las actitudes es la acción que sobre ellos ejerce las experiencias personales que vivencia los individuos con el objeto de la actitud,

En lo que se refiere a la formación de actitudes es necesario señalar que tiene que ver con el componente ético de la personalidad y es característico de cada personalidad; pues, como dice Ortiz (1997) existen profundas diferencias entre las capacidades afectivas y cognitivas del hombre y las de los animales, y respecto del sistema conativo, se podría decir con todo énfasis que los animales simplemente no tienen una estructura de motivos, ni siquiera de un tipo más simple. El haber atribuido características motivacionales a las formas de comportamiento autogenerado de los animales es simplemente un constructo antropomórfico totalmente innecesario, ya que las formas de comportamiento no reactivo se explican muy bien en base a los procesos afectivo-emotivos de tipo inconsciente del propio animal

El sistema conativo-volitivo será pues un sistema característico único y exclusivo del hombre. De este componente de la conciencia depende que el accionar del hombre se haya convertido en conducta; es decir, en una forma de actuación personal en que se integran el

comportamiento emotivo y el desempeño productivo en base a reglas morales que traducen la estructura ética de la sociedad.

Las bases mismas de esta forma de actividad psíquica ya no son pues las necesidades internas del individuo, sino las necesidades sociales, que al ser incorporados por la personalidad se convierten en la actividad psíquica conativa, como son los motivo y los valores. Esta misma información se usaría luego como reglas o procedimientos de decisión volitiva por medio de los cuales se organiza la actividad autoconsciente de la personalidad; es decir, por medio de esta actividad, la persona se auto valora y es consciente de sí misma y de las consecuencias sociales de sus actos.

Las clases de información que se denominan motivos (como son principalmente las convicciones, expectativas, intereses, aspiraciones, intenciones, pasiones, ideales objetivos, propósitos, prejuicios, perspectivas, pretensiones, responsabilidades, obligaciones, deberes), en el curso de la actividad consciente adoptan la forma de valores, y en base a estos se organizan nuestros procesos volitivos de decisión.

Por consiguiente, se sustenta el punto de vista que la formación del carácter es el problema de la formación moral de la personalidad.

Según esto, cada persona tendrá que reflejar primero en su consciencia y luego en su conducta o actuación moral los

valores y las normas que la misma sociedad ha diseñado a fin de restringir los distintos grados de libertad que tienen sus miembros para satisfacer sus necesidades una vez personalizadas.

Como se sabe, el proceso por el cual el niño aprende a actuar en base a normas sociales se inicia desde los primeros años de su vida en el seno de una sociedad de tales o cuales características. Durante los primeros años, se supone que el infante regula su actividad en base a normas que podemos llamarla afectivas porque en realidad son los sentimientos (principio del placer) los que determinan si la norma impuesta debe aceptarse, incorporarse y cumplirse. Basta pues apelar a los sentimientos de agrado o desagrado para explicar la asimilación preferencial por parte del niño de las normas que orientan su comportamiento afectivo en el futuro.

De modo similar se sugiere que durante la niñez se organiza la actividad personal en base al componente cognitivo de la conciencia y por lo tanto la "conducta moral" en esta etapa sería más bien un desempeño que puede calificarse como adecuado o inadecuado. En esta etapa del desarrollo es, como se sabe, que el niño adquiere sus conocimientos y habilidades escolares. Según Ortiz (1994) en esta etapa se forma el componente cognitivo productivo de la conciencia, lo cual significaría que el niño incorpora el tipo de información social que conocemos como conocimiento. Al decir esto, se

estaría definiendo los conocimientos como una clase de información social que al incorporarse y codificarse en la corteza cerebral respectiva se convierte en el componente cognitivo de la consciencia.

En tal caso, el conocimiento (de nivel social) también se convierte en los conocimientos de la persona (a nivel psíquico de la consciencia). En cambio, con la formación del componente conativo se organiza la verdadera conducta o actuación moral de la personalidad. En esta misma etapa la reestructuración de toda la actividad consciente; es decir, de los componentes cognitivo y afectivo va depender de la estructura de motivos y valores que adquiera y construya la personalidad en formación. La configuración final que adopta la estructura de la consciencia en base a esta estructura de motivos y valores es lo que el autor denomina “actitudes de la personalidad”.

De este modo quedaría estructurado la actividad personal desde las actitudes; esta estructura personal constituiría finalmente el carácter de la personalidad. La expresión de este componente en la conducta determina que las actitudes sean juzgadas o valoradas, como correctas e incorrectas. Dicho de otro modo “las actitudes” serían la configuración que adopta todo el conjunto de la actividad psíquica consciente en base a la información conativa respecto de las relaciones económicas de la sociedad

c) CAMBIO DE ACTITUDES

La influencia que recibimos del medio social proviene principalmente del cambio de nuestra actitud ocasionado por la presencia o la referencia de otras personas. Nuestro mejoramiento personal, como nuestro empeoramiento, pueden provenir del cambio de actitud mencionado. Tanto los procesos beneficiosos para los pueblos, como las grandes catástrofes sociales han, sido promovidos por la actitud de unos pocos líderes que pudieron modificar actitudes a niveles generalizados.

Edward E. Jones y Harold B. Gerard (1980) escribieron:

“Las actitudes se forman a través de la experiencia y, a pesar de su relativa estabilidad, pueden ser cambiadas mediante esa misma experiencia. Considérese la multiplicidad de los acontecimientos cotidianos que se disponen deliberadamente para que afecten nuestras opiniones e influyan en el modo como nos comportamos”.

“Los artículos editoriales de los periódicos pueden dirigir nuestra atención hacia algún problema social o político con la esperanza de estimularnos a la acción”. “Nuestras creencias y acciones son el blanco de muchos mensajes que crean presiones con la finalidad de cambiar nuestras actitudes e inducirnos a un comportamiento que, de otra manera, no emprenderíamos”.

“También existen fuerzas contrarias que tratan de apuntalar las actitudes que ya poseemos. Para que las actitudes puedan persistir, han de sobreponerse a las presiones que compiten con ellas”.

“La actitud es una predisposición para acercarse (valorar positivamente) o evitar (valorar negativamente) cierta clase de objetos. Las opiniones son expresiones verbales de disposiciones subyacentes. Por tanto, ya que las opiniones se definen como expresiones concretas de las actitudes, probablemente sea más apropiado indagar las funciones de las actitudes en sí”.

Los cambios de las actitudes se pueden clasificar en dos tipos o formas principales, éstas son:

- ✎ El primero nos plantea que puede obtenerse un cambio con mayor facilidad cuando el grado de dirección de una persona se mantiene estable sea en contra o a favor, frente a un objeto, idea o persona; o sea que es posible lograr cambios del grado actitudinal sostenida en mayor o menor graduación siempre y cuando se siga conservando la misma dirección (favor o en contra)
- ✎ El segundo tipo de cambio es mucho más difícil de lograr, puesto que, tratará de invertirse la dirección de la actitud medible, este cambio sólo en términos conductuales. Por la tanto será menos probable que cambien aquellas personas

que tienen actitudes extremas, o sea que mientras mayor sea la multiplicidad de una actitud es menos probable que ocurra un cambio en la dirección, pero resulta más probable que presente una variación en la intensidad. A este cambio Krechb y R. Cretchfield (1982) lo denominaron “cambio incongruente” debido a que la dirección del cambio se dirige hacia el signo opuesto da la actitud original.

d) DIMENSIONES DE LA ACTITUD

Las actitudes implican la formación de un sistema individual de aceptación-rechazo. En esta perspectiva una actitud, estaría estructurada por grado de aceptación y grado de rechazo; pero el hecho de establecerse un continuo afectivo condiciona que podamos encontrar igualmente un grado de neutralidad. Lógicamente estos grados difieren en función de la actitud dada y poseen cierta estabilidad.

El grado de aceptación incluye la posición más aceptable para el sujeto junto con otras que también estima aceptable.

El grado de neutralidad indica posiciones que el sujeto no evalúa o ante lo que permanece indiferente.

Cuando se produce un cambio de actitud se presenta una variación en el sistema personal de aceptación-rechazo, determinándose en consecuencia una evaluación diferente del objeto social. Esta modificación con seguridad no se producirá

instantáneamente, sino que será tanto más difícil de obtener en la medida que se incrementa la implicancia de asunto para el sujeto. Esto es, cuando el objeto de actitud tenga una mayor dificultad para conseguir el cambio actitudinal.

En definitiva, al referirnos a las actitudes de la persona no estamos hablando de asuntos momentáneos o transitorios. Hablamos de factores psicológicos responsables de los modos conscientes y característicos en el individuo de reaccionar a favor o en contra de una clase de objetos y de subconjuntos dentro de esta clase. Es decir, que el individuo manifiesta actitudes que se mueven desde lo muy positivo (correctas) a lo muy negativo (incorrectas). Si las influencias negativas son lo bastante fuertes, posiblemente sería más eficaz debilitarlas que tratar de modificar el equilibrio mediante el recurso de reforzar las influencias que van en la dirección opuesta, es decir, las positivas. Estas actitudes correctas o incorrectas, pueden ser fuertemente polares o extremas implicando estas posturas de actitudes, fuertes componentes afectivos o emocionales.

La Rosa (1993) considera que en toda actitud es factible encontrar dos dimensiones que se presentan en la práctica simultáneamente.

☞ **Dirección.** Es la orientación que posee la actitud en su continuo de aprobación, desaprobación, conformidad, disconformidad o acuerdo-desacuerdo.

☞ **Intensidad.**

Es el nivel de polarización que alcanza la actitud en el continuo; por tanto, podríamos decir que la intensidad de una actitud se expresa en el grado de aceptación o rechazo de un objeto actitudinal.

e) ACTITUDES Y CREENCIAS

La distinción que proponen D. Krech y R.S. Crutchfield (1982) entre creencias y actitudes parece ser muy conveniente. La creencia es «una organización durable de las percepciones y de los conocimientos relativos a ciertos aspectos del mundo de un individuo», mientras que la actitud es «una organización durable de los procesos emocionales, motivacionales, perceptivos y cognoscitivos referentes a ciertos aspectos del mundo de un individuo», o sea que toda actitud supone un elemento cognoscitivo, la creencia; en realidad, la actitud es una creencia adicionada de carga afectiva y volitiva, mientras la creencia es emocionalmente neutra”.

f) ACTITUDES Y PREDICCIÓN

Si no existiese una actitud o respuesta característica en cada persona, sería imposible poder predecir su comportamiento. Incluso la propia persona no podría mantener objetivos de largo plazo y su vida carecería de sentido. Edward E. Jones y Harold B. Gerard (1980) escribieron:

“Quizá imaginando qué sería la vida si se careciera de actitudes podremos lograr alguna idea sobre su trascendencia en el funcionamiento normal del hombre. El organismo carente de actitudes no podría tomar fácilmente decisiones entre los diversos modos de actuar. Por el contrario, tal organismo se vería obligado a ejecutar cálculos intensos sobre cuáles serían las recompensas o castigos que se podrían esperar en cada nueva situación.

No sólo sería ineficiente para el organismo, sino que también las consecuencias sociales de carecer de actitudes serían dramáticas. Sin duda, el trato humano normal sería más primitivo y reflexivo si no fuera posible hacer generalizaciones sobre preferencias o predisposiciones del otro. El podernos anticipar al proceder de otros quedaría reducido a un conocimiento muy general del comportamiento específico de la especie y no nos proporcionaría líneas guía que nos permitiera anticipar diferencias individuales en el comportamiento”.

2.1.3. EL VIH/SIDA. HISTORIA

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control and Prevention (Centro para la prevención y control de enfermedades) de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos

casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses. (Espinoza, N. 2009).

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al SIDA «peste rosa», debido a esto se confundió, y se le atribuyó a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*. Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del SIDA. La teoría con más apoyo planteaba que el SIDA era causado por un virus. La evidencia que apoyaba esta teoría era, básicamente, epidemiológica. En 1983

un grupo de nueve hombres homosexuales con SIDA de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas. (Espinoza, N. 2009).

Otras teorías sugieren que el SIDA surge a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante el sexo anal combinado con el uso de inhalantes con nitrito (*poppers*) producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el SIDA sea producto de la infección del VIH. (Espinoza, N. 2009).

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al SIDA en otros primates.

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier aislaron el virus de SIDA y lo purificaron, el Dr. Robert Gallo, Estadounidense, pidió muestras al laboratorio Francés, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Después de diversas controversias legales, se

decidió compartir patentes, pero el descubrimiento se les atribuyó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les concedió el Nobel conjunto junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus. Aceptándose que Robert Gallo se aprovechó del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones. En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna. (Espinoza, N. 2009).

En esos tiempos las víctimas del SIDA eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían SIDA no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños; éste fue el caso del joven estadounidense Ryan White. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado. (Espinoza, N. 2009).

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del SIDA en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que el SIDA era un castigo de Dios a los homosexuales (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes).

Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque en un principio el SIDA se expandió más deprisa a través de las comunidades homosexuales y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en occidente eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, la difusión del mismo en África fue principalmente por vía heterosexual. (Espinoza, N. 2009).

El SIDA pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia. (Espinoza, N. 2009).

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del SIDA no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión. (Espinoza, N. 2009).

2.1.4. DINÁMICA SOCIAL DEL VIH/SIDA

Es importante considerar la doble determinación entre prácticas y representaciones, ya que éstas determinan las prácticas en algunos contextos y, a su vez, las prácticas pueden determinar las representaciones en función de los elementos específicos de la situación.

Las "representaciones sociales no son causas de comportamiento, son guías para las conductas sociales". Por lo tanto, no se trata de establecer una estricta causalidad mecanicista y lineal que relacionaría representaciones y prácticas. Este es un punto significativo en esta discusión, puesto que si la causalidad entre una representación y una conducta fuera de tal forma simple y directa, el hecho de que un sujeto tuviera información concreta y apropiada acerca del SIDA sería suficiente para predecir una conducta preventiva, como el uso del condón. Sin embargo, la realidad dista de ser tal y los profesionales de la salud, así como diversas organizaciones e instituciones sociales se enfrentan en la práctica a reas y omisiones que sorprenden con frecuencia las posibles previsiones y las expectativas puestas en las diferentes estrategias de prevención que se implantan. (Flores, 2000).

La investigación científica ha producido diversas explicaciones sobre el SIDA, básicamente orientadas hacia la búsqueda de estrategias de control de la infección y en el establecimiento de medidas de prevención. Sin embargo, por su propia naturaleza y

dimensión, este problema se impone como fenómeno social, movilizándolo imaginarios y constituyendo representaciones que modelan nuevos y diversos comportamientos sociales. Desde el inicio de la epidemia, el VIH ha infectado a más de 50 millones de personas y aun cuando se trate de un virus de acción lenta, ha tenido un rápido impacto social que se ve reflejado en diversas posiciones ante el problema y ante las personas que viven con el SIDA. Se ha considerado la difusión de la información científica como un elemento central para contrarrestar el desarrollo de la pandemia, sin embargo, hoy se sabe que la información es una condición necesaria, pero no suficiente, para modificar hábitos de conducta humana. Los grupos procesan un cúmulo de información que impacta su estructura subjetiva y se manifiesta claramente en estigmas, sentimientos de rechazo, exclusión, miedo al contagio y a la muerte. No basta con que los colectivos tengan cierto nivel de información, o que en su discurso cotidiano se mencione el SIDA para considerar que el camino de la toma de conciencia y prácticas de prevención estén garantizados. Hablar del SIDA remite a situaciones de interacción entre los participantes del acto de habla y puede incluir la comunicación de experiencias personales. En cambio, recibir información sobre el SIDA tiene una connotación más estática donde los componentes parecen ser un 'transmisor' capacitado y un receptor pasivo.

Como objeto de reciente construcción colectiva, la representación social del SIDA ha sufrido diversas modificaciones. En este

ámbito específico las nociones de sentido común son productos de interacción social, en los cuales la información científica es interpretada y adaptada al marco de conocimiento tributario de la historia particular de cada grupo, es decir, de la cultura.

La extensa literatura sobre el tema ha demostrado que el significado de esta enfermedad estuvo, desde sus inicios, socialmente relacionado con la preferencia sexual de los enfermos. Todavía está presente el recuerdo de la década de 1980 cuando en función de las creencias y valores de los distintos actores sociales se establecieron posiciones ingenuas en las cuales el SIDA fue concebido como castigo divino o como intención maquiavélica de la ciencia.

