

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE
VIH/SIDA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO, CHACHAPOYAS, 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. MARLENY CASTILLO TAFUR

Asesora : Lic. Enf. SONIA CELEDONIA HUYHUA GUTIERREZ

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE
VIH/SIDA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO, CHACHAPOYAS, 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. MARLENY CASTILLO TAFUR

Asesora : Lic. Enf. SONIA CELEDONIA HUYHUA GUTIERREZ.

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, alumbrarme y guiarme por el buen camino, dándome amor, fuerza y valentía para lograr mis objetivos.

A mis padres, por los valores que inculcaron en mi proceso de formación, comprensión y apoyo moral, dándome fortaleza para seguir adelante durante la trayectoria de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Al director de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Profesor Victor Humberto Rojas Puerta por su apoyo incondicional y permitirme el ingreso a la institución diariamente para la aplicación de los instrumentos de evaluación, asimismo a los adolescentes por brindarme su apoyo, tiempo y espacio para la ejecución del proyecto de investigación.

A mis padres por su cariño, esmero y constante preocupación en cada etapa del desarrollo de la presente investigación.

A la Licenciada en enfermería Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez, por su asesoría permanente, paciencia y su constante dedicación, por acompañarme en el camino de la investigación con entusiasmo e interés.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán

Vicerrectora de investigación

Dr. Edwin Gonzales Paco

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

Director de la Escuela Profesional de Enfermería

JURADO DE EVALUADOR

Resolución de Decanato N° 108-2017-UNTRM-VRAC/F.C.S.)

Mg. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres
Presidente de Jurado de Tesis

Dra. Enf. Sonia Tejada Muñoz
Secretaria de Jurado de Tesis

Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo
Vocal de Jurado de Tesis

DECLARACION JURADA

Yo, Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez con DNI N°40623694, con domicilio legal en el Jr. Hermosura S/N, Licenciada en Enfermería, actual docente asociada de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la salud, de la Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza” de Amazonas.

DOY VISTO BUENO, al Informe titulado “**Nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo Chachapoyas, 2017**”, de la Bachiller en Enfermería Marleny Castillo Tafur.

Por lo tanto:

Para mayor constancia y validez firmo el presente.

Chachapoyas 10 de agosto del 2018.

Lic. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

DNI N° 40623694

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades universitarias	iii
Jurado evaluador	iv
Declaración jurada	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	viii
Índice de anexos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	5
III. MARCO TEÓRICO	6
3.1 Antecedentes de la investigación	6
3.2 Bases teóricas	14
3.3 Teorías y/o modelos	34
3.4 Definición de términos básicos	37
3.5 Hipótesis	38
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	39
4.1 Tipo y diseño de investigación	39
4.2 Población muestral	39
4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
4.4 Procedimiento de recolección de datos	43
4.5 Análisis de datos	43
V. RESULTADOS	45
VI. DISCUSIÓN	51
VII. CONCLUSIONES	58
VIII. RECOMENDACIONES	59
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
X. ANEXOS	68

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Relación entre nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.	45
Tabla 2: Nivel de Conocimiento sobre VIH/SIDA según dimensiones en Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.	47
Tabla 3: Percepción de riesgo sobre VIH/SIDA según dimensiones en Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.	49

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Relación entre nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.	45
Figura 2: Nivel de Conocimiento sobre VIH/SIDA según dimensiones en Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.	47
Figura 3: Percepción de riesgo sobre VIH/SIDA según dimensiones en Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.	49