Desde el inicio de la pandemia, la colectividad recurrió a explicaciones sustentadas en mitos y creencias para otorgar un sentido que explicara lo desconocido, descuidando frecuentemente la información esencial que ubicaba el origen de la enfermedad como consecuencia de infección por virus (VIH). No cabe duda que, a pesar de los enormes esfuerzos desplegados mundialmente en el sentido de generalizar la información respecto a esta infección, todavía hoy las explicaciones originales influyen en la forma de percibir el objeto.

Considerando entonces la dimensión de existencia real de las representaciones sociales en su participación en la fisiología psicológica y social (expresión metafórica de los investigadores) en el cual desenvolvemos nuestra vida biológica es menester ser

objeto desde diversas ópticas, más si se relaciona directamente con el fenómeno del VIH, el cual reviste también una biología con vida social. (Flores 2000).

2.1.5. ASPECTOS CLÍNICOS

a) VÍAS DE TRANSMISIÓN

Según el Departamento de Medicina (1993) de la Universidad de California, las vías de transmisión del virus HIV son las siguientes:

- **Transfusión.** - En los individuos que han sido infectados a través de transfusiones sanguíneas (Por ejemplo: plaquetas), la transmisión del HIV puede haber ocurrido ya sea por el virus libre o a través de las células infectadas con el virus. Estudios en receptores de transfusiones han sugerido que el estudiado clínico del donante infectado puede influir en la progresión a la enfermedad en el receptor. Los que reciben sangre de un individuo que progresa a la enfermedad en 29 meses después de la donación tiene una mayor probabilidad a desarrollar SIDA que los que reciben sangre de un individuo que progresa a la enfermedad después de ese periodo de tiempo.

Como la mayoría de donantes deben haber estado asintomáticos habría habido bajos niveles de virus libre en la sangre y, por tanto, la principal fuente de infección a través de una transfusión habrían sido las células

infectadas por el virus. De hecho, en raras ocasiones parece que se ha infectado los receptores de sangre VIH positiva. Este hecho puede reflejar bajos números de células infectadas por el virus o una respuesta inmune natural de los linfocitos CDS contra el VIH en el donante. Esta actividad antiviral suprimiría la producción del VIH y reducirla así de manera sustancial el número de células que podrían transferir el virus del donante al receptor. Es más, con una carga viral baja, una respuesta inmune activa en el receptor podría eliminar rápidamente las restantes células infectadas.

- **Factores de Coagulación.** - Antes del actual despistaje y preparación de los productos sanguíneos (p. ej.; tratamiento con calor). Los individuos con hemofilia podían infectarse a través de transfusiones de sangre, concentrados de factores de coagulación y otros productos sanguíneos. En los últimos casos, la fuente confirmada de infección ha sido el virus, si está presente en el plasma inicial, puede sobrevivir a los procedimientos necesarios para producir crioprecipitados o liofilizados del factor VIII o X. Es más, aunque la liofilización reduce los títulos de VIH hasta en 100 veces, los virus libres residuales luego de este proceso probablemente pueden mantenerse estables en forma de polvo en varios años.

- **Transmisión Homosexual.** - Varios estudios sero epidemiológicos han indicado que el individuo (de la pareja) que tiene el rol receptivo en el contacto anal/genital es el más susceptible a la infección por el VIH. Inicialmente se consideró necesaria la presencia de lubricaciones en el canal anal para el ingreso del virus, pero estudios indican ahora que la mucosa intestinal contiene células que pueden ser directamente infectadas por el VIH, además de las soluciones de continuidad en la mucosa, podrían ser las células infectadas presentes en el líquido seminal. Estas células pueden entrar en contacto con las células que recubren la mucosa del intestino y transferirles virus infectantes. A este respecto, los monocitos y linfocitos infectados por el virus VIH pueden pasar virus a células epiteliales cultivadas mediante el contacto célula a célula-

Otro medio potencial de infección por VIH es vía las células M intestinales. Estas posibilidades son apoyadas por estudios que indican que el lavado del canal antes del contacto sexual es un riesgo separado de transmisión del VIH en el receptor homosexual aparte del coito anal, otras prácticas sexuales, como el sexo oral receptivo y el contacto sexual anal/genital insertito conllevan a un riesgo bajo, pero todavía potencial de transmisión del VIH.
- **Transmisión heterosexual.** - Además del contacto anal/genital en las relaciones heterosexuales, el coito

vaginal también conlleva un riesgo sustancial de transferencia del VIH. Esta transmisión será más probable si los fluidos vaginales o seminales tienen muchas células infectadas. Este riesgo será más evidente durante la menstruación y poco después de ella, antes que se haya vuelto a formar el tapón mucoso. En el caso de transmisión del VIH como resultado de inseminación artificial se inyectaron células infectadas por el virus conjuntamente con los espermatozoides dentro de o a través del orificio cervical, llegando así al útero.

La infección de mujeres puede realizarse en el cérvix, en especial si están presentes células inflamatorias susceptibles al VIH (P. ej. monoxinol-9) puede aumentar la transmisión del virus a través de la irritación de las células que recubren la vagina.

El componente masculino de un coito vaginal puede ser infectado mediante células infectadas por el virus presente en el fluido genital femenino que se pone en contacto con los macrófagos o las células epiteliales que recubren el canal uretral. Esta transmisión del VIH puede ser particularmente probable si la mujer tiene enfermedad venérea con presencia de muchas células inflamatorias (Conteniendo células infectadas por el virus)

- **Transmisión Madre Niño.** - La transferencia del VIH de la madre al niño ha disminuido notablemente en los últimos

años. Si en (1993) según referencia del Departamento de Medicina, han sido reportados al 60% de madres seropositivas, en fecha actual se propone reducir la transmisión vertical a menos del 2% en el 2011. Algunos investigadores han encontrado VIH en tejido fetal y la placenta. Es más, se ha encontrado el VIH en la leche de algunas madres infectadas por el VIH. Los hallazgos sugieren fuertemente pero no prueban, que un neonato puede infectarse no solo intra útero sino también a través del contacto con la sangre, secreciones o líquido amniótico maternos. En este último caso, una atención cuidadosa en cuanto a la velocidad y limpieza de los procedimientos obstétricos y en la limpieza del canal de parto y del neonato, para remover la sangre y secreciones maternas, pueden ser útiles en la reducción de la posibilidad de infección por VIH en el neonato.

En el caso de infección del neonato después del parto, algunos investigadores han reportado que puede ocurrir transmisión por lactancia materna y el riesgo asociado con esta práctica se ha estimado entre 14% y 29%.

b) EVOLUCIÓN CLÍNICA

La infección por VIH es una enfermedad progresiva generalmente dividida en 3 fases:

Asintomático, Complejo Sintomático relacionado con SIDA y SIDA completamente desarrollado.

Las personas con SIDA pueden sufrir infecciones y/o tumores oportunistas que ponen en peligro la vida. El término "Oportunista", implica que el microorganismo casual es completamente inocuo excepto para quienes tienen alteraciones inmunológicas. Las infecciones oportunistas que ponen en peligro la vida se dividen en tres principales categorías: las que afectan los pulmones, las que influyen al intestino y las que afectan al sistema nervioso.

Casi la mitad de las personas con SIDA tienen una infección respiratoria como primer signo SIDA. Aunque hay varios microorganismos que pueden provocar problemas pulmonares en el SIDA, con mucho el que causa neumonía con mayor frecuencia es Pneumocytosis carini, un microorganismo que se encuentra en los pulmones en muchas personas.

La neumonía por Pneumocytosis caniril, (NPC) se presenta con tos seca, falta de respiración y fiebre. Los síntomas tienden a empeorar de manera gradual durante varios meses.

Las infecciones oportunistas que afectan al intestino pueden presentarse en diversas formas. Primero, el "algodoncillo" (también conocido como candidiasis, por el microorganismo candidata albicans- que la causa, puede afectar la garganta, originando molestias al deglutir. Diversas infecciones pueden

causar diarrea y la más común es la origina por un microorganismo llamado Cryptosporadina, que puede ser muy resistente al tratamiento. Otra manifestación común de SIDA es una ulceración grave de la región anal por herpes genital. Por fortuna al medicamento Aciclovir es muy eficaz para combatir este trastorno).

El sistema nervioso también puede afectarse en diversas formas: algunos de los trastornos neurológicos que se observan en pacientes de SIDA no son infecciones nitumores oportunistas sino, por el contrario, se deben a los efectos neurológicos primarios de HIV.El más común se llama encefalitis subaguda y causa una pérdida gradual de las funciones intelectuales que pueden progresar hasta la demencia grave. En ocasiones, el VIH afecta la médula espinal o nervios periféricos, causando debilidad de las piernas y anomalidades sensoriales. Un hongo, llamado Cryptococcus, puede producir meningitis (Inflamación de las membranas que cubren el cerebro y medula espinal). Ello origina cefalea y fiebre persistente, y lo que se conoce como fotofobia (intolerancia anormal a la luz). Otros pacientes pueden sufrir toxoplasmosis cerebral, que causa ataques, cefalea, somnolencia y debilidad de uno o varios miembros. Un virus llamado Citomegalovirus (CMV) puede inflammar la retina de uno o ambos ojos originando un trastorno conocido como retinitis CMV, que deteriora la visión y si no se trata puede

progresar hasta la ceguera. El tumor más común que afecta a los pacientes con SIDA es una forma de cáncer cutáneo llamado Sarcoma de Kaposi (SK). Suele ser más agresivo con estos pacientes, suele comenzar en la piel, pero a diferencia del tipo clásico es posible que comience en cualquier parte de la superficie cutánea. En etapas muy iniciales se ve una placa pequeña de color rosa o violáceo, a menudo de unos cuantos milímetros de diámetro. Es común que haya una coloración pardo amarillenta alrededor de las nuevas lesiones (o sea manchas) de SK, que son inoloras y causan prurito. Muy rara vez, SK, desaparece espontáneamente. Con el tiempo, las lesiones pueden aumentar de tamaño, aparecer en cualquier parte de la piel y diseminarse a órganos internos.

○ **NIVELES RELATIVOS DE VIH EN LÍQUIDOS CORPORALES**

Varios estudios en cultivos titulares han determinado las cantidades relativas de virus libre y de células infectadas por el virus en una variedad de líquidos corporales, incluyendo sangre, secreciones genitales, líquido céfalo-raquídeo(LCR), líquido amniótico, lavados bronco alveolares, orina, leche, lágrimas y saliva. Esencialmente aparte de la sangre secreciones genitales y el LCR, otros fluidos biológicos contienen muy pocos virus libres infectantes. La evaluación del sudor, heces y orina, no mostró virus presentes.

Los únicos fluidos corporales que contienen cantidades importantes de virus libre (es decir, no asociados con células), son la sangre y el LCR. En la sangre se han detectado niveles de hasta 1000 partículas infecciosas (PI) /ml en individuos con síntomas en especial SIDA. En individuos saludables infectados por el VIH, la cantidad de virus libre por lo general bordea las 100 PI/ml, pero puede ser algo menor de 1 PI/ml.

El virus libre no ligado a anticuerpos en el plasma o el suero pueden detectarse mediante la prueba inmunoabsorbente ligada a enzima (ELISA).

○ **AISLAMIENTO DEL VIH EN LÍQUIDOS CORPORALES**

	Cantidad estimada de VIH
Líquido Libre en Células	
Plasma	1-500
Lágrimas	< 1
Secreciones óticas	5-10
Saliva	< 1
Orina	< 1
Vaginal/Cervical	< 1
Semen	10-50
Leche	< 1
LCR	10 -1000
Células infectadas	
CMSP	0.001% -0.1%
Saliva	0.01%
Líquido Bronquial	NR
Líquido vaginal/Cervical	NR
Semen	0.01% -5%

Fuente: Laboratorio de Jay A. Levy, MD

En los primeros reportes de casos de SIDA se encontraron lesiones bucales, siendo la candidiasis la más frecuente.

- **Candidiasis Seudomembranosa.** Placas blancas, blandas o membranas confluentes, que al ser separadas dejan una superficie anormal o levemente sangrante y pueden comprometer toda la boca.
- **Candidiasis Eritomatosa.-** Mucosa Eritomatosa dolorosa en el paladar y en la cara dorsal de la lengua depapilada.
- **Quetillis Angular.** - Ulceración lineal o fisuras rodeadas por eritema en los ángulos de la boca, puede ser dolorosa.

La candidiasis bucal es un buen indicador de la evolución de la infección VIH a la etapa de SIDA.

- **Leucoplasia Velloso.** - Lesión blanca de la lengua y ocasionalmente de otras partes de la boca, debida a hiperplasia epitelial. Parches blancos verticales de aspecto veloso, no desprendibles, pequeñas o juntas en los bordes laterales de la lengua y no responden a tratamiento antimicótico. Se encuentran casi exclusivamente en personas con VIH o pacientes con tratamiento inmunosupresor.
- **Sarcoma de Kaposi.** - Máculas o nódulos azul rojizo en el paladar y en la encía adherida. Se debe diferenciar de

lesiones vesiculares benignas, equimosis o anomalías de las glándulas salivales. El sarcoma de Kaposi, es más frecuente en varones homosexuales o bisexuales con SIDA y en pacientes con tratamiento inmunosupresor.

- **Linfoma NO Hodgkin.** - Crecimiento tumoral exofítico, rojo púrpura en el paladar y en el área retromolar. EL linfoma no Hodgkin en asociación con infección VIH, constituye un diagnóstico SIDA.
- **Herpes Simple.** - Lesiones aisladas múltiples o confluentes, junto a vesículas en la mucosa queratinizada del paladar duro, encía adherida y cara dorsal de la lengua. En pacientes con VIH, el herpes labial o intrabucal que persiste más de un mes, completa la definición SIDA.
- **Papilomavirus Humano.** - En relación a los condilomas acumulados aparecen en cualquier superficie como pequeños fibromas, papilomas escamosos o verrugas.
- **Candiloma acuminado.** - Nódulos pequeños, múltiples, color blanco o rosado, que crecen y se unen a las masas bulbosas diseminadas en el dorso de la lengua, mucosa bucal, paladar, encía y reborde alveolar.
- **Hiperplasia epitelial focal.** - Lesiones nodulares, sensibles, con superficie granular y márgenes

irregulares, del mismo color de la mucosa adyacente, que tienden a coalescer en la mucosa bucal, comisuras labio superior y lengua.

- Enfermedades de la glándula salival, xerostomía y/l inflamación de las glándulas salivales mayores, la parótida es la más afectada, con sensación de boca seca. Caries cervicales, debido a la xerostomía.
- **Infecciones dentales.** - Son difíciles de resolver, o pueden difundirse, los alveolos de las extracciones pueden infectarse o cicatrizar lentamente, en algunos casos se ha presentado osteomielitis y actinomicosis. Por lo tanto, puede ser recomendable tratar las infecciones odontológicas con antibióticos o considerar profilaxis antibiótica de los procedimientos quirúrgicos.
- **Cicatrización Demorada.** - Los pacientes con infección VIH, después de extracciones y osteotomía pueden tener cicatrización demorada, presenta dolor persistente difícil de controlar, a pesar de la administración de analgésicos y antibióticos. La cicatrización de los tejidos blando, después de la biopsia, puede ser afectada y complicada por la infección local.
- **Gingivitis Asociada a VIH.** - Eritema en la encía marginal y adherida que puede extenderse hasta la mucosa alveolar. En la encía marginal banda lineal roja

vestibular y próxima que se extiende de 2 a 3 mm. En sentido epical. En la encía adherida, punteado o manchas que en algunas pueden coalescer, dando a los tejidos afectados la apariencia rojo brillante. No responde al tratamiento convencional.

c) PRUEBA ANTICUERPO

Según Miller (1989) la prueba de anticuerpo del VIH es, de hecho una valoración de inmunoabsorbencia ligado a enzimas (ELIZA) (Del inglés Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay).

La prueba es especificada para anticuerpos HIV no mostrará la presencia de anticuerpos a otras infecciones. Consiste en lo siguiente: La sangre del paciente se pone “en competencia”, para unirse con antígeno en un pequeño “Poso” con un anticuerpo HIV en la sangre del paciente, no se convierte en substrato añadido a su producto final de color, una mezcla transparente indica que la sangre está infectada; si no hay infección la mezcla se tiñe. (Malpartida, J. 1995).