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 01: Matriz de consistencia.	69
ANEXO 02: Operacionalización de variable.	71
ANEXO 03: Instrumento de evaluación de nivel de conocimiento de VIH/SIDA.	74
ANEXO 04: Matriz de respuesta sobre el instrumento de medición.	78
ANEXO 05: Decisión estadística del juicio de expertos.	79
ANEXO 06: Confiabilidad del instrumento.	80
ANEXO 07: Resultados obtenidos de la confiabilidad del instrumento.	81
ANEXO 08: Clasificación y puntaje del instrumento.	82
ANEXO 09: Escala de VIH.	83
ANEXO 10: Confiabilidad del instrumento.	90
ANEXO 11: Validez del instrumento de medición.	92
ANEXO 12: Matriz de respuestas sobre el instrumento de medición.	93
ANEXO 13: Decisión estadística.	94
ANEXO 14: Clasificación y puntaje del instrumento.	96
ANEXO 15: Relación entre la edad y nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.	97
ANEXO 16: Relación entre el sexo y nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.	98
ANEXO 17: Relación entre la edad y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA.	99
ANEXO 18: Relación entre el sexo y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA.	100

RESUMEN

La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, de tipo prospectivo, observacional, transversal y de frecuencia, tuvo como objetivo general determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017. La población muestral fueron 199 adolescentes. Se utilizó el método de la encuesta y la técnica el cuestionario y dos instrumentos de recolección de datos elaborada por Narváz en el 2012 cuya validez fue de $VC= 1.8542$ y con una confiabilidad de 0.76 considerando una fuerte confiabilidad y Moncada en el 2014 cuya validez estadística fue de $VC= 8.881784$ y una confiabilidad de 0.89 lo cual determina alta confiabilidad. Los resultados encontrados fueron, que predominó el nivel de conocimiento malo y percepción de riesgo media con un 56.3% (112), además no se encontró relación entre las variables de estudio con un valor de: ($X^2 = 4.310$; $Gf= 6$; $p= 0.635 \geq 0.05$). En las dimensiones: formas de contagio, signos y síntomas, tratamiento, prevención y factores de riesgo, predominó el nivel de conocimiento malo (62.3%; 89.9%; 79.4%; 81.4% y 83.9%, respectivamente). Asimismo en las dimensiones: fluidos, vía sexual y vida social, predominó percepción de riesgo media (55.3%; 49.7% y 55.3%, respectivamente). En conclusión: el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA no se relaciona con la percepción de riesgo en los adolescentes.

Palabras claves: Conocimiento, percepción de riesgo, VIH/SIDA, adolescencia.

ABSTRATC

The research was of a quantitative, relational, prospective, observational, cross-sectional and frequency-based approach. Its general objective was to determine the relationship between the level of knowledge and risk perception of HIV / AIDS in Adolescents, Santiago Educational Institution. Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017. The sample universe was 199 adolescents. We used the survey method and the questionnaire technique and two data collection instruments developed by Narváez in 2012 whose validity was $VC = 1.8542$ and with a reliability of 0.76 considering a strong reliability and Moncada in 2014 whose statistical validity was of $VC = 8.881784$ and a reliability of 0.89 which determines high reliability. The results found were that the level of bad knowledge and perception of average risk predominated with 56.3% (112), and there was no relationship between the study variables with a value of: $(X^2 = 4.310, G1 = 6; = 0.635 > = 0.05)$. In the dimensions: forms of contagion, signs and symptoms, treatment, prevention and risk factors, the level of bad knowledge predominated (62.3%, 89.9%, 79.4%, 81.4% and 83.9%, respectively). Also in the dimensions: fluids, sexual path and social life, perception of medium risk prevailed (55.3%, 49.7% and 55.3%, respectively). In conclusion: the level of knowledge about HIV / AIDS is not related to the perception of risk in adolescents.

Keywords: Knowledge, risk perception, HIV / AIDS, adolescence

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que en el mundo existen 34 millones de personas enfermas con VIH SIDA, 30 millones son adultos y 4 millones son menores de 15 años, de los cuales anualmente mueren 1.8 millones de personas (Organización mundial de la salud, 2015,p.6); según Rojas, indica que las mujeres inician su primera relación sexual desde los 13 hasta los 19 años y que la edad media de los casos de SIDA es de 31 años, entonces se podría decir que el 50% de los casos de VIH se han contagiado antes de cumplir los 21 años (Rojas, 2013, p.3).