2.1.6. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS PRODUCIDAS POR EL SIDA

Según el Psicólogo Clínico Miller (1989) en su libro titulado “Viviendo con SIDA y HIV” manifiesta que las alteraciones psicológicas ocasionadas por el SIDA se relaciona con la salud. Sólo en cuánto tiempo va a vivir. Para otros cuanto tiempo voy a

cuidar a un inválido. No es posible hacer ningún plan para el futuro. Ello hace que uno examine exactamente por permanecer juntos. El punto principal es “¡Todo lo valdrá!” .Con todos estos problemas que se presentan se dan las siguientes consecuencias clínicas como son:

a) ANSIEDAD Y ESTRÉS

Son inevitables en quienes padecen VIH, SIDA. El estrés que afronta cualquiera en una situación que pone peligro la vida es múltiple y con frecuencia muy compleja. No necesitan surgir simplemente de la forma en que siente las personas sobre su salud; en ocasiones, otros generarán o contribuirán al estrés por la naturaleza de sus reacciones personales. El hecho importante sobre las reacciones de ansiedad es que pueden ser que quienes la sufren piensen erróneamente que están empeorando mucho más físicamente por la infección, cuando en realidad es la ansiedad la que origina las complicaciones. Es útil en el primer caso considerar los síntomas que acompañan con frecuencia a la ansiedad.

- Síntomas de Ansiedad.- En un estado de ansiedad la conducta normal se altera en una o más de las siguientes formas: Agitación y nerviosismo: Sentirse “Tieso”, irritable e inquieto. Gran preocupación: Algunas veces enfocada en acontecimientos y problemas precisos, en ocasiones con ansiedades vagas, cambiantes que es difícil restringir.

➤ Síntomas Físicos:

Tensión muscular, que origina dolores en el tórax, cuello y espalda, cefaleas, agitación y temblor, estómago “anudado”

Agitación intestinal y vesical, que provoca viajes esporádicos o frecuentes al baño.

Náuseas y en ocasiones vómitos, dificultad para digerir la comida, que a veces causa cierta pérdida de peso.

Aumento de la sudoración, Palpitaciones y “golpes” violentos del corazón, Vértigos, atollondramientos y posiblemente hormigueo de manos y pies.

Cierta visión borrosa o “embotada”.

Mayor sensibilidad al ruido, la temperatura, el tacto y luces brillantes.

Rubores, manchas, exantemas o ambos, Sensación de falta de aliento, Boca seca, Ganglios linfáticos crecidos (en la ansiedad crónica)

Dificultad en el sueño: Problemas para dormirse, despertar temprano y un sueño más alterado (tal vez incluyendo pesadillas)

Fatiga física: Pérdida del valor y letargo frecuente, en ocasiones con largos periodos de falta de energía.

Dificultades cognoscitivas: Problemas para concentrarse, recordar y obtener información; distracción y confusión con facilidad, incluso con labores en apariencia sencilla.

Cambios de ánimo: Cambios rápidos o repentinos del ánimo, en ocasiones de un extremo a otro, por ejemplo, de la risa al llanto. Algunas personas se tornan extremadamente irritables y es difícil comunicarse con ellas, tal vez tornándose enérgicas y en especial exigentes con quienes aman.

Pérdida del impulso sexual: Una pérdida temporal del deseo sexual con una pareja o la función sexual.

b) DEPRESIÓN

La depresión es una de las reacciones psicológicas más comunes en seropositivos VIH, en especial en el periodo siguiente al descubrimiento de la infección. Las personas deprimidas sufren los siguientes tipos de alteraciones:

- ❖ Depresión del ánimo: más del 90% de los deprimidos comentan que se sienten tristes y abatidos, sin esperanza y propensos a llorar.
- ❖ Pérdida del interés o de placer en actividades que antes disfrutaban.
- ❖ Sentimiento de inutilidad y culpa: muchas personas deprimidas llegarán a rechazar cualquier logro pasado o actividad actual, como “nada especial” y, en lugar de

enfocarse en las cosas que han logrado, lo harán más exclusivamente en equivocaciones, errores de juicio y “fracasos” anteriores.

- ❖ Baja auto estimación: Acompañado a la inutilidad y culpa antes descritas se encuentran el sentimiento de ser un fracaso constante, indigno, incompetente e inadecuado para tratar con las responsabilidades que puedan haber tomado “mal guiados” durante los años.
- ❖ Desesperanza: Las personas deprimidas pueden decir que son simplemente incapaces de llevar a cabo incluso las labores diarias más rutinarias, como vestirse, cuidar de sí mismos, bañarse y otras actividades.
- ❖ Pensamientos suicidas
- ❖ Ansiedad.
- ❖ Dificultad del pensamiento: Las personas deprimidas come tan en frecuencia que cada vez tienen más problemas con la concentración y la memoria.
- ❖ Obsesiones y paranoia: Con frecuencia, a medida que las personas se tornan más deprimidas pueden mostrar preocupaciones obsesivas. En casos raros pueden mostrar signos de paranoia quizás culpando a otros de sus circunstancias actuales.

- ❖ Pérdida de energía.
- ❖ Retardo y agitación: Comentarán que se sienten físicamente más lentos y en casos graves quizás dejen de moverse del todo.
- ❖ Pérdida de apetito y del peso
- ❖ Trastorno del sueño
- ❖ Pérdida del impulso sexual
- ❖ Síntomas corporales: algunas personas deprimidas experimentarán cambios en su funcionamiento corporal; es posible que se quejen de cefaleas, dolores en la nuca, palpitaciones, indigestión y náuseas, dolor bajo la espalda, sudoración, agitación o temblor físico fino.

c) ESTADOS OBSESIVOS

Es fácil encontrar pruebas de trastorno obsesivo en el contexto de la epidemia de SIDA y VIH.

Es un nivel individual, es importante diferenciar entre por una parte del grado de preocupación y problemas que las personas seropositivas, o las que se encuentran en riesgo, podrían experimentar una vez que ha aprendido del o sobre “el riesgo” de la infección, y por otro lado los estados obsesivos que pueden surgir en personas que no han sido capaces de ajustarse al conocimiento y a su vulnerabilidad personal. Las personas que sufren de una meditación obsesiva tendrán

pensamientos involuntarios (No controlables) o cuadros mentales de enfermedad, declinación, muertes o ambas una y otra vez, en ocasiones “Plagándolos” estos pensamientos durante muchas horas terribles, sin alivio.

No sorprende que la opresión mental de estas preocupaciones involuntarias pueda llevar a los grados más elevados de frustración, desesperación, sufrimiento y miseria. Estos pensamientos pueden ocupar todas las horas de un día, dejando exhausto y con ansiedad a quien lo sufre. Puede originar un gran sufrimiento en las relaciones, en particular, porque ningún grado de estímulo o esfuerzo por parte de quien los cuida parece distraerlos de los pensamientos que los desesperan.

Otro estado obsesivo incluye las meditaciones que ocurren con (o con más propiedad conducen a) actividad compulsiva, como revisar, repetir o contar.

d) SUICIDIO

El suicidio en pacientes de SIDA, puede ocurrir de muchas formas sutiles.

Es importante recordar que los pensamientos de suicidio son una respuesta común y normal a noticias inevitables que ponen en peligro la vida. Pacientes que algunos meses después de informárseles su infección, hicieron afirmaciones como “he estado pensando que me mataría ahora, en lugar de

que el virus lo haga lentamente”. La especulación y el frenesí por afirmaciones en medios publicitarios que arrebatan la atención, pueden cambiar la vida de un seropositivo de un mundo de inquietud, tristeza mórbida en la que la opción del suicidio puede comenzar a parecer un refugio sereno. Muchos pueden sentir genuinamente que la dignidad de una muerte auto determinada es muy preferible a la posibilidad de declinación del individuo.

Hay muchas indicaciones sobre la posibilidad de suicidios en seropositivos y en sus (seropositivos) amados y cuidadores. Los estudios de personas que han intentado suicidarse destacan los siguientes motivos detrás de sus intentos:

- Separación, divorcio o duelo “marital”
- pérdida inminente de un ser amado
- Vivir solo
- Aislamiento social
- Problemas económicos
- Mala salud física
- Falta de empleo o retiro (reciente)
- Discusiones violentas recientes con algunas relaciones
- Enfermedad incapacitante incurable.
- Depresión
- Dependencia al alcohol, drogas o ambos.

- Síndrome cerebral orgánico
- Intentos anteriores de suicidio (especialmente violentos en el último año).
- Advertencias o comentarios sobre suicidios.
- Preparación de medios, notas de suicidio, elaboración de testamento, planes de seguro.

Es obvio que una gran parte de los intentos de suicidio ocurren en el contexto de una depresión crónica o en un periodo de lucidez breve.

2.1.7. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

a) TERAPIA DE PRIMERA LÍNEA:

Las terapias de primera línea, son aquellas que se desarrollan en la fase inicial del VIH. El fármaco ABT-378 de los laboratorios Abbott, es un inhibidor de proteasa muy potente, cuando es bien tolerado, al menos como terapia de primera línea. Este fármaco debe ir acompañado por una pequeña cantidad de Ritonavir (Norvir) ya que el mismo ayuda a mantener activa en el cuerpo una buena cantidad del ABT378 durante períodos largos. En un estudio realizado a un grupo de enfermos que tomaron los medicamentos durante 24 semanas, resultó que el 85% de los pacientes redujo su carga viral a menos de 400 ARN VIH. Además sus efectos secundarios son considerados de suaves a moderados: evacuaciones irregulares y diarrea.

Muchos investigadores opinan que el primer régimen de tratamiento es el más importante y que es de gran importancia reducir el VIH a los niveles más bajos posibles, preferiblemente por debajo de las 40 copias de ARN VIH, ya que varios estudios sugieren que este es el resultado óptimo para una respuesta duradera.

b) TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA:

Una persona puede lograr una respuesta muy potente y duradera de su terapia de primera línea, pero no lograr lo mismo con su terapia de segunda línea (debido a una resistencia cruzada a los otros medicamentos o a que el régimen de primera línea utilizó demasiadas opciones de tratamiento). En consecuencia los niveles del VIH le pueden aumentar al poco tiempo de haber iniciado este segundo régimen. Otra persona puede tener una respuesta razonablemente duradera tanto en la primera como en la segunda, lo cual, en conjunto, es una buena respuesta a largo plazo. Los beneficios de la terapia de segunda línea antiretroviral de alta potencia (HAART) han sido confirmados por numerosos estudios. Sin embargo para algunas personas estos beneficios comienzan a disminuir a medida que las cargas virales aumentan y/o los recuentos de células CD4+ disminuyen, debido al desarrollo de resistencia a los medicamentos.

c) TERAPIA DE TERCERA LÍNEA:

En contraste con las numerosas opciones de tratamiento disponibles para quienes comienzan la terapia de primera o segunda línea contra el VIH, hay muy limitadas opciones para aquellos que están en su tercera línea. Esta última, se refiere a cualquier régimen de tratamiento que se utilice después de que las dos primeras rondas de terapia hayan demostrado ser incapaces de mantener a raya los niveles del VIH. Esto puede deberse a una falla en el tratamiento en sí o a la incapacidad de una persona para tolerar el medicamento. No existen normas de atención definidas para las personas que están considerando la terapia de tercera línea, pero se utiliza actualmente una estrategia a la que llaman "megaHAART" (mega terapia antiretroviral de alta potencia). Esta terapia consiste en combinar el mayor número posible de medicamentos contra el VIH teniendo la precaución de no causar efectos secundarios serios.

Los resultados sugieren que a las personas que han estado en una variedad de terapias contra el VIH, les es posible mantener una respuesta antiviral mediante el uso de una mega terapia.

Sin embargo, cabe destacar, que las mega terapias son difíciles y muy costosas, pudiendo incluir hasta 9 medicamentos por día, lo que hace que muchas personas no puedan tolerar un régimen de esta naturaleza. Para evitar esta

situación es útil efectuar al paciente, una prueba de resistencia a los medicamentos. Dicha prueba consiste en examinar muestras del virus tomadas de una persona en particular y detectar la presencia de mutaciones específicas del virus que se saben que están asociadas con el desarrollo de la resistencia a ciertos medicamentos. Esta prueba se llama Prueba de Resistencia Antiviral Genotípica.

d) TERAPIA DE RESERVA DE MEDICAMENTOS:

El objetivo básico de esta terapia es "reservar" o "ahorrar" la opción del inhibidor de proteasa para ser utilizada más tarde. También existen informes sobre regímenes similares que reservan hasta dos clases de medicamentos: los inhibidores de proteasa y los no-nucleósidos inhibidores de transcriptasa reversa (NNRTI: siglas en inglés) para utilizarlos más tarde. Es posible lograr una buena reducción en los niveles del virus de las personas que están iniciando terapia sin tener que utilizar ni un inhibidor de proteasa ni un no-nucleósido inhibidor de transcriptasa reversa. Teniendo en cuenta lo dicho, podría constituir una opción interesante para los tratamientos de primera línea.

La reducción de los niveles del virus ocurre en la mayoría de los casos, lo cual no implica que este tratamiento sea el método óptimo.

e) TRAMAMIENTO GENÉTICO:

El tratamiento genético denomina un método que intenta combatir una enfermedad a través de la manipulación genética. Los genes son unidades básicas de la herencia humana, están compuestos de una vía larga de ácidos desoxirribonucleicos (DNA), los cuales forman parte de los cromosomas, cuerpos del núcleo celular que contienen información genética. El DNA humano contiene toda la información que el cuerpo necesita para formar nuevas células y tejidos, comunicarse con otras células y regular la existencia continua y evolución biológica del ser humano. El cuerpo humano contiene 50,000 a 100,000 genes (la colección se denomina GENOMA.) Cada gen tiene la información requerida para formar una proteína. Las células humanas contienen una cantidad abundante de proteínas y cada una tiene una función específica. Si un solo gen es dañado, la producción de proteína de ese gen se verá alterada. Esto podría ocasionar una enfermedad genética. Cuando no se produce proteínas, o no en cantidades adecuadas o de manera equivocada, las probabilidades de desarrollar enfermedades se incrementa. La meta del Tratamiento Genético es reemplazar un gen defectuoso. Otra meta sería trasplantar nuevos genes productivos dentro del cuerpo para llevar a cabo funciones específicas, como incrementar la capacidad del sistema inmunológico para localizar y neutralizar al VIH. Dicho proceso

se denomina TRANSFERENCIA DE GEN. Cuando el gen se inserta exitosamente dentro de la célula, debe producir bastante proteína para derivar en un efecto terapéutico. El tratamiento genético es un campo de investigación alentador, aunque todavía no ha proporcionado beneficios terapéuticos impresionantes. Es un campo que se encuentra en su infancia, y como un niño sus primeros pasos son inciertos.

f) SUSPENSIÓN ESTRUCTURADA DEL TRATAMIENTO:

Este método de tratar la enfermedad del VIH deriva en gran parte de los problemas relacionados con el cumplimiento y la resistencia. Aunque se han simplificado algunos regímenes y algunos fármacos, muchas personas dejan de tomar su tratamiento por sí solas, siendo denominados dichos períodos "descansos farmacológicos". Los descansos farmacológicos informales se reconfiguraron como ensayos sobre la supresión estructurada o estratégica del tratamiento. El empleo de minuciosos controles en particular los análisis frecuentes (cada semana o mes) de los índices inmunológicos y virológicos, es una característica que define la investigación de SET y un componente esencial de seguridad para cualquier protocolo que incluya suspensiones del tratamiento. A pesar de algunos informes alentadores y el creciente interés en este método, la teoría sigue sin datos concluyentes que lo apoyen y contiene peligros potenciales, dado el riesgo de desarrollar enfermedades oportunistas. Aún no se pueden extraer

conclusiones definitivas sobre la utilidad o seguridad a largo plazo de las suspensiones estructuradas controladas. Por lo tanto no se sabe si SET llegará a formar parte del cuidado clínico rutinario de la enfermedad por VIH. Además es una estrategia de tratamiento experimental, que necesita que transcurra un cierto tiempo para poder recopilar suficientes datos que permitan tomar decisiones clínicas sobre su empleo.

g) TERAPIAS ALTERNATIVAS:

Desde el comienzo de la crisis del SIDA, se han propuesto y usado un sinnúmero de tratamientos médicos "alternativos" tales como: compuestos herbarios, suplementos alimenticios, tratamientos quiroprácticos, homeopatía, acupuntura, las terapias estructurales y energéticas, sistemas etnomédicos tradicionales tales como la medicina china y Ayurveda, la cual combina la medicina botánica con otras aplicaciones; además de otras técnicas espirituales y físicas.

Todos ellos comparten una característica desafortunada: no se sabe casi nada sobre su actividad dentro del cuerpo humano ni su eficacia para tratar el SIDA. La comunidad del SIDA tiende a separarse en dos grupos en los que refiere dichas terapias:

- Aquellos que las consideran inútiles, a pesar de la evidencia que demuestra su eficacia.

- Los que, por el contrario, defienden todos los tratamientos alternativos con o sin evidencia de su toxicidad o falta de eficacia.

Por el momento no existe infraestructura de investigación que permita valorar sistemáticamente todos los posibles beneficios y riesgos de estas terapias. Hasta ahora lo que ha recibido mayor atención es el papel importante de la nutrición y del oxidante estrés. Cabe destacar que la inversión emocional por parte del enfermo en el éxito de la terapia es generalmente alta. El uso de terapias alternativas surge de la frustración por la falta de tratamientos convencionales seguros o eficaces.

Las terapia mente-cuerpo fueron reconocidas tempranamente como una aspecto importante del aumento inmunológico: la meditación, la visualización, hipnosis, psicoterapia y terapias expresivas (música, arte, danza).

La medicina alternativa (también llamada "natural", "complementaria", y "holística"), a pesar de hallar sus raíces en la etnomedicina tradicional, tiene la reputación no merecida de ser exótica y solo para la élite o la clase media. Esto se debe menos a la falta de interés de parte de la gente de clases sociales más bajas que a su condición marginal.

2.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES

A. ACTITUDES: Es una disposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que suscita al individuo a

reaccionar de manera característica frente a determinados objetos, personas, situaciones, es decir, una disposición de aceptación y rechazo que se expresa mediante el comportamiento.

B. DEFINICIÓN DE VIH

Una de las definiciones más comunes que encontramos sobre el VIH es que se trata de un Virus que provoca Inmunodeficiencia en el Humano, es un retrovirus de la familia de los lentiviridae. Vivir con el Virus no significa tener SIDA. El VIH es el Virus que produce el SIDA su nombre significa “Virus de Inmunodeficiencia Humana”. Este virus se encuentra principalmente en la sangre y en los líquidos genitales (líquido pre eyaculatorio, semen, secreción vaginal y sangrado menstrual) de las personas infectadas o enfermas.

Es un virus que puede tardar mucho tiempo en causar la enfermedad, porque está como dormido o latente dentro de las células. Como su nombre lo indica, el VIH afecta únicamente al ser humano, no ataca a ningún animal ni vegetal.

C. Definición de SIDA

Es la Enfermedad provocada por el VIH, que significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y puede identificarse por síntomas específicos aun cuando no es una regla en toda la población, por ejemplo: pérdida de peso, diarreas frecuentes que no ceden al tratamiento, infecciones por hongos en piel, mucosas y uñas. O bien algún padecimiento poco común en el resto de la población.

2.3 SISTEMA DE VARIABLES:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA	INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL SIDA	Respuesta al cuestionario sobre nivel de Información del SIDA (10 Ítems)
ACTITUDES	ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD DEL SIDA	Respuesta al cuestionario de actitudes (Ítems del 1 al 7 del cuestionario)
	ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL SIDA	Respuesta al cuestionario de actitudes (Ítems del 8 al 14 del cuestionario)

2.4 DEFINICIONES OPERACIONALES

A. Nivel de Información Sobre el SIDA

Constituye toda la información y conocimientos actualizados que el sujeto posee en relación a los aspectos fundamentales del SIDA, su prevención, transmisión, desarrollo y sintomatología y, tratamientos alternativos existentes. En ese sentido, operativamente constituye el resultado obtenido en las preguntas del cuestionario de información sobre el SIDA, los cuales se organizan en los siguientes niveles:

RESULTADO GENERAL DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA		
8 – 10	de puntaje	NIVEL ALTO DE INFORMACIÓN
4 – 7	de puntaje	NIVEL PROMEDIO
0 – 3	de puntaje	NIVEL BAJO DE INFORMACIÓN

B. ACTITUDES FRENTE AL SIDA

Es la disposición voluntaria de una persona frente a esta enfermedad en general, es decir en relación al riesgo de contagio, a su interrelación con las personas infectadas y su forma de reaccionar ante la posibilidad de estar contagiado. En el presente estudio valoramos las actitudes hacia el SIDA y su prevención a través de un cuestionario elaborado con tal fin y que incluyen 14 Ítems. 07 corresponden a actitudes referentes al VIH/SIDA y 07 ítems corresponden a actitudes referente a la Prevención del VIH/SIDA.

- **ACTITUD FRENTE AL VIH Y LA ENFERMEDAD DEL SIDA.** Las diferentes reacciones que los encuestados han mostrado frente al enfermo con SIDA; estas reacciones varían desde el rechazo, alejamiento, hasta el de aceptación o acercamiento hacia el VIH/SIDA

La actitud indiferente está relacionado a una posición intermedia en la que predomina actitudes que se acercan al “no me importa”, “no me preocupa” “no es mi problema”, “no me afecta”

Operativamente constituye el resultado a las preguntas sobre el cuestionario de actitudes frente al SIDA

- **ACTITUDES HACIA LA PREVENCIÓN DEL SIDA:** Las diferentes reacciones que han mostrado los(as) encuestados(as), frente a la prevención del VIH/SIDA, estas reacciones varían desde el rechazo, alejamiento, hasta el de aceptación o acercamiento hacia la prevención del VIH/SIDA.

La actitud indiferente está relacionado a una posición intermedia en la que predomina actitudes que se acercan al “no me importa”, “no me preocupa” “no es mi problema”, “no me afecta”.

Operativamente constituye el resultado a las preguntas sobre el cuestionario de actitudes frente a la prevención del SIDA.

Los resultados de la escala se obtienen tomando en consideración el siguiente rango:

RESULTADO GENERAL DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES		
35 – 42	de acuerdo	ACTITUDES DE ACEPTACIÓN
24 – 34	Indiferente	ACTITUD INDIFERENTE
14 – 23	en desacuerdo	ACTITUDES DE RECHAZO

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 AMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se llevará a cabo en la ciudad de Huánuco, en la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”, E.A.P. de Psicología.

Localización: Huánuco está ubicada geográficamente en la parte centro oriental del Perú, entre la cordillera occidental y la cuenca hidrográfica del río Pachitea. Sus límites son:

Por el sur: con Pasco

Por el norte: con la Libertad y San Martín

Por el Este: con Loreto

Por el Oeste: con Lima y Ancash

Extensión: Es de 36.938km² y Huánuco como provincia tiene 4091 Km².

Coordenadas geográficas: La altitud varía desde los 330 m. s. n. m. hasta los 6634 m. s. n. m.

Clima: Variado por los diferentes pisos altitudinales, según los estudios del Dr. Javier Pulgar Vidal, Huánuco se caracteriza por un clima primaveral, abarca dos regiones: la selva y la sierra; su clima es templado seco, donde en verano llega a los 24°C y en tiempo de lluvia (de diciembre a Abril) a los 18°C.

Hidrografía: Tres son los ríos que asocian el levantamiento andino, ellos son de oeste a este, el Marañón, el Huallaga y el Pachitea.

División Política: EL departamento de Huánuco se divide en once (11) provincias las cuales son: Huánuco, ambo, Dos de mayo, Huacaybamba, Huamalies, Lauricocha, Leoncio Prado, Marañón, Puerto inca y Yarowilca; tiene 71 distritos.

Demografía: Según el INEI, según los resultados del último censo 2007, la población actual en Huánuco es de 730.871 habitantes con 19,8 habitantes/km².

Economía: El producto bruto interno del departamento, que recibe el 30.04% de los habitantes del Perú, representaba, 2001, el 1.6% del PBI nacional. El sector que más aporta al PBI de Huánuco es el de servicios, con un 65.1%, seguido por la agricultura, con el 21.9%. Los sectores de minería y construcción se reparten el magro 13% restantes.

(www.region huanuco.gob.pe – extraído el 12 DE Octubre de 2014)

3.2 POBLACIÓN

La población para el estudio está conformada por los estudiantes del 1° al 5° año de estudios de la E.A.P de Psicología de la universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco – 2015 que hacen un total de **319 estudiantes inscritos.**

Esta información fue tomada de la nómina de matrícula proporcionada por la Unidad de Procesos Académicos de la UNHEVAL.

3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Sexo: Varones y Mujeres

Edad: De 16 a 23 años

Alumno: De primero a quinto año.

Condición: Estudiantes que tengan la condición académica de regulares (Estudiantes con mayor carga académica en un ciclo)

3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Edad: Mayores de 23 años.

Estudiantes: Que realizan el Internado.

Condición: irregulares (Estudiantes que Llevan igual carga académica en diferentes ciclos)

3.3 MUESTRA

3.3.1 TAMAÑO

Considerando lograr mayor representatividad en la muestra de estudios se ha trabajado con una muestra de 175 estudiantes distribuidos, según año académico en lo siguiente:

MUESTRA		Muestra estudiantes	Porcentaje en Muestra
Año de Estudios	Primero	49	28,0
	Segundo	36	20,6
	Tercero	26	14,9
	Cuarto	44	25,1
	Quinto	20	11,4
Total		175	100,0

Según género se tienen la siguiente muestra:

		Muestra Estudiantes	Porcentaje en Muestra
Género	F	134	76,6
	M	41	23,4
Total		175	100,0

3.3.2 TIPO DE MUESTREO

De manera operativa se ha procedido a realizar un muestro de tipo intencional, de manera que cada sección se ha constituido en un subgrupo de estudios del cual se extrajo una submuestra considerando los criterios de inclusión y exclusión y sobre todo la disponibilidad de los estudiantes en el momento de efectuar la aplicación de los instrumentos, de esta manera se ha obtenido lo siguiente:

GRADO DE ESTUDIOS	POBLACIÓN	MUESTRA
1° AÑO	68	49
2° AÑO	62	36
3° AÑO	96	26
4° AÑO	58	44
5° AÑO	35	20
TOTAL	319	175

El 3° año de estudios por la cantidad de estudiantes se ha dividido en dos secciones y gran cantidad de estudiantes no son regulares, esto explicaría el número bajo en la muestra.

3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es de tipo Sustantiva en el nivel Descriptivo (Sánchez y Reyes, 2006) ya que se trata de identificar el nivel de información y la orientación de las actitudes de los estudiantes de la E.A.P. de frente al SIDA y su prevención.

3.5 MÉTODO

Descriptivo. Consiste en describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos relacionados con otras variables, tal como se dan en el presente. El método descriptivo apunta a estudiar el fenómeno en su estado actual y en su forma natural: por tanto las posibilidades de tener un control directo sobre las variables de estudios son mínimas, por lo cual su validez internas es discutible (Sánchez y Reyes, 2006).

3.6 DISEÑO DE INVESTIGACION

Diseño Descriptivo Correlacional

En este diseño el investigador busca y recoge información contemporánea con respecto a una situación previamente determinada (Objeto de estudio), no presentándose la administración o control de un tratamiento. (Sánchez y Reyes, 2006).

Esquema Simbólico y Leyenda

M → O

LEYENDA:

M= La muestra con quien se realizará el estudio: Estudiantes del 1^{RO} A 5^{TO} año de la E.A.P de Psicología.

O= Observaciones obtenidas en la variable

3.7 INSTRUMENTOS INVESTIGACIÓN

3.7.1 CUESTIONARIO DE ACTITUDES FRENTE AL VIH/SIDA Y SU PREVENCIÓN

a) Propósito

Cuestionario de 14 ítems que permite conocer la orientación de actitudes favorables y desfavorables frente al VIH/SIDA en estudiantes Universitarios.

b) Autor

Elaborado por el autor de la tesis para fines de investigación

c) Forma de aplicación

Individual y colectiva

d) Duración de la prueba

10 minutos aproximadamente

e) Edad de aplicación

16 a 35 años

f) Significación

El cuestionario mide la orientación de las actitudes hacia dos áreas específicamente: hacia la enfermedad del VIH/SIDA y hacia la prevención.

☒ Actitudes hacia el VIH/SIDA (ítems del 01 al 07)

☒ Actitudes hacia la prevención del VIH/SIDA (ítems del 08 al 14).

g) Construcción del instrumento

La escala fue construida utilizando la técnica Lickert, cuyo propósito es identificar la direccionalidad de la actitud mediante la presentación de opciones que midan el agrado o el desagrado hacia el objeto en cuestión. Las opciones van desde de acuerdo, indiferente y en desacuerdo. Siendo la puntuación la siguiente:

De acuerdo (A) ... 3

Indiferente (I) ... 2

En Desacuerdo (D) ... 1

La orientación de la puntuación de los ítems varía de acuerdo a la naturaleza del reactivo; los de acercamiento a actitudes favorables tendrán puntuación mayor (3) y los de actitudes Los resultados de la escala se obtienen tomando en consideración el siguiente rango:

RESULTADO GENERAL DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES		
35 - 42	de acuerdo	ACTITUDES DE ACEPTACIÓN
24 - 34	Indiferente	ACTITUD INDIFERENTE
14 - 23	en desacuerdo	ACTITUDES DE RECHAZO

h) CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH: Pasos para determinar la confiabilidad: por medio del alfa de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_j^2}{S_x^2} \right)$$

K= # de ítems

S_j^2 = Varianza poblacional de cada ítem

$$s^2 = \frac{\sum(\bar{x}-X_i)^2}{N} S_x^2 = \text{Varianza poblacional del total}$$

Se halló la confiabilidad del Test bajo el siguiente procedimiento:

Sujetos	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7Item14	Total
1									
2									
3									
.									
.									
.									
175									
Varianza	0.4	0.6	0.5	0.5	0.6	0.6	0.7	0.76	13.95

Remplazando los valores en la fórmula:

$$\text{Alfa Cronbach} = 14/13 * (1 - (3.9/13.95))$$

Alfa Cronbach = 0,460 (14 ítems): Estadísticos de Fiabilidad o Confiabilidad

Este resultado nos indica una confiabilidad baja, es decir existe un margen de error que interviene en los resultados, pero dicho error no es significativo.

i) VALIDEZ

CORRELACIÓN ITEM TEST (Discriminación de Ítems)

Se realizó bajo el siguiente procedimiento:

Sujetos	Ítems													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	1	3	1
2	3	3	2	3	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1
3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	2	3	2	1
4	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	2	3	3	1
5	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2
...														
175	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3
Rxy	0.46	0.58	0.53	0.26	0.39	0.37	0.47	0.82	0.31	0.67	0.50	0.59	0.39	0.76

En la Tabla se puede apreciar los resultados de la correlación de cada ítem con el total del Instrumento, estos resultados nos indican la discriminación de los ítems en referencia a lo que el Test en general pretende medir.

De los 14 ítems el ítem #4 y el ítem #9, presentan los índices de discriminación más bajos, por otro lado los ítems #8 y #14 presentan los índices de Discriminación más altos.

Se puede aceptar todos los ítems como válidos y determinados estadísticamente ya que pretenden medir el mismo resultado de la variable.

3.7.2 CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA

a) Propósito

Cuestionario de 10 ítems que permite conocer el nivel de información que tienen los estudiantes universitarios referentes al VIH/SIDA.

b) Autor

Elaborado por el autor de la tesis para fines de investigación

c) Forma de aplicación

Individual y colectiva

d) Duración de la prueba

8 minutos aproximadamente

e) Edad de aplicación

16 a 35 años

f) Significación

El cuestionario mide el nivel de información que poseen los estudiantes sobre el VIH/SIDA: la enfermedad, formas de contagio, diagnóstico, prevención y tratamiento

g) Construcción del instrumento

El cuestionario fue construido utilizando el tipo de preguntas de elección múltiple, de esta manera, frente a un enunciado que se caracteriza por ser una interrogante sobre VIH/SIDA el evaluado debe elegir de entre 05 alternativas la respuesta correcta. La puntuación que se ha preferido utilizar es la del sistema decimal, de esta manera, para cada respuesta correcta se le asigna un (01) punto, pudiendo el resultado ser de 0 puntos el más bajo y de 10 el más alto.