Entre 1983 y el 2016, se ha notificado un total de 65,657 casos de infección por VIH, y 34,438 casos de SIDA. De los casos notificados de SIDA, el 2.6% fueron diagnosticados cuando tenían entre los 10 y 19 años de edad, y el 29.3% cuando tenían entre 20 y 29 años de edad. Dado el largo período de incubación de esta infección, un porcentaje importante de ellos deben haberse infectado antes de los 20 años de edad. Entre los adolescentes y jóvenes la relación de casos de SIDA es de 2.8 hombres por mujer, evidenciando en estas personas desconocimiento de la enfermedad y conceptos erróneos de la misma (Minsa, 2017, p.18).

Se realizó una encuesta en Brasil, sobre la percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en el cual encontraron que la percepción de riesgo está muy ligado a la trayectoria de vida, los valores culturales y al contexto social en el que se desarrolla. Por ello la percepción individual como colectiva varía según las creencias, vivencias, sensaciones, cultura, etc., por lo cual la percepción de riesgo es complejo. En este país evidenció una pobre identificación de la percepción sobre VIH/SIDA, ya que solo un 35% de los adolescentes asumen que son propensos a contagiarse de esta enfermedad (Palma &Nantua, 2012, p.1).

Una encuesta realizada en España menciona que los jóvenes de hoy solo se preocupan por el presente, ya que se encontró en los resultados que el 25.3% mencionó que está totalmente de acuerdo, el 45% de acuerdo, el 24.5% en desacuerdo y solo un 5.1% está totalmente en desacuerdo en que están propensos a contraer el VIH/SIDA, con lo cual

se evidencia que estos adolescentes no perciben el riesgo que corren en la actualidad y la cual va a afectar su futuro (Eresta, 2010, p.3).

La percepción de riesgo definida como probabilidad subjetiva o susceptibilidad percibida de que una consecuencia negativa vaya a ocurrir, es uno de los factores claves en la prevención de la transmisión sexual del VIH. En este sentido, los jóvenes de argentina perciben una probabilidad de infección baja y un temor elevado sobre un rango propuesto de 0 a 100, el 92,3% de ellos considera el sida como grave o fatal, además, los jóvenes consideran la mayor probabilidad de infección al colectivo de drogodependientes, seguido de los heterosexuales y de los homosexuales (Ruiz, 2016, p.5).

En el Perú la población joven entre el rango de edad de 15 y 29 años, asciende a 8 millones 377 mil, que representa el 27% del total de la población. De la población joven, 4 millones 136 mil son mujeres y 4 millones 241 mil son hombres (INEI, 2016, p.1); asimismo Ramírez, realizó una encuesta en adolescentes de 12 a 18 años sobre el conocimiento que tenían acerca del VIH/SIDA, donde encontró que el 65% tenía conocimiento alto, el 32% conocimiento medio y solo el 3% conocimiento bajo (Ramírez, 2012, p.3).

En el año 2016, en el callao se realizó una encuesta sobre cómo perciben los adolescentes el VIH/SIDA, encontrando que el 58.8% de los entrevistados dijo que no tiene ningún riesgo de infectarse de Sida y un 34.5 % se calificó con muy poco riesgo de contraer la enfermedad y un 4.7 por ciento de la población entrevistada piensa que su riesgo de infectarse con el virus del VIH es muy alto, resultados que podrían ser un factor desencadenante en el aumento de casos de VIH/SIDA (Molina, 2016, p.31).

En una encuesta realizada en Arequipa se evidenció que el 73%(424) adolescentes encuestados mencionan que si se preocupan de un contagio y que si se sienten propensos de contraer el VIH y el 28%(158) mencionan que no se preocupan por el contagio y que no sienten que puedan contraer esta enfermedad, lo cual pone en evidencia que un gran porcentaje de adolescentes de esta población está altamente

propenso de contraer el VIH, por lo cual se debería tomar énfasis en ello (Aspilcueta, 2010, p.18).