Con estas consideraciones y tomando en cuenta además la complejidad de las preguntas se obtienen los siguientes nivel de información:

RESULTADO GENERAL DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA		
8 – 10	de puntaje	NIVEL ALTO DE INFORMACIÓN
4 – 7	de puntaje	NIVEL PROMEDIO
0 – 3	de puntaje	NIVEL BAJO DE INFORMACIÓN

h) CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH: Pasos para determinar la confiabilidad: por medio del alfa de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_j^2}{S_x^2} \right)$$

K= # de ítems

S_j^2 = Varianza poblacional de cada ítem

$$s^2 = \frac{\sum(\bar{x}-Xi)^2}{N} S_x^2 = \text{Varianza poblacional del total}$$

Se halló la confiabilidad del Test bajo el siguiente procedimiento:

Sujetos	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7Item10	Total
1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
2	1	1	0	1	1	0	0	0	5
3	1	1	1	0	1	0	0	0	4
.									
.									
.									
175									
Varianza	0.03	0.06	0.25	0.15	0.20	0.25	0.15	0.19	2.57

Remplazando los valores en la fórmula:

$$\text{Alfa Cronbach} = 1.11 \left(1 - \frac{1.75}{2.57} \right)$$

$$1.11 * (1 - 0.68)$$

$$1.11 * 0.32$$

0.35

Alfa Cronbach = 0,350 (10 ítems): Estadísticos de Fiabilidad o Confiabilidad

Este resultado nos indica una confiabilidad baja, es decir existe un margen de error que interviene en los resultados, pero dicho error no es significativo.

i) VALIDEZ

CORRELACIÓN ITEM TEST (Discriminación de Ítems)

Se realizó bajo el siguiente procedimiento:

Sujetos	Ítems									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1
2	3	3	2	3	1	1	1	3	3	1
3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3
4	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1
5	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
...
175	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Rxy	0.25	0.45	0.41	0.26	0.41	0.44	0.44	0.39	0.48	0.33

En la Tabla se puede apreciar los resultados de la correlación de cada ítem con el total del Instrumento, estos resultados nos indican la discriminación de los ítems en referencia a lo que el Test en general pretende medir.

De los 10 ítems el Ítem #1 y el ítem #4, presentan los índices de discriminación más bajos, por otro lado los ítems #9 y #2 presentan los índices de Discriminación más altos.

Se puede aceptar todos los ítems como válidos y determinados estadísticamente ya que pretenden medir el mismo resultado de la variable.

3.8 PROCEDIMIENTOS

- ✍ Elaboración del tema.
- ✍ Revisión bibliográfica.
- ✍ Formulación del Problema.
- ✍ Formulación de la hipótesis y objetivo.
- ✍ Selección del método, diseño, técnicas e instrumentos.
- ✍ Elaboración del cronograma y presupuesto.
- ✍ Elaboración del proyecto definitivo.
- ✍ Implementación.
- ✍ Preparación de materiales.
- ✍ Organización.
- ✍ Ejecución.
- ✍ Selección de sujetos.
- ✍ Aplicación de los Cuestionarios.
- ✍ Procesamiento de los datos.
- ✍ Elaboración del informe.
- ✍ Elaboración del artículo.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO N° 1

NIVEL DE INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA SOBRE EL VIH/SIDA – 2015.

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Total	175	2,00	10,00	5,9429	1,60715
N válido (por lista)	175				

Fuente: Administración de los cuestionarios sobre el SIDA (Lavado 2015)

Elaboración: Propia.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados estadísticos indican que en el cuestionario de información sobre el VIH/SIDA el resultado mínimo obtenido por los estudiantes universitarios es de 2 en tanto que el puntaje máximo es de 10. Así mismo, la media estadística obtenida es de 5.94, estableciéndose entonces que a nivel general existe en los estudiantes de la facultad de psicología un nivel de información promedio sobre el VIH/SIDA. Finalmente, la desviación estándar nos indica que existe una variabilidad de 1.60 en las calificaciones obtenidas en la muestra de estudio.

CUADRO N° 2

NIVEL DE INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA SOBRE EL VIH/SIDA, SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS

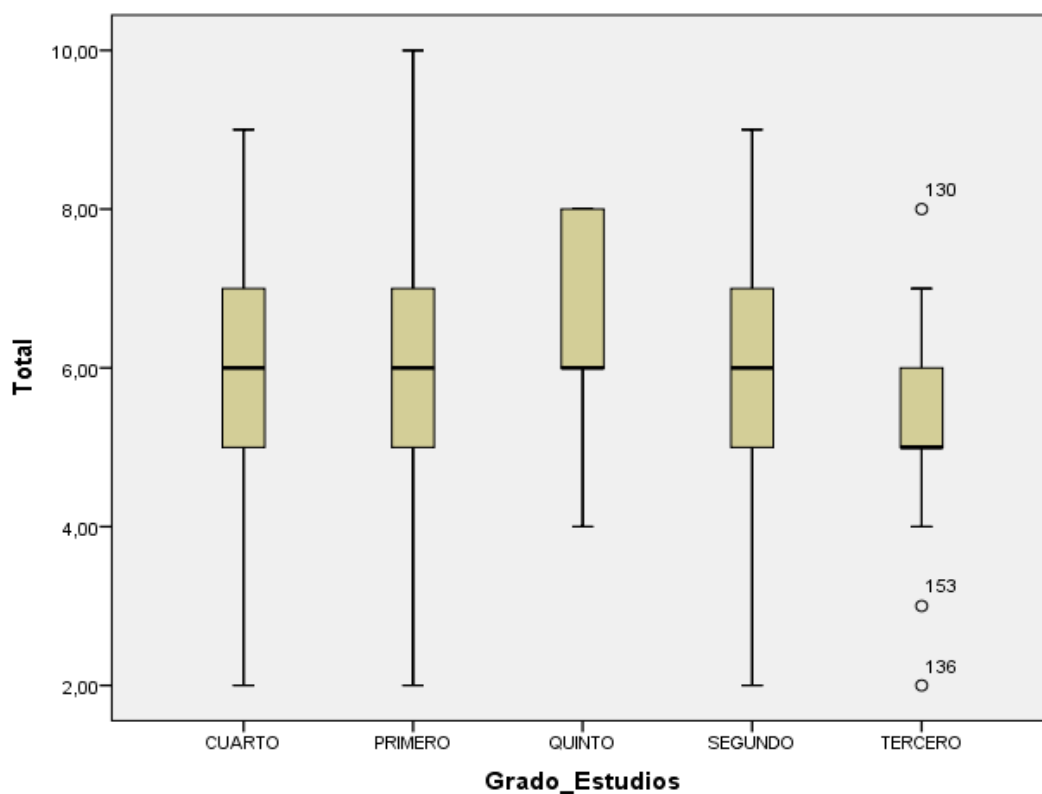
Grado Estudios		Estadístico	
TOTAL	CUARTO	Media	6.3
		Varianza	2.7
		Desviación estándar	1.6
	PRIMERO	Media	5.8
		Varianza	3.1
		Desviación estándar	1.8
	QUINTO	Media	6.5
		Varianza	1.5
		Desviación estándar	1.2
	SEGUNDO	Media	5.9
		Varianza	2.5
		Desviación estándar	1.6
	TERCERO	Media	5.3
		Varianza	1.8
		Desviación estándar	1.3

Fuente: Administración de los cuestionarios sobre el SIDA (Lavado 2015)

Elaboración: Propia.

GRAFICO ASOCIADO AL CUADRO N° 02

NIVEL DE INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA SOBRE EL VIH/SIDA, SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS



INTERPRETACIÓN:

Los valores estadísticos obtenidos indican que en los cinco grados de estudios la media oscila entre 5.3 y 6.5 confirmando que en todos los grados de estudios que formaron parte de la muestra existe un nivel de información promedio sobre el VIH/SIDA. Destaca además, según la desviación estándar obtenida en cada grado, que tercero y quinto grado de estudios muestran menos variabilidad en los resultados que los estudiantes del primero, segundo y cuarto grado de estudios (en los que existe una variabilidad parecida)

CUADRO N° 3

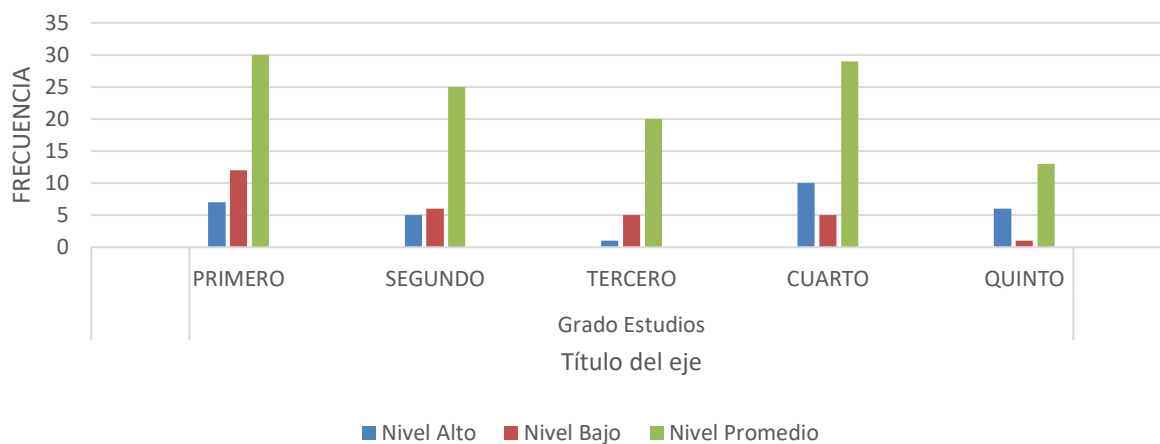
RESULTADOS PORCENTUALES DEL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA, SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS, 2015.

		Nivel			Total	
		Alto	Bajo	Promedio		
Grado Estudios	PRIMERO	7	12	30	49	
		14,21%	24,48%	61,22%	100,0%	
	SEGUNDO	5	6	25	36	
		13,89%	16,67%	69,44%	100,0%	
	TERCERO	1	5	20	26	
		3,85%	19,23%	76,92%	100,0%	
	CUARTO	10	5	29	44	
		22,73%	11,37%	65,90%	100,0%	
	QUINTO	6	1	13	20	
		30,0%	5,0%	65,0%	100,0%	
	Total		29	29	117	175
			16,6%	16,6%	66,9%	100,0%

Fuente: Administración de los cuestionarios sobre el SIDA (Lavado 2015)

Elaboración: Propia.

Gráfico Asociado al cuadro N° 03
Resultados porcentuales del nivel de información sobre el VIH/SIDA de los estudiantes de Psicología según grado de estudios



INTERPRETACIÓN.

El recuento porcentual del total de los resultados indican que el 66.9% de los estudiantes de la facultad de Psicología poseen un nivel de información promedio sobre el VIH/SIDA, en tanto que el 16.6% tienen un nivel alto y un porcentaje similar (16.6%) tienen un bajo nivel de información sobre el VIH/SIDA.

El quinto grado de estudios de la facultad obtiene el mayor porcentaje de estudiantes (30.0%) con alto nivel de información sobre el VIH, en contrastación, el tercer grado de estudios solo el 3.8% de estudiantes posee un nivel alto de información.

Los estudiantes que poseen un nivel bajo de información sobre el VIH/SIDA se encuentran localizados en el quinto grado de estudios (5.0%)

CUADRO N° 4

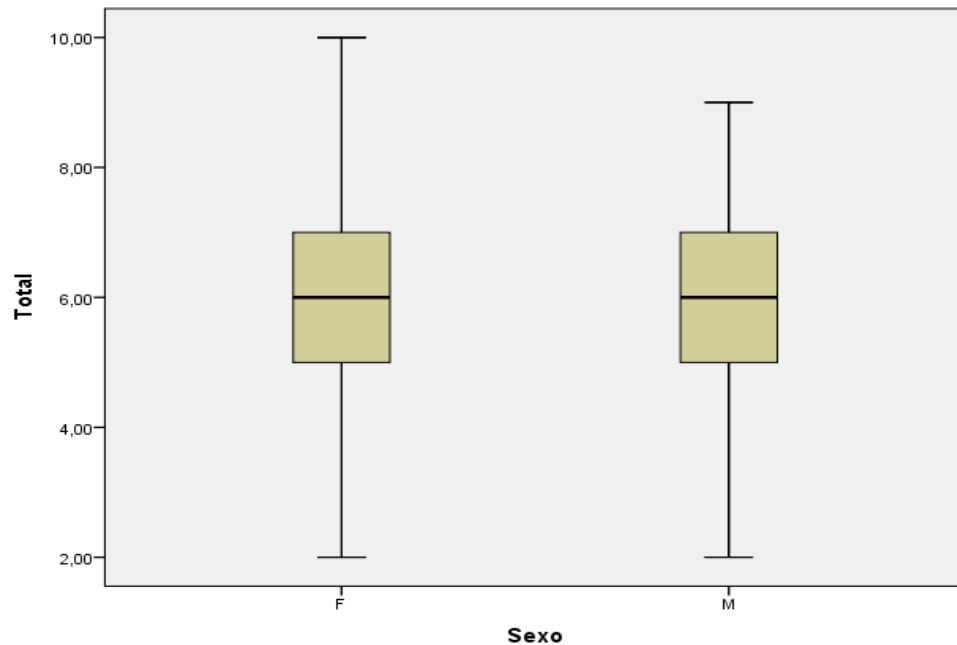
DISTRIBUCIÓN ESTADÍSTICA DEL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA, SEGÚN SEXO, 2015.

Descriptivos			
Sexo			Estadístico
Total	F	Media	6.01
		Varianza	2.3
		Desviación estándar	1.5
	M	Media	5.7
		Varianza	3.4
		Desviación estándar	1.9

Fuente: Administración del cuestionario sobre el VIH/ SIDA (Lavado 2015)

Elaboración: Propia.

GRAFICO ASOCIADO AL CUADRO N° 04



INTERPRETACIÓN:

Los resultados descriptivos indican que la media estadística obtenida en la calificación del cuestionario de información sobre el VIH/SIDA en el género femenino es de 6.01 en tanto que en la de varones es de 5.7; ambos resultados demuestran que, según género, la información sobre el VIH/SIDA se encuentra en nivel promedio, no existiendo diferencias significativas en ambos grupos. Sin embargo, la desviación estándar obtenida en el género femenino (1.5) demuestra que existe menos variabilidad en los resultados que el grupo de varones cuya desviación estándar es de 1.9

CUADRO N° 5

DISTRIBUCION ESTADÍSTICA GENERAL DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE ACTITUDES FRENTE AL VIH/SIDA Y SU PREVENCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, 2015

	N	MEDIA	VARIANZA	DESV. ESTANDAR	RANGO	MINIMO	MAXIMO
ESTADÍSTICOS	175	31	16	4	19	20	39

INTERPRETACIÓN

Los resultados estadísticos descriptivos muestran que el puntaje mínimo obtenido en el cuestionario general de actitudes es de 20 en tanto que el puntaje máximo fue de 39 estableciéndose entonces como rango o recorrido estadístico el valor de 19. La media estadística obtenida en el cuestionario de actitudes es de 31 con una desviación estándar de 4 y una varianza de 16 lo cual representa un calificativo que indica actitudes INDIFERENTES de los estudiantes frente al VIH/SIDA y su prevención.

CUADRO N° 6

DISTRIBUCION ESTADÍSTICA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA EN EL CUESTIONARIO DE ACTITUDES FRENTE AL VIH/SIDA, SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS, 2015

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Total
Media	32	30	32	32	31	31
Varianza	14	17	15	10	15	16
Desv. típ.	4	4	4	3	4	4
Mínimo	20	21	25	25	23	20
Máximo	39	39	37	38	37	39
Rango	19	18	12	13	14	19
N	49	36	26	44	20	175

INTERPRETACIÓN.

Los resultados estadísticos descriptivos muestran los promedios y desviaciones estándares obtenidos por cada uno de los grados de estudio que participaron en la investigación. No se evidencian diferencias significativas en las medias estadísticas, todas ellas indican actitudes INDIFERENTES de los estudiantes de la facultad de Psicología frente al VIH/SIDA y su prevención. Las desviaciones estándar obtenidas demuestran que entre los grupos estudiados (grados de estudio) no

existen diferencias significativas en la variabilidad de los puntajes obtenidos. Finalmente, se puede apreciar que en el tercer, cuarto y quinto grado de estudio el rango o recorrido estadístico es significativamente menor que el de los otros grados, se establece entonces que en esos grados ha habido una menor dispersión de los resultados, concentrándose ellos en los puntajes que van entre 24 y 34 que son precisamente el de actitudes indiferentes.