En la región Amazonas, existe 1 193 casos de VIH-SIDA aproximadamente, de ese número, el distrito de nueva provincia de Condorcanqui encabeza la lista con 200 infectados, sigue el distrito del Cenepa (Condorcanqui) con 152 casos, Bagua grande en la provincia de Utcubamba con 93 casos, la provincia de Bagua 81 casos, y en Chachapoyas capital de la región, se han registrado 54 casos (Quispe, 2017, p.1).

El grupo más afectado corresponde a la edad de 20 a 24 años de edad. Se estima que en el Perú viven cerca de 70 mil personas con VIH, de este número una de cada cuatro personas, no saben que tienen la infección (Quispe, 2017, p.1).

En la provincia de Chachapoyas, se presentaron 6 casos, el índice más alto se evidencia en varones entre las edades de 15 a 29 años, el 53% se dio por relaciones heterosexuales, 12% por homosexuales, 9% que no está determinado, 4% de causa desconocida, 3% exposición perinatal y 1% en personas bisexuales (DIRESA, 2014,p.2), esto podría deberse a que la adolescencia es una etapa en la cual el individuo se hace independiente de la familia y se unen a un grupo de su misma edad, con los cuales experimentan muchas actividades como por ejemplo las relaciones coitales, actividades por las cuales están propensos a contraer una enfermedad sexual, en lo cual también interviene los conocimientos que tiene acerca de cómo se contraen estas enfermedades y sobre todo si los adolescentes perciben adecuadamente el riesgo de padecer dichas enfermedades, por ello es importante una adecuada concientización y que ellos tomen conciencia del riesgo al que están propensos. Desde el punto de vista de salud pública y teniendo en cuenta que los adolescentes son una población vulnerable debido a que están en una etapa de búsqueda de nuevas experiencias y es muy probable que no cuenten con información suficiente y relativo a ello no perciben el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, debido a ello, en este trabajo de investigación que corresponde al nivel primario de prevención, su análisis aproxima que tan propensos están los adolescentes a contraer alguna enfermedad como puede ser el VIH/SIDA

Los resultados de la presente investigación servirán para motivar a los padres, docentes y al profesional de enfermería sobre la importancia de plantear estrategias preventivas promocionales de educación sexual y prevención de riesgos sexuales y sobre todo profundizar en la abstinencia sexual.

Es por ello que se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017?, con una hipótesis alterna que si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017 y la hipótesis nula que no existe relación entre el nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento según dimensiones: formas de contagio, signos y síntomas, tratamiento, prevención y factores de riesgo, sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.
- Identificar la percepción de riesgo según dimensiones: fluidos, vía sexual y vida social, en los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de la investigación:

A nivel internacional

Gil et al., (2017), Cuba. Realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos sobre virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida en adolescentes de un Consultorio Médico. Obtuvo los siguientes resultados: se identificaron escasas actividades de promoción y educación para la salud sobre virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida dirigidas a adolescentes del Consultorio Médico. Prevalció en ellos la evaluación general de 70 a 79 con 33,3 %, dificultades en el tema diferencias entre virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida con calificación <70 en el 61,7 % de los adolescentes. Se demostró predominio del nivel adecuado de conocimientos en los temas relacionados con acciones educativas (93,3 %) y prácticas seguras (90 %), respectivamente. Conclusión: la evaluación del nivel de conocimientos sobre virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida representa una actividad educativa necesaria para ser abordada en adolescentes desde el nivel primario de atención, constituyendo un sólido argumento en los conocimientos para su adecuado manejo, control y prevención.

Ramírez & Conde, (2015), Bolivia. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, en estudiantes de 6to grado de la E.B.N Nuevo Mundo, San Félix, Estado Bolívar durante el primer trimestre del año 2015. Los resultados son los siguientes: la edad predominante estuvo representada por los estudiantes de 11 años de edad con un 61,82%; predominó el sexo masculino con un 49,10%; en cuanto al nivel de conocimiento se pudo determinar que en primer lugar con 49,10% se ubica el nivel medio, seguido con un 32,72% de aquellos adolescentes con un nivel alto y por último con un 18,18% los adolescentes que tienen un nivel bajo de conocimientos, estos resultados nos

conducen a afirmar que existe un déficit de conocimientos sobre el VIH/SIDA en los estudiantes de 6to grado de dicha institución.

Cortés, A. (2014), Cuba. Realizó un estudio, que tuvo como objetivo incrementar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana/SIDA y obtener una modificación de las creencias y percepción de riesgo hacia dichas enfermedades en educandos de la Facultad de Tecnología de la Salud del Municipio Cerro, La Habana, se obtuvieron los siguientes resultados, se evidencia un aumento en los niveles de conocimientos, creencias y en la percepción de riesgo, con índices de incremento en porcentajes de 38,6, 18,4 y 15,4 %, respectivamente, llegando a la conclusión que la metodología empleada propia del manual resulta útil para incrementar conocimientos y modificar las creencias y percepción de riesgo a partir de profesores previamente formados como promotores y facilitadores.

Dueñas, M. (2014), Colombia. Realizó un estudio, que tuvo como objetivo determinar la efectividad de un módulo educativo sobre el nivel de conocimientos de sexualidad, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA de los estudiantes de tercer año de secundaria de la Institución educativa República de Colombia-2014. La población lo constituyó el total de adolescentes de la Institución Educativa, la que asciende a 430 alumnos, en los resultados se encontró: Los conocimientos sobre sexualidad, infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA, antes de la intervención educativa el 86% de encuestados poseía un nivel de conocimiento medio y sólo el 6% un nivel alto; resultado que logró incrementarse a 94% con un nivel de conocimiento alto, con una alta significación estadística $p < 0.05$. Conclusiones: Se ha demostrado la efectividad del “Módulo educativo, Conversando con los adolescentes de estilos de vida saludables, sexualidad y prevención de ITS/ VIH Y SIDA”, el 94% de encuestados incrementó el nivel de conocimientos de 12.57 a 19.39, así como de nivel bajo-medio pasando a un nivel alto.

Fhon et al., (2014), Brasil. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo de adolescentes mujeres

sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en un Programa de Adolescentes de un hospital público. Resultado: De las participantes predominaron aquellas entre 14 y 16 años, solteras y con estudios secundarios. En relación con el conocimiento predominó el nivel regular. Se observó que más de la mitad conocen los síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual y una proporción similar usa preservativo. No se observó correlación entre los niveles de conocimientos y las variables sociodemográficas. En conclusión: se identificó la necesidad de reforzar y evaluar el Programa de Adolescentes creando una interiorización y concientización de las usuarias para que mantengan una adecuada salud reproductiva.

Hernández, A. (2013), México. En su estudio, cuyo objetivo fue describir la percepción que tienen sobre VIH/SIDA los adolescentes de 16 a 18 años, estudiantes de la preparatoria del colegio de bachilleres del estado de Querétaro (COBAQ), tuvo como resultados: las categorías obtenidas fueron: a) como es vista la persona con VIH: los jóvenes identifican al sufrimiento como consecuencias de la enfermedad, por lo tanto, es necesario ser empático ante este proceso .b) sentir sobre las formas de transmisión: se apreció que los jóvenes consideran tener conocimiento sobre el fenómeno, aunque el dialogo reflejo diversos vacíos al respecto c) lo que se sabe sobre la prevención: se visualizó que los adolescentes reconocen la necesidad de tener una vida sexual segura, aunque existieron respuestas erróneas sobre otros mecanismos de prevención) aspectos de riesgo para el contagio de la enfermedad: la premisa básica en las respuestas fue que mientras más parejas sexuales se tengan, mayor riesgo de contagiarse de VIH existe. Sin embargo, los jóvenes no supieron señalar cuando sería conveniente que un joven empiece a recibir información sobre este tema, a manera de prevención. e) como se ve el VIH/SIDA: como una enfermedad que acaba con la vida lentamente.se concluyo que: se identifican dudas y desconocimiento del fenómeno en los jóvenes en aspecto de prevención y riesgos de infección; por género no se apreciaron diferencias en las percepciones.