CUADRO N° 7

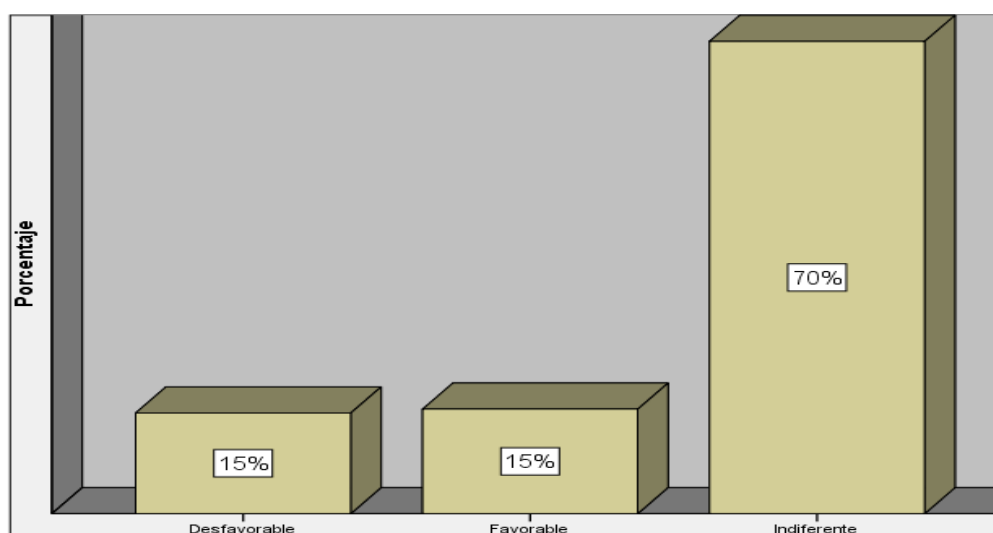
RESULTADOS PORCENTUALES DE LAS ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA FRENTE AL VIH/SIDA Y SU PREVENCIÓN, 2015

		Categoría			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desfavorable	26	14,9	14,9	14,9
	Favorable	27	15,4	15,4	30,3
	Indiferente	122	69,7	69,7	100,0
	Total	175	100,0	100,0	

Fuente: Administración del cuestionario sobre actitudes frente el SIDA (Lavado 2015)

Elaboración: Propia.

GRAFICO ASOCIADO AL CUADRO N° 7



INTERPRETACIÓN.

Los resultados porcentuales estadísticos muestran que el 70% de los estudiantes de la facultad de Psicología presenta actitudes indiferentes frente al VIH/SIDA y su prevención. El 15% presenta actitudes desfavorables y otro 15% presenta actitudes favorables

CUADRO N° 8

RESULTADOS PORCENTUALES DE LAS ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA FRENTE AL VIH/SIDA Y SU PREVENCIÓN, SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS, 2015

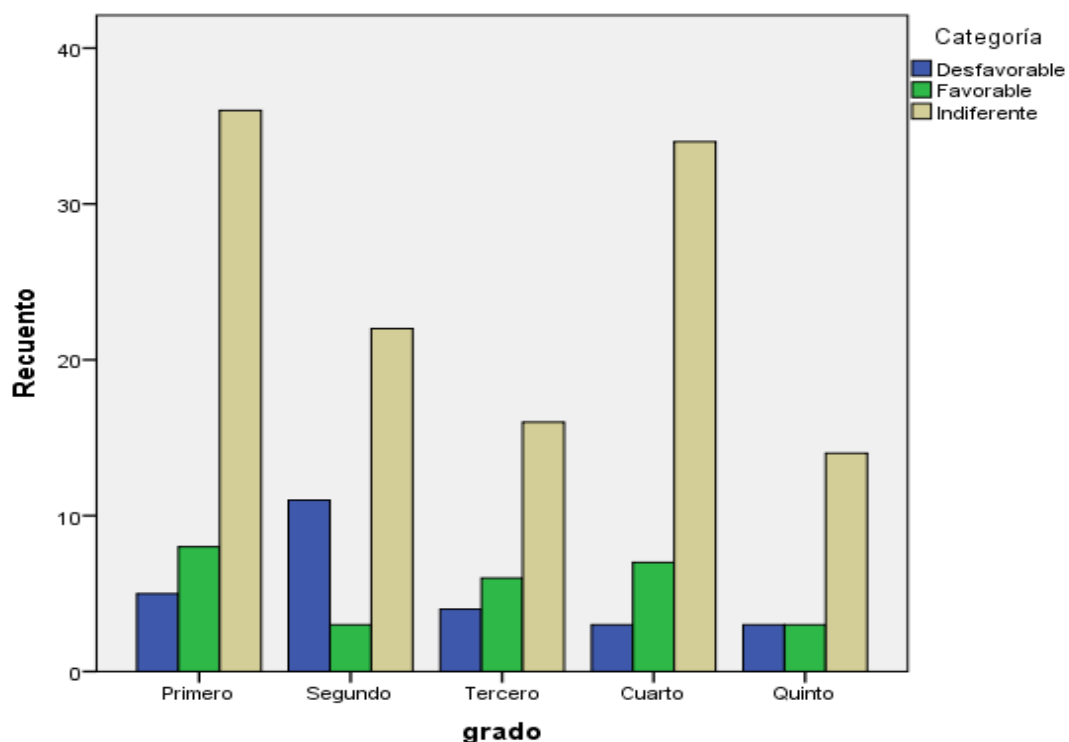
			Categoría			Total
			Desfavorable	Favorable	Indiferente	
Año académico	Primero	F	5	8	36	49
		%	10,2%	16,3%	73,5%	100,0%
	Segundo	F	11	3	22	36
		%	30,6%	8,3%	61,1%	100,0%
	Tercero	F	4	6	16	26
		%	15,4%	23,1%	61,5%	100,0%
	Cuarto	F	3	7	34	44
		%	6,8%	15,9%	77,3%	100,0%
	Quinto	F	3	3	14	20
		%	15,0%	15,0%	70,0%	100,0%
Total	F	26	27	122	175	
	%	14,9%	15,4%	69,7%	100,0%	

Fuente: Administración del cuestionario de actitudes frente al SIDA (Lavado 2015)

Elaboración: Propia.

GRAFICO ASOCIADO AL CUADRO N° 8

RESULTADOS PORCENTUALES DE LAS ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES, SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS



INTERPRETACIÓN.

Los resultados porcentuales evidencian que el cuarto grado de estudios es el que presenta mayor porcentaje (77.3%) de indiferencia frente al VIH/SIDA y su prevención. Por otro lado, en el tercer grado de estudios existe un porcentaje significativo de estudiantes (23.1%) con actitudes FAVORABLES; lo contrario ocurre con el segundo grado de estudios en donde existe un porcentaje considerable de estudiantes (30.6%) que presentan actitudes DESFAVORABLES frente al VIH/SIDA y su prevención. Por lo demás, los resultados estadísticos comparte en cierto modo valores similares.

CUADRO N° 9

DISTRIBUCION ESTADÍSTICA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA EN EL CUESTIONARIO DE ACTITUDES FRENTE AL VIH/SIDA, SEGÚN SEXO, 2015.

	Femenino	Masculino
Media	32	30
Mediana	32	30
Varianza	14	14
Desv. típ.	4	4
Mínimo	21	20
Máximo	39	39
Rango	18	19
N	134	41

Fuente: Administración del cuestionarios de actitudes frente al SIDA (Lavado 2015)

Elaboración: Propia.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados descriptivos indican que la media estadística obtenida por el género femenino es de 32 en tanto que en la de varones es de 30; ambos resultados demuestran que, tanto en varones y mujeres existe actitudes de INDIFERENCIA frente al VIH/SIDA y su prevención, no existiendo diferencias significativas en ambos grupos. Así mismo se puede evidenciar que la desviación estándar obtenida en ambos grupos es de 4 por lo que se concluye que en ambos grupos existe la misma variabilidad en los resultados

CUADRO N° 10

RESULTADOS PORCENTUALES DE LAS ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA FRENTE AL VIH/SIDA Y SU PREVENCIÓN, SEGÚN SEXO

			Categoría			Total
			Desfavorable	Favorable	Indiferente	
sexo	F	Recuento	19	24	91	134
		% dentro de sexo	14,2%	17,9%	67,9%	100,0%
	M	Recuento	7	3	31	41
		% dentro de sexo	17,1%	7,3%	75,6%	100,0%
Total	Recuento	26	27	122	175	
	% dentro de sexo	14,9%	15,4%	69,7%	100,0%	

Fuente: Administración del cuestionario de actitudes frente al SIDA (Lavado 2015)

Elaboración: Propia.

INTERPRETACIÓN.

Los resultados muestran los porcentajes obtenidos, según sexo, en las diferentes categorías que mide el cuestionario de actitudes; de entre ellos destaca que el 75.6% de varones presentan actitudes de INDIFERENCIA frente al VIH/SIDA y su prevención en comparación con el 67.9% de mujeres. Así mismo, se puede evidenciar que sólo el 7.3% de varones presenta actitudes FAVORABLES, en tanto que, el 17.9% de mujeres manifiestan estas actitudes.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1º. Los resultados generales obtenidos sobre el nivel de conocimiento de los estudiantes de la facultad de psicología sobre el VIH/SIDA corroboran los resultados obtenidos en la mayoría de las investigaciones que, sobre el respecto, se realizaron en el Perú: Silva, J. y Otros (2014); Chávez, N. (2012); Choccare, C. (2008); Delgado, N. (2007); Catacora, F. y Villanueva, J. (2007); Quispe, R. (2006); Zúñiga, J. (2006)

Desde el punto de vista preventivo, el poseer un nivel de información promedio sobre el VIH/SIDA puede interpretarse como una deficiente preparación para enfrentar la epidemia ya que estamos haciendo referencia a estudiantes universitarios de quienes habría de esperarse un mejor nivel de información toda vez que existe un historial de experiencia y preparación académica previa. A decir del conocimiento popular y científico: “a mejor nivel educativo mejor será el nivel de información”. Estudios científicos han valorado esta correlación, y se ha encontrado, por ejemplo, en investigaciones nacionales (Pernaz, 2015); correlación positiva entre nivel educativo y nivel de información. A nivel Internacional se ha encontrado también resultados similares, siendo el nivel educativo el factor asociado a buen conocimiento sobre VIH/SIDA (Ugarte y otros, 2012; Jung y Otros 2013).

Estudios científicos nacionales (Becerra-Gonzales y otros, 2012) e internacionales (Asgary y otros, 2013) encontraron que tener bajo nivel educativo se asoció con mayores niveles de actitudes estigmatizantes hacia las personas viviendo con VIH/SIDA. Un mejor nivel educativo

se asoció con mayor uso de condón (Jung y otros, 2013; Muli y Lawoko, 2014) y restricción de la actividad sexual (Atteraya y otros 2014; Klomegah R. 2011)

En el Perú, la información que se brinda a los adolescentes y jóvenes en relación con la sexualidad y en especial a las enfermedades de transmisión sexual aún es incipiente (Silva, J. y otros 2014), a pesar de los esfuerzos del personal de salud y profesores, debido que aún es considerado como un tema tabú a pesar de vivir en una sociedad abierta al diálogo. Asimismo, los Ministerios de Salud y de Educación trabajan en forma aislada, cada uno por su parte brinda lo que puede; al no existir un trabajo coordinado los objetivos y las metas se dispersan.

Los profesores pasan mayor tiempo con los adolescentes y jóvenes en sala de clases, se espera que ellos deben tener conocimientos básicos para esclarecer las dudas sobre el tema. En un estudio realizado con profesores (Moisés JS y Villela-Bueno SM. 2010), se demostró que ellos reconocen que la educación sexual es un tema de gran importancia pero refieren que debe ser conducido y preparado por profesionales capacitados y que sean del agrado y confianza del joven.

- 2º.** Un buen nivel de información sobre el VIH/SIDA es estimado como un factor de protección frente a contagios, discriminación y creencias erróneas; pero esto no necesariamente garantiza una práctica sexual adecuada, de esta manera se considera necesario que además de adquirir conocimientos, se desarrollen habilidades especialmente de

carácter social que les permitan a los jóvenes enfrentar preventivamente situaciones de riesgo relacionados al VIH/SIDA.

- 3º. Un punto importante que se quiere destacar es que investigaciones realizadas en países iberoamericanos y EE.UU., muestran variabilidad en los resultados: Un estudio realizado en Costa Rica, (Salas P y otros, 2011) concluyó que los universitarios tienen conocimientos insuficientes, respecto a la prevención del VIH. Otro estudio realizado en Perú, (Orbegoso. 2008) informa que el 59,6% de los universitarios tiene un nivel intermedio de conocimientos en prevención del VIH. En Colombia Uribe y Orcasita (2009) concluyen en un estudio realizado con adolescentes universitarios en la ciudad de Cali (Colombia), que existe un alto nivel de conocimientos frente al tema (VIH), sin embargo esto no se evidencia en las prácticas sexuales. En México, un estudio realizado por García Mora y otros (2014), concluyen que los adolescentes universitarios poseen un nivel suficiente de conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA, a pesar de esto siguen realizando prácticas de riesgo. Y así, se puede ver resultados variados en investigaciones a nivel internacional.

La variabilidad en los resultados se debe a múltiples factores o situaciones específicas para cada país entre las que podrían destacar la implementación del tema en los diseños curriculares, los programas implementados por el estado, las campañas de difusión, la capacitación a los profesionales de Salud, entre otros. Lo que sí es evidente en estas investigaciones es que cualquiera que sea el nivel

de información que posean los estudiantes, existe prácticas de riesgo que incrementan la vulnerabilidad frente a la infección.

4º. En la investigación realizada, los valores estadísticos obtenidos indican que en los cinco grados de estudio existe un nivel de información promedio que no se diferencian significativamente un grado con otro grado académico. Los estudiantes de la Facultad de psicología de la UNHEVAL provienen de la Región de Huánuco que comparte a nivel general el mismo diseño curricular escolar; no se ha encontrado evidencias de programas o campañas especiales sobre VIH/SIDA por parte del Ministerio de salud y podríamos decir que todos los estudiantes de la región han recibido durante su historial académico la misma información sobre VIH/SIDA, esto explicaría la similitud en los resultados. Sin embargo, la muestra objeto de estudio corresponde a estudiantes universitarios de la facultad de Psicología y entendiendo el perfil profesional de la carrera y el rol que cumplen en la sociedad se considera que los últimos grados académicos debieron obtener mejores resultados, probablemente la abundante información que reciben en los años de estudios pueden de alguna manera distraer o minimizar aquella información de la cual consideran ya tienen lo básico, de todas maneras lo que es cierto es la poca difusión que en estos últimos años se está haciendo sobre el VIH/SIDA por parte del Estado; solo para el día internacional de la lucha contra el SIDA (1º de diciembre) se realizan campañas y una que otra exposición o capacitación al respecto. Probablemente, los índices estadísticos sobre el VIH/SIDA reportados en el país, en especial en

Huánuco, están haciendo que se descuide en la realización de programas o campañas de prevención, asumiendo que los jóvenes ya tienen todas las habilidades o recursos para prevenir dicha enfermedad. Esto no necesariamente es así, por lo que sería importante investigaciones posteriores al respecto.

5°. Más de la mitad de la población estudiantil de la facultad de Psicología (83.5%) posee un nivel de información suficiente que le permita afrontar la prevención del VIH/SIDA, con este dato no se garantiza la ocurrencia de conductas de riesgo pero si de alguna manera se puede predecir el desarrollo de actitudes favorables o positivas frente a la enfermedad y su prevención.

6°. En la investigación realizada, los valores estadísticos obtenidos indican también que, según género, existe un nivel de información promedio que no se diferencian significativamente un grupo de otro. En la actualidad, en el país la oportunidad y el acceso de información es accesible tanto para varones y mujeres, pese a lo tabú que puede ser el tema sexual, se ha implementado en el Marco Curricular Nacional temáticas sobre sexualidad que se brindan indistintamente sin considerar diferencias de género.

7°. Existe en los estudiantes de la facultad de Psicología actitudes Indiferentes frente al VIH/SIDA y su prevención. Entendiendo que “indiferente” se relaciona con: “no me importa”, “no me preocupa” “no es mi problema”; el resultado refleja varias consideraciones que hay que tomar en cuenta:

Primero, la poca importancia que le están dando los estudiantes al tema de VIH/SIDA y su prevención, el cual puede deberse a la concepción errónea de que dicha enfermedad está alejada de la persona y del contexto en el cual se desenvuelvo. En general, las personas no se interesan por el VIH/SIDA porque lo visualizan e identifican como “un problema de otros” (Díaz Montes y otros, 2011). Esta concepción puede haber surgido por falta de información oportuna, ninguna experiencia personal familiar o social relacionado al tema, por tabúes sexuales o por cuestiones valorativas.