A nivel nacional

Arévalo & Terrones, (2017), Cajamarca. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento de los estudiantes con las actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA, obteniendo como resultado que el nivel de conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual es alto en 91.2%; 95.2% relacionado al virus de la inmunodeficiencia adquirida; 97.6% relacionado a formas de transmisión del VIH; 80.4% una vez que la persona se ha infectado con el VIH y la enfermedad que padece, 66.8% referente al tratamiento y es bajo en un 80.0% relacionado al periodo de incubación del VIH; 56.8% a los síntomas que presenta la persona que esté padeciendo de SIDA, 76.8% si la mujer está infectada con el Virus de la inmunodeficiencia adquirida y forma de contagio al nuevo ser. Tienen una actitud positiva si la persona tiene SIDA, al aceptar vivir en la misma casa en un 73.0%, 89.0% compartir el trabajo, 88.0% al darle la mano 56.0% al darle un abrazo y un beso; muestran una actitud negativa en un 64.0% al negarse beber en el mismo vaso, 84.0% no compartir la toalla de baño y 77.0% compartir utensilios. Además tienen prácticas saludables en un 59.0% por abstinencia sexual, 79.0% fidelidad y 77.0% uso del condón, 74.0% aseo de genitales; existiendo una relación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes y prácticas frente al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por lo que se confirma la hipótesis.

Saavedra & Ruiz, (2016), Moyobamba. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre el VIH/SIDA en estudiantes del 4to y 5to año de educación secundaria de la Institución Educativa N° 0750 Elsa Perea Flores, Mayo – Octubre 2016. Los resultados fueron: los estudiantes se caracterizaron por: 48,0% de edad entre 16 a 17 años, de sexo femenino 56,9%, solteras(os) 98,0%, católicos 59,8, 44,1% manifestó tener enamorado(a), 79,4% se ocupan de estudiar, 69,6% son del 4to año de secundaria, 52,0% ha tenido relaciones sexuales, 44% inicio sexualmente entre los 13 a 16 años de edad, 99,0% su opción sexual es heterosexual. El nivel de conocimiento sobre vías de transmisión, signos, síntomas

y medidas preventivas del VIH/SIDA fue nivel de conocimiento regular con 47,1%. Las actitudes preventivas del VIH/SIDA fueron indiferente con 57,8%. En conclusión: Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre el VIH-SIDA que adoptan los estudiantes de 4to y 5to año de educación secundaria de la I.E. 0750 Elsa Perea Flores; $X^2 = 16,082$ con g.l. = 2; $p = 0,000$ (Si $p < 0,05$, entonces es significativo)

Flores et al., (2015), Iquitos. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y el comportamiento sexual en adolescentes de 15 a 19 años de edad de ambos sexos de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya – Distrito de Belén 2015. La población estuvo conformada por 96 adolescentes y la muestra fueron 77 adolescentes con las mismas características de la población. Los resultados encontrados fueron: Los adolescentes tuvieron conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA (61%), y comportamiento sexual con riesgo de VIH/SIDA (77,9%), conclusión: Al establecer la relación entre comportamiento sexual y el conocimiento sobre VIH/SIDA, se obtuvo $p = 0.139$, con $\alpha = 0,05$; este resultado permitió rechazar la hipótesis de investigación siguiente: Adolescente con conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA tendrán comportamiento sexual de bajo riesgo, mientras que los adolescentes con conocimiento inadecuado sobre VIH/SIDA tendrán comportamiento sexual de alto riesgo en la comunidad San Francisco Rio Itaya del Distrito de Belén - 2015.

Huamanchumo, Y. (2014), Trujillo. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la influencia del taller de Educación sexual y reproductiva, en el nivel de conocimientos de los alumnos de tercer grado de educación secundaria, del colegio Túpac Amaru II del Distrito de Florencia de Mora: Marzo - Julio 2014. Los resultados abordados fueron los siguientes: encontramos antes de la aplicación del taller en el grupo experimental, que un 5% tenía un nivel de conocimiento bueno sobre Salud Sexual y Reproductiva y el 50% tenía un nivel de conocimiento malo, y después de aplicar el taller de Salud Sexual y Reproductiva en el grupo experimental, se obtuvo en el post test un 37.5% con 6 un nivel de conocimiento

regular y con 62.5% con un nivel de conocimiento bueno. Finalmente se acepta la Hipótesis “La aplicación del Taller de Educación Sexual y reproductiva influye significativamente en la mejora del nivel de conocimientos de los alumnos, ya que se incrementó el nivel de conocimientos después de aplicar el taller.

López, J. (2013), Piura. Realizó una investigación que tuvo como objetivo general describir el nivel de conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA en gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 Nueva Esperanza - Piura, 2013. Obteniéndose los siguientes resultados: el 42,9% de los participantes no conoce sobre Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA. En relación a las características sociodemográficas y prácticas sexuales se ha demostrado, que la edad predominante de las gestantes adolescentes encuestados es de 18 años (66,6%); según el sexo el 100% son mujeres, debido a que son gestantes; en lo concerniente al estado civil el 71,4% son convivientes y solo el 9,5% casados(as), además que profesan la religión católica el 100,0%, respecto a la ocupación el 85,7% no estudian ni trabaja. Referente a si tienen o no enamorado(a) el 19,1% respondió que sí; y el 100% si han tenido relaciones coitales, siendo la edad de inicio más frecuente a los 17 años (66,7%), y finalmente el 100% de gestantes adolescentes se consideran heterosexuales. Por lo tanto se concluyó: que la muestra en estudio no conoce sobre Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/SIDA.

Arrasco & Gonzales, (2012), Tarapoto. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre “el nivel de conocimientos y las prácticas preventivas sobre infecciones de transmisión sexual-VHI-SIDA en estudiantes del 5° año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo Junio-Agosto 2012”. Los resultados muestran que la mayoría de los estudiantes presentan un nivel de conocimiento medio (74.0%) y una práctica adecuada (64,9%). La prueba CHI CUADRADO demuestra que no hay relación directa ($5.991 = p > 0.05$) rechazando nuestra hipótesis de estudio. se concluyó que el nivel de conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA no tiene una relación directa ($p > 0.05$) con la práctica preventiva; dentro de las características socio demográficas predominantes de la población de

estudio son: edad promedio es de 16 años(62.3%), sexo masculino (57.1%), viven en zona urbana(87%), soltero(97.4%).El nivel de conocimiento es medio(74.0%), y las prácticas adecuadas (64,9%); concluyendo que un conocimiento medio determina práctica adecuada en nuestra población de estudio. Se recomienda crear un programa educativo formativo curricular sobre enfermedades de transmisión sexual y su autocuidado, a fin de mejorar el conocimiento y la práctica preventiva hacia ella.

Navarro & López, (2012), Tarapoto. La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización “Las Palmeras “del distrito de Morales. Periodo junio-setiembre 2012. Los resultados abordados fueron los siguientes: el 50.6% de los adolescentes de la urbanización Las Palmeras se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; y el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 - 15 años. Asimismo, tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad, tal como se encontró en el presente estudio que el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio. Los adolescentes de la urbanización Las Palmeras, tiene un nivel de conocimientos alto en las dimensiones: Anatomía y Fisiología Sexual el 43.0%; sobre salud sexual y reproductiva el 57%; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6%; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56%. En lo referido a las actitudes sexuales de los adolescentes la urbanización presentan actitudes sexuales favorables como: sexualidad, el 79.7%; responsabilidad y prevención del riesgo sexual 83.5%; en la dimensión libertad viii para tomar decisiones el 58.2%; en la dimensión de autonomía el 81.0%; en la dimensión sexualidad y amor obtuvo el 74.7%. Finalmente se acepta la hipótesis por existir un nivel de conocimiento alto y las actitudes sexuales favorables en los adolescentes de la Urbanización las Palmeras del distrito de Morales.