Segundo, ser indiferente frente al VIH/SIDA tiende a acercarse a actitudes desfavorables, en especial frente a la prevención, porque bajo estas actitudes aumenta de sobre manera los comportamiento de riesgo, toda vez que, en circunstancias particulares existe una probabilidad alta de incrementar la vulnerabilidad frente a la infección.

Tercero, ser indiferente frente al VIH/SIDA refleja poco compromiso por la enfermedad y los pacientes que la sufren mostrando en cierto modo rechazo y alejamiento de los mismos. Las actitudes pueden ser consideradas un factor de riesgo psicosocial para la infección por VIH/SIDA, es decir, actitudes de rechazo o de indiferencia pueden generar mayores mitos, creencias erróneas frente a las personas diagnósticas (Conejeros y otros, 2010). Los aspectos que podrían estar ocasionando las actitudes de indiferencia varía desde el miedo a contraer el VIH/SIDA, falta de información, estereotipos y prejuicios sociales que llevan a altos índices de discriminación, homofobias,

percepciones negativas sobre la práctica y la promiscuidad sexual, entre otros. (Vidal F. 1995).

8º. Comparando las actitudes según grado académico y género no existe diferencias significativas, se explicaría esto debido a que los estudiantes de la facultad de Psicología comparten en su mayoría el entorno sociocultural y el contexto en el cual han tenido experiencias familiares, académicas y culturales parecidas. Los factores que han generado estas actitudes no son objeto de este estudio; sin embargo, resultaría importante realizar una investigación al respecto ya que al no existir variabilidad en los grupos estudiados es una importante fuente de información.

9º. Finalmente, consideramos que el desconocimiento y actitudes indiferentes frente al VIH/SIDA genera carencia de atención y la estigmatización de las personas infectadas, y de esta manera la discriminación asociada al VIH/SIDA estimula la propagación de la misma debido a que el miedo al rechazo social fomenta la ocultación de la infección y esta ocultación dificulta el diagnóstico y el tratamiento, haciendo además que, en muchas ocasiones, continúen las prácticas de riesgo (Bermúdez R, y otros 2007)

CONCLUSIONES

- 1º. La investigación se realizó con una muestra representativa de estudiantes de la facultad de psicología del 1º al 5º año de estudios durante el período académico 2015, ascendiente a 175 estudiantes.
- 2º. Para el proceso de investigación se utilizaron como instrumentos un cuestionario de actitudes frente al VIH/SIDA y su prevención y un cuestionario de información sobre el SIDA contruidos específicamente para el estudio, obteniéndose su validación y confiabilidad oportunamente.
- 3º. Los resultados generales indican que existe en los estudiantes de la facultad de Psicología un nivel de información promedio sobre el VIH/SIDA corroborando los resultados obtenidos en la mayoría de las investigaciones que, sobre el respecto, se realizaron en el Perú: Silva, J. y Otros (2014); Chávez, N. (2012); Choccare, C. (2008); Delgado, N. (2007); Catacora, F. y Villanueva, J. (2007); Quispe, R. (2006); Zúñiga, J. (2006).
- 4º. El conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea sobre aspectos de la infección genera comportamientos de riesgo
- 5º. En el Perú, la información que se brinda a los adolescentes y jóvenes en relación con la sexualidad y en especial a las enfermedades de transmisión sexual aún es incipiente (Silva, J. y otros 2014), a pesar de los esfuerzos del personal de salud y profesores, debido que aún

es considerado como un tema tabú a pesar de vivir en una sociedad abierta al diálogo.

- 6°. Un buen nivel de información sobre el VIH/SIDA es estimado como un factor de protección frente a contagios, discriminación y creencias erróneas
- 7°. En estudios internacionales los resultados referentes al nivel de información sobre el VIH muestran variabilidad que probablemente se deba a múltiples factores o situaciones específicas para cada país. Lo que sí es evidente en estas investigaciones es que cualquiera que sea el nivel de información que posean los estudiantes, existe prácticas de riesgo que incrementan la vulnerabilidad frente a la infección
- 8°. No existe diferencias significativas en el nivel de información sobre el VIH/SIDA, según grado de estudios y género.
- 9°. Existe en los estudiantes de la facultad de Psicología actitudes Indiferentes frente al VIH/SIDA y su prevención
- 10°. Comparando las actitudes según grado académico y género no existe diferencias significativas.

RECOMENDACIONES

A LOS MINISTERIOS DE SALUD Y EDUCACIÓN

- 1º. El Ministerio de Salud debe replantear los programas de prevención del VIH/SIDA haciéndola más accesible a la comunidad y llegando a todos los sectores sociales, esto implica reorientar las estrategias y plantear campañas creativas con la participación integral de todo el personal de salud.
- 2º. La capacitación permanente al personal de salud en temas relacionados al VIH/SIDA es ineludible, pero en ellas es importante incorporar actividad académica dirigida a desarrollar habilidades sociales de buen trato, empatía y otros de carácter psicológico que permitan disminuir creencias erróneas, prejuicios y discriminación.
- 3º. Los hallazgos del estudio expresan la necesidad de orientar nuevas estrategias de programas de educación sexual como parte del programa general de educación escolar de adolescentes y jóvenes, orientados a enfatizar en el desarrollo de una vida sexual responsable, suprimiendo mitos y creencias en lo relacionado al ITS-VIH/SIDA. Para ello es necesario incorporar en el Marco Curricular de Educación, previa coordinación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación actividades que aborden las presiones sociales que influyen en el comportamiento sexual, ofrecer ejemplos y espacios para practicar habilidades de comunicación, negociación relacionadas con conductas de riesgo, usando metodología participativa de materiales apropiados para la edad, experiencia sexual y la cultura de los escolares, escoger profesores o

líderes pares que tenga la capacidad adecuada con el propósito de lograr impactos importantes y por consiguiente mejorar el nivel de conocimiento. Esto definitivamente implica capacitar a los docentes a través de cursos académicos (diplomados, segundas especialidades, congresos, seminarios, etc.) o por lo menos la inclusión de la temática en programas académicos de pregrado y postgrado propuestos por Universidades o Institutos superiores.

4º. Resulta importante que el Ministerio de Educación fortalezca las Escuelas de Padres en las Instituciones Educativas, las formas creativas de su fortalecimiento corresponden a ese sector. Lo importante es involucrar a los padres en la Educación de los hijos, demandar en ellos un esfuerzo para capacitarse, formarse y que así mismo desempeñen un papel activo frente a los medios de comunicación, que en muchos casos pueden brindar información equivocada sobre sexualidad y VIH/SIDA. En la participación de los padres se considera necesario que además de adquirir conocimientos, también se desarrollen habilidades que les permita a los padres de familia generar espacios de diálogo con respecto al desarrollo psicosocial del adolescente, construir vínculos afectivos entre los miembros que la componen y que, por ende, exista confianza para reflexionar sobre inquietudes o dudas, ya que de lo contrario pueden aparecer conductas de riesgo que lleven al contagio de la enfermedad.

A LA UNIVERSIDAD Y FACULTAD DE PSICOLOGÍA

5º. El VIH/SIDA es un problema frecuente de salud pública, es un gran desafío debido a la condición de infección asintomática, que es la principal fuente de propagación de la enfermedad; políticas nacionales refieren que la

atención integral al adolescente y joven requiere contar con personal idóneo y actualizado en temas relacionados a la salud y desarrollo, personal motivado con vocación de trabajo para este grupo etario. Se recomienda entonces a las Universidades e Institutos Superiores incorporar en sus programas académicos de salud asignaturas que contengan temáticas de carácter teórico práctico referido al conocimiento, prevención y atención del VIH/SIDA

6°. En la formación del psicólogo es importante, el manejo de las actitudes en la atención a pacientes con HIV/SIDA o personas con conductas de riesgo; para ello es fundamental comprender primero las variables que influyen en las actitudes para que sea posible modificarlas y asegurar una correcta intervención del Psicólogo; se sugiere entonces investigaciones complementarias al respecto.

7°. La formación de la empatía en los profesionales de Psicología puede disminuir la discriminación y las actitudes negativas hacia el VIH/SIDA y es una herramienta para romper estereotipos permitiendo así percibir al otro como un ser humano único. Para ello la interacción social del estudiante es relevante, se sugiere en la formación profesional del Psicólogo la programación de pasantías y la movilidad estudiantil, así mismo la firma de convenios con Instituciones públicas y privadas que permitan a los estudiantes realizar participación social a través de voluntariados y otras actividades académicas extracurriculares de servicio a la comunidad. Se puede implementar en la facultad de Psicología la estrategia de los promotores de salud que es una de las formas para llegar con más eficacia a los diferentes grupos sociales y académicos, consistente en la educación

de pares o iguales, o sea, una persona adiestrada como promotor de salud actúa sobre su mismo grupo, por ejemplo: Un joven estudiante actúa sobre sus compañeros de estudios; una mujer adiestrada como promotora, educa a otras mujeres.

A LOS ESTUDIANTES

8°. Se les sugiere un mayor compromiso académico en aras de una adecuada formación profesional y sobre todo una mayor participación voluntaria en actividades extracurriculares en las que puedan someter a prueba y fortalecer sus habilidades sociales de trato e intervención interpersonal.

REFERENCIAS

- Afanasiev, V. (1985). Manual de filosofía. México D.F.: Ed. Letras
- Agarwal S, & de Araujo P. (2014) Access to media and HIV knowledge in India. *Economies*. 2 (2),124-146.
- Alarcon JO, Johnson KM, Courtois B, Rodriguez C, Sanchez J, Watts DM, et al. (2003) Determinantes y prevalencia de la infección por VIH en mujeres embarazadas peruanas. *AIDS*. 17 (4). pp. 613-618.
- Asgary R, Amin S, Grigoryan Z, Naderi R, Aronson J. (2013) Perceived stigma and discrimination towards people living with HIV and AIDS in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative approach. *J Public Health*. 21(2) pp. 155-162.
- Atteraya MS, Kimm H, Song IH. (2014) Women's autonomy in negotiating safer sex to prevent HIV: Findings from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *AIDS Educ Prev*. 26(1) pp. 1-12.
- Becerra-Gonzales V, Chunga- Iturry N, Palomino-Cruzado C, Arévalo-Rodríguez T, Nivín-Huerta J, Portocarrero-Ramírez L, et al. (2012) Asociación entre el conocimiento de las mujeres peruanas acerca del VIH y sus actitudes frente a personas infectadas. *Rev Peru Epidemiol*.16 (3) pp. 1-8.
- Benites, C. (01 de diciembre de 2014). Perú: Hay 65,000 personas con VIH, pero solo la mitad tiene diagnóstico. Perú 21. Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/vihsida-contagios-son-mas-frecuentes-entre-personas-15-y-25-anos-2204660>
- Bermúdez R, Rodríguez M, Martinto L, Álvarez L. (2007). Nivel de conocimiento sobre la infección de VIH/ SIDA en mujeres del municipio "10 de Octubre". *Revista Cubana Medicina General Integral*. 29(1), pp 1-15.
- Bustamante S. (2010) ¿Cómo responder al VIH SIDA en el trabajo? OIT Ed. Nanay Lima Perú.
- Cáceres, C. y Otros (1992). Necesidades educativas en relación a la sexualidad humana y el SIDA entre alumnos y profesores de escuela secundaria en Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 24 (2) pp 109-123

- Catacora, F. y Villanueva, J. (2007). Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 24 (3) pp 240-247
- Chávez, N. (2012) Nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión y medidas preventivas del VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Julio César Tello del distrito de Ate-Vitarte 2010. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Choccare, C. (2008). Nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en los alumnos de enfermería de la UNMSM. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima
- Conejeros, I. y otros (2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia el VIH/SIDA. *Investigación y Educación en Enfermería*. 28 (3), pp 345-354
- Delgado, N. (2007) Nivel de conocimientos acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en los estudiantes de 5° secundaria de dos instituciones educativas de la UGEL N° 05 S.J.L. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima
- Díaz Montes y Otros (2011). Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes de una Universidad en Cartagena – Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 19 (2), pp. 38-52
- Diestra, I. (2013) Actitud del adolescente hacia la prevención de ITS/VIH en la Institución Educativa N° 30610 Jorge Chávez - Comas – 2012. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima
- Espinoza Neira y otros, (2009) VIH-SIDA en pacientes de odontología. Caso clínico para optar el título de Licenciado en Odontología. Universidad de Huánuco.
- Fadrugas, A. Valdés, M y Fernandez, L. (2012) caracterización del nivel de información sobre ITS/VIH/SIDA en adolescentes de la escuela secundaria básica “José Luis Arruñada”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 28 (1), pp 15-25

- Fernandes de Araújo L, Teva I, Bermudez M. (2014) Psychological and socio- demographic variables associated with sexual risk behavior for sexually transmitted infections/HIV. *Int J Clin Hlth Psyc.* 14 (2), pp.120-127
- Flores, Fátima. Et al. (2000) “Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México”. División de Estudios de Postgrado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- García, A. y otros (2014). Conocimiento y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes de la facultad de planeación urbana y regional de la Universidad Autónoma del Estado de México. *Revista de Medicina e Investigación.* 2 (2), pp 121-127
- Gomez, E. y Cogollo, Z. (2011). Conocimientos sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. *Revista de salud Pública.* 13 (5), pp 778-784
- Jones, E. y Gerard, H. (1980). *Fundamentos de Psicología Social.* México: Ed. Limusa.
- Jung M, Arya M, Viswanath K. (2013) Effect of Media Use on HIV/AIDS-Related Knowledge and Condom Use in Sub- Saharan Africa: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE.* 8 (7)
- Klomegah R. (2011). Sexual Behavior and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Comparative Analysis of Swaziland and Niger. *Int Rev Mod Sociol.* 37(2), pp. 217-237.
- Konda KA, Lescano AG, Leontsini E, Fernandez P, Klausner JD, Coates TJ, et al. (2008). Las altas tasas de relaciones sexuales con hombres de alto riesgo entre los hombres, identificados como heterosexuales-en-bajos ingresos, Perú costera. *SIDA.* 12 (3): 483-491.
- Krechb, D. y Crutchfield, R. (1982). *Investigación del comportamiento.* México. P. 348
- La Rosa, A. (1983) *Manual de Psicología Social.* Lima: San Martín de Porres
- Leiva, B. (1991). Conocimiento que tienen sobre el SIDA, y las actividades que realizan para su prevención, los internos del CRAS San Marcos-

Huánuco. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco.

- Malpartida, J, (1995). Nivel de información y las actitudes que presentan los estudiantes de la UNHEVAL Huánuco Frente al SIDA. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco.
- Manrique, D. y otros (2009). Efectividad de un programa educativo para promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA de la Institución Educativa Pública Illathupa-Huánuco 2006-2007. Investigación Valdizana. 3 (1), pp 61-67
- Ministerio de Salud (2013) Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/ SIDA en el Perú, 2013. Lima: Dirección General de Epidemiología. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/ASISVIH2013.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). Boletín Epidemiológico Mensual. Diciembre 2014. Lima: Dirección General de Epidemiología. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2014/diciembre.pdf
- MINSA (2008). Manual de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolares”. DIRESA-HUANUCO. Perú
- Mohamed E, Zeidan Z, Almokashfi, AboAhmed T, Balla S, Abdalla S. (2011) Knowledge and Attitudes of the Population in Gezira State, Sudan, about HIV/AIDS. Sudanese Journal of Public Health. 6 (4),143-149.
- Moizés JS. Villela-Bueno SM. (2010) Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas Segundo professores do ensino fundamental. Rev Esc Enferm USP. 44(1), pp 205-212.
- Muli, I. & Lawoko, S. (2014) The Relationship between Access to Mass Media and HIV/AIDS Related Knowledge, Beliefs and Behaviours in Kenya. Psychology. 14 (5), 736-743.
- Ontivero, A. y otros (2010). Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre el VIH/SIDA de los familiares. Revista de Ciencias Médicas La Habana. 16 (2)
- ONUSIDA (2013). Informe global: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2013. Ginebra. Disponible en:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf

- ONUSIDA (2015). El SIDA en cifras. Ginebra. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
- Orbegoso O. (2008). Nivel de conocimientos, actitudes y habilidades, en prevención del VIH-SIDA en estudiantes universitarios. Rev. Scientia del Centro de Investigación de la Universidad Ricardo Palma. (10), pp 1-10.
- Orcasita, L. Uribe, A. y Valderrama, L. (2013). Conocimiento y actitudes frente al VIH/SIDA en padres de familia de adolescentes colombianos. Revista Colombiana de Psicología. 22 (1), pp 59-73
- Ortiz, P. (1997) La formación de la personalidad. Lima: DIMASO E.I.R.
- Ortiz, Pedro (1994) El sistema de la personalidad. Lima: Ed. Orión
- Pernaz, G. y Cárcamo, C. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. Revista peruana de medicina Experimental y Salud Pública. 32 (4), pp. 667 – 672
- Quispe, R. (2006) Nivel de conocimientos acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosas en adolescentes de la institución educativa “Isaias Ardiles del distrito de Pachacamac”. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima
- Ray R, Sinha K. (2012) Interaction between HIV awareness, knowledge, safe sex practice and HIV prevalence: evidence from Botswana. J. Biosoc. Sci. 44 (3), 321-344.
- Rios, E. y otros (2009). Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de Transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. Revista Gaceta Sanitaria. 23 (6) pp 533-538
- Rodriguez, M. y Sanchez, S. (1988). Conocimiento que tienen los alumnos del tercero, cuarto y quinto año de la Facultad de Enfermería de la UNHEVAL-HCO, sobre el SIDA. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco

- Ross P, Humble ÁM, Blum I. (2013) Sexuality and HIV/AIDS: An exploration of older heterosexual women's knowledge levels. *J Women Aging*. 25 (2),165-182.
- Salas P, Taylor L, Quesada M, Garita A, León D. (2011). Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios costarricenses con respecto al VIH/SIDA. *Rev de Ciencias Sociales*. 2(131), pp 27-36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo>.
- Sanchez H. Y Otros (1996). Metodología y diseño en la Investigación científica. Lima. Los Jazmines
- Silva, J. y otros (2014). Nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería Universitaria*. 11 (4), pp. 139-144
- Torres, Teresa.et al (2008) "Concepciones Culturales del VIH/SIDA de adolescentes de Bolivia, Chile y México". Universidad de Guadalajara, México. Universidad Católica de Maule.
- Ugarte W, Högberg U, Valladares E, Essén B. (2013) Assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS in Nicaragua: A community- level perspective. *Sex Reprod Healthc*. 4 (1), pp. 37-44
- Uribe A, Orcasita L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Rev. Virtual, Universidad Católica del Norte*. (27), pp 1-31.
- Valderrama, S. (2002). "Pasos para elaborar Proyectos y Tesis de Investigación Científica". Editorial San Marcos. Cerro de Pasco –Perú
- Vidal F. (1995). Factores que influyen en las actitudes públicas hacia el SIDA. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Young, K y Flügel, J. (1967) Psicología de las actitudes. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Zuñiga, C. (2006). Nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y su relación con la actitud hacia la práctica sexual riesgosa en adolescentes de secundaria del colegio Mariscal Toribio de Luzuriaga de Los Olivos . Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima

WEBGRAFIA

- <http://es.scribd.com/doc/56943629/Tesis-Doctorado-Manuel-Antonio-Velandia-Mora>
- <http://www.Larepublica.pe>
- <http://www.onu.or.pe/publico/>
- <http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontrasida.aspx>
- <http://www.theglobalfund.org.es>
- <http://www.unaids.org/es/>
- <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>
- www.dge.gob.pe (Boletín epidemiológico de Setiembre de 2009).
- www.inforegion.pe/.../defensoria-del-pueblo-realiza-foro-sobre-vihsida-en-ucayali-y-huanuco/

ANEXOS

CUESTIONARIO DE ACTITUDES FRENTE AL VIH/SIDA Y SU PREVENCIÓN

FICHA TECNICA:

a) Propósito

Cuestionario de 14 ítems que permite conocer la orientación de actitudes favorables y desfavorables frente al VIH/SIDA en estudiantes Universitarios.

b) Autor

Elaborado por el autor de la tesis para fines de investigación

c) Forma de aplicación

Individual y colectiva

d) Duración de la prueba

10 minutos aproximadamente

e) Edad de aplicación

16 a 35 años

f) Significación

El cuestionario mide la orientación de las actitudes hacia dos áreas específicamente: hacia la enfermedad del VIH/SIDA y hacia la prevención.

☞ Actitudes hacia el VIH/SIDA (ítems del 01 al 07)

☞ Actitudes hacia la prevención del VIH/SIDA (ítems del 08 al 14)

g) Construcción del instrumento

La escala fue construida utilizando la técnica Lickert, cuyo propósito es identificar la direccionalidad de la actitud mediante la presentación de opciones que midan el agrado o el desagrado hacia el objeto en cuestión. Las opciones van desde de acuerdo, indiferente y en desacuerdo. Siendo la puntuación la siguiente:

De acuerdo (A) ... 3

Indiferente (I) ... 2

En Desacuerdo (D) ... 1

La orientación de la puntuación de los ítems varía de acuerdo a la naturaleza del reactivo; los de acercamiento a actitudes favorables tendrán puntuación mayor (3) y los de actitudes Los resultados de la escala se obtienen tomando en consideración el siguiente rango:

RESULTADO GENERAL DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES		
35 – 42	de acuerdo	ACTITUDES DE ACEPTACIÓN
24 – 34	Indiferente	ACTITUD INDIFERENTE
14 – 23	en desacuerdo	ACTITUDES DE RECHAZO

h) CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH: Pasos para determinar la confiabilidad: por medio del alfa de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_j^2}{S_x^2} \right)$$

K= # de ítems

S_j²= Varianza poblacional de cada ítem

$$s^2 = \frac{\sum(\bar{x}-x_i)^2}{N} S_x^2 = \text{Varianza poblacional del total}$$

Se halló la confiabilidad del Test bajo el siguiente procedimiento:

Sujetos	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7Item14	Total
1									
2									
3									
.									
.									
.									
175									
Varianza	0.4	0.6	0.5	0.5	0.6	0.6	0.7	0.76	13.95

Reemplazando los valores en la fórmula:

$$\text{Alfa Cronbach} = 14/13 * (1 - (3.9/13.95))$$

Alfa Cronbach = 0,460 (14 ítems): Estadísticos de Fiabilidad o Confiabilidad

Este resultado nos indica una confiabilidad baja, es decir existe un margen de error que interviene en los resultados, pero dicho error no es significativo.

i) VALIDEZ

CORRELACIÓN ITEM TEST (Discriminación de Ítems)

Se realizó bajo el siguiente procedimiento:

Sujetos	Ítems													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	1	3	1
2	3	3	2	3	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1
3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	2	3	2	1
4	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	2	3	3	1
5	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2
...														
175	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3
Rxy	0.46	0.58	0.53	0.26	0.39	0.37	0.47	0.82	0.31	0.67	0.50	0.59	0.39	0.76

En la Tabla se puede apreciar los resultados de la correlación de cada ítem con el total del Instrumento, estos resultados nos indican la discriminación de los ítems en referencia a lo que el Test en general pretende medir.

De los 14 ítems el Ítem #4 y el ítem #9, presentan los índices de discriminación más bajos, por otro lado los ítems #8 y #14 presentan los índices de Discriminación más altos.

Se puede aceptar todos los ítems como válidos y determinados estadísticamente ya que pretenden medir el mismo resultado de la variable.

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA

FICHA TECNICA

a) Propósito

Cuestionario de 10 ítems que permite conocer el nivel de información que tienen los estudiantes universitarios referentes al VIH/SIDA.

b) Autor

Elaborado por el autor de la tesis para fines de investigación

c) Forma de aplicación

Individual y colectiva

d) Duración de la prueba

8 minutos aproximadamente

e) Edad de aplicación

16 a 35 años

f) Significación

El cuestionario mide el nivel de información que poseen los estudiantes sobre el VIH/SIDA: la enfermedad, formas de contagio, diagnóstico, prevención y tratamiento

g) Construcción del instrumento

El cuestionario fue construido utilizando el tipo de preguntas de elección múltiple, de esta manera, frente a un enunciado que se caracteriza por ser una interrogante sobre VIH/SIDA el evaluado debe elegir de entre 05 alternativas la respuesta correcta. La puntuación que se ha preferido utilizar es la del sistema decimal, de esta manera, para cada respuesta correcta se le asigna un (01)

punto, pudiendo el resultado ser de 0 puntos el más bajo y de 10 el más alto.

Con estas consideraciones y tomando en cuenta además la complejidad de las preguntas se obtienen los siguientes nivel de información:

RESULTADO GENERAL DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA		
8 – 10	de puntaje	NIVEL ALTO DE INFORMACIÓN
4 – 7	de puntaje	NIVEL PROMEDIO
0 – 3	de puntaje	NIVEL BAJO DE INFORMACIÓN

h) CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH: Pasos para determinar la confiabilidad: por medio del alfa de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_j^2}{S_x^2} \right)$$

K= # de ítems

S_j^2 = Varianza poblacional de cada ítem

$$s^2 = \frac{\sum(\bar{x}-X_i)^2}{N} S_x^2 = \text{Varianza poblacional del total}$$

Se halló la confiabilidad del Test bajo el siguiente procedimiento:

Sujetos	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7Item10	Total
1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
2	1	1	0	1	1	0	0	0	5
3	1	1	1	0	1	0	0	0	4
.									
.									
.									
175									
Varianza	0.03	0.06	0.25	0.15	0.20	0.25	0.15	0.19	2.57

Reemplazando los valores en la fórmula:

$$\text{Alfa Cronbach} = \frac{1.11}{1.11} \left(1 - \frac{1.75}{2.57} \right) = 0.32$$

0.35

Alfa Cronbach = 0,350 (10 ítems): Estadísticos de Fiabilidad o Confiabilidad

Este resultado nos indica una confiabilidad baja, es decir existe un margen de error que interviene en los resultados, pero dicho error no es significativo.

i) VALIDEZ

CORRELACIÓN ITEM TEST (Discriminación de Ítems)

Se realizó bajo el siguiente procedimiento:

	Ítems									
Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1
2	3	3	2	3	1	1	1	3	3	1
3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3
4	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1
5	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
...
175	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Rxy	0.25	0.45	0.41	0.26	0.41	0.44	0.44	0.39	0.48	0.33

En la Tabla se puede apreciar los resultados de la correlación de cada ítem con el total del Instrumento, estos resultados nos indican la discriminación de los ítems en referencia a lo que el Test en general pretende medir.

De los 10 ítems el Ítem #1 y el ítem #4, presentan los índices de discriminación más bajos, por otro lado los ítems #9 y #2 presentan los índices de Discriminación más altos.

Se puede aceptar todos los ítems como válidos y determinados estadísticamente ya que pretenden medir el mismo resultado de la variable.

INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA

Edad.....Sexo..... Grado de Estudios.....

1. Las siglas que identifica al Virus de Inmunodeficiencia Humana es:
a) VIH b) HIV c) AIDS d) SIDA e) IHV
2. Señale la alternativa por el cual no es probable la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana.
a) Al usar objetos de higiene personal (cepillo de dientes, afeitador, navajas, etc.) por un paciente con SIDA.
b) Vía sexual.
c) Vía sanguínea.
d) Vía vertical: de madre a hijo.
e) Al saludar o tocar un paciente con SIDA.
3. La probabilidad de contagiarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana en personas que consumen drogas y otras sustancias tóxicas aumenta debido a que:
a) comparten el mismo ambiente contaminado
b) las drogas disminuyen su sistema inmunológico
c) comparten instrumentos punzocortantes como navajas, agujas, etc.
d) las drogas le llevan a tener relaciones sexuales
e) Las drogas inhiben los deseos sexuales
4. Si el suelo o mobiliario es contaminado con sangre de un enfermo con SIDA ¿Qué es lo que se debe hacer?
a) Limpiar la superficie contaminada con un papel y luego tirarlo al tacho.
b) Lavar la superficie contaminada con una solución de agua y lejía.
c) Limpiar la superficie contaminada con agua y jabón.
d) Dejarlo que con el tiempo desaparezca.
e) No es necesario hacer nada.
5. ¿Quiénes pueden ser contagiados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana?
a) Homosexuales que entren en contacto con sangre o secreciones contaminadas.
b) Prostitutas que entren en contacto con sangre o secreciones contaminadas.
c) Drogadictos que entren en contacto con sangre o secreciones contaminadas.
d) Cualquier persona que entre en contacto con sangre o secreciones contaminadas.
e) Las personas que tienen una vida promiscua.
6. ¿Las deposiciones de un enfermo con SIDA presentan algún riesgo de infección?
a) Sí, en todos los casos.
b) Sí, sólo si existe sangrado o infecciones evidentes.
c) No, en todos los casos.
d) No, si está siguiendo un tratamiento.
7. El período de infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana denominado "Ventana" se caracteriza porque:
a. no existe síntomas del Virus de Inmunodeficiencia Humana pero la prueba de descartar o despistaje sale "Reactivo".
b. se presentan síntomas iniciales severos que indican la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana.
c. en las pruebas de descartar la persona sale "No Reactivo" a pesar de estar infectada y puede contagiar a otras personas.
d. la persona cree estar infectado porque tuvo una relación sexual sin protección.
e. la persona cree que nunca se va a contagiar con el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
8. La prueba más conocida para descartar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana es la de ELISA (Ensayo de inmunoadsorción enzimática), sin embargo existen pruebas rápidas de fácil ejecución, sobre estas se puede afirmar lo siguiente:
a. Es concluyente en algunos casos, en especial cuando están apareciendo los primeros síntomas.
b. No son pruebas concluyentes, de obtenerse un resultado positivo debe repetirse y realizar una prueba confirmatoria.
c. Si no hay síntomas de ninguna manera saldrán positivo.
d. Por lo general permiten obtener un diagnóstico certero y lo que hacen otras pruebas es confirmar estos resultados.
e. No sirven para nada.
9. Un método eficaz para la prevención del SIDA es el uso de preservativos, además de ello es importante desarrollar en los adolescentes y jóvenes:
a. una intensa educación sexual.
b. la represión sobre las relaciones sexuales
c. interés por lo deportivo y religioso
d. actitudes positivas frente a la prevención y protección
e. desinterés por las actividades sexuales
10. ¿Si, el paciente con SIDA mordiera a otra persona hasta producirle una herida, podría transmitirle el virus?
a) Sí, en todos los casos.
b) Sí, sólo si existe sangrado evidente.
c) No, en todos los casos.
d) No, si está siguiendo un tratamiento.

CUESTIONARIO DE ACTITUDES

I) DATOS GENERALES

1.1 Grado de estudios: _____ Edad: _____ Sexo: ()

II) INSTRUCCIONES:

Considerando las proposiciones que se le presentan a continuación marque Ud. en el recuadro según la siguiente escala

- DE ACUERDO (A)
 INDIFERENTE (I)
 EN DESACUERDO (D)

ITEMS	A	I	D
1. No tendría ningún inconveniente en continuar mi amistad con un amigo que adquirió SIDA.	3	2	1
2. Evitaría la cercanía de personas que sé que han contraído el VIH /SIDA.	1	2	3
3. Me resultaría difícil trabajar con una persona que ha contraído el VIH /SIDA.	1	2	3
4. No me hago problemas si me piden que atienda a una persona con VIH / SIDA	3	2	1
5. Prefiero evitar compartir cubiertos o prendas de vestir con personas que tienen el VIH/SIDA	1	2	3
6. Si por negligencia médica, fuera infectado con el VIH, todo habría acabado para mi	1	2	3
7. Estoy seguro que tomaría represalias contra las personas que negligentemente me infectaron con el VIH	1	2	3
SUMATORIA			
ITEMS	A	I	D
8. Lamento decirlo, pero en alguna oportunidad tuve relaciones sexuales sin protección.	1	2	3
9. En esta sociedad actual no me preocuparía ni me avergonzaría de solicitar a mi pareja medidas de protección al tener relaciones sexuales.	3	2	1
10. Por lo general, en los momentos de diversión social, reuniones con amigos o citas con mi pareja siempre tengo un preservativo a la mano.	3	2	1
11. En más de una oportunidad, el personal de salud se ha sentido incomodo sobre las preguntas, reclamos y observaciones que hice cuando iban a ponerme una inyección	3	2	1
12. No es para alabarme pero hasta ahora he podido darme cuenta de la pulcritud y reserva sexual de mis parejas.	1	2	3
13. Es molesto pero siempre estoy pendiente por mis objetos personales de higiene	3	2	1
14. Los datos estadísticos y los avances científicos me tranquilizan para poder vivir una vida sexual plena sin atarme a una sola persona	1	2	3
SUMATORIA			