A nivel local

Chancahuana, A. (2015), Chachapoyas. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas

preventivas sobre las infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA, en estudiantes de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Amazonas 2015. Los resultados obtenidos fueron: el 65.5% tienen unas prácticas preventivas adecuada, el 34.5%, tienen unas prácticas preventivas inadecuadas sobre infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA.

La relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas se evidenció que el 58.2% tiene un nivel de conocimiento medio con prácticas, 20.0% tiene un nivel de conocimiento medio con prácticas inadecuadas, 14.5% tiene un nivel de conocimiento bajo con prácticas inadecuadas, 7.3% tiene un nivel de conocimiento alto con prácticas adecuadas sobre infección de transmisión sexual- VIH/SIDA. Por lo que concluyó que la gran mayoría de los estudiantes de Enfermería, tiene un nivel de conocimiento medio con prácticas adecuadas. Los resultados de la prueba estadística Ji cuadrado ($\chi^2 = 18.79$; $gl = 2$; $p = 0.022 < 0.05$) indican que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas sobre las infecciones de Transmisión Sexual- VIH/SIDA.

Fernández, V. (2015), Chachapoyas. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva – Institución Educativa “Santiago Antúnez de Mayolo”, Chachapoyas- 2015. Los resultados evidenciaron que del 100% (148) de adolescentes el 50% (74) tienen un nivel de conocimiento bueno, el 40.5% (60) tienen un nivel regular y el 9.5% (14) de nivel deficiente. En cuanto a las dimensiones: sexualidad el 58.8% (87) tienen un nivel de conocimiento bueno; el 35.1% (52) tienen un nivel regular y el 6.1% (9) nivel deficiente. En la dimensión infecciones de transmisión sexual el 44.3% (67) tienen un nivel de conocimiento bueno; el 39.2% (58) nivel regular y el 15.5% (23) nivel deficiente. Por lo que se concluyó que la gran mayoría de los adolescentes tienen un nivel de conocimiento bueno sobre salud sexual y salud reproductiva.

Moncada, R. (2014), Chachapoyas. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de las personas privadas de su libertad sobre VIH/SIDA del Establecimiento Penitenciario de Chachapoyas. Amazonas - 2014.,

los resultados obtenidos fueron: que del 100% (160) de las personas privadas de su libertad del Establecimiento Penitenciario de Chachapoyas, Amazonas– 2014; entre las edades de 18 a 59 años de edad el 54.4% (87) son personas con nivel de conocimiento malo sobre el VIH/SIDA, el 42,5% (68) son personas con nivel de conocimiento regular y el 0.6% (1) son personas con nivel de conocimiento bueno; mientras que entre las edades de 60 años a más el 2,5% (4) son personas con nivel de conocimiento malo sobre el VIH/SIDA, el 0% (0) son personas con nivel de conocimiento regular de igual manera con el nivel de conocimiento bueno.

Quispe, J. (2012), Chachapoyas. Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la percepción de riesgo sobre VIH en adolescentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertad, Chachapoyas- 2012, los resultados obtenidos fueron: del 100% de los estudiantes, el 82%, presentaron una percepción de riesgo alta, el 18% media y el 0% baja; en caso de la caracterización del adolescente se encontró un 57% tuvieron entre 14 – 15 años, un 39% entre 16 – 17 años y el 4% de 18 – 19 años, de la misma manera respecto al sexo, el 60% de estudiantes son de sexo masculino y el 40% femenino. Llegando a la conclusión de que muchos adolescentes tienen una percepción alta del riesgo de vih y sus edades fluctúan de 14 a 15 años, es necesario educar a través de canales óptimos, sobre este aspecto, para modificar conductas de riesgo en esta población.

3.2. Bases teóricas:

A. CONOCIMIENTO

A.1. Definición:

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (Luque, 2010, p.3).

Es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a una persona o cosa, conjunto de facultades sensoriales de una persona en la medida en que están activas, facultad humana de aprender, comprender y razonar (Diccionario de la Real Academia Española, 2007, p.1).

A.2. Tipos de conocimiento

Los tipos de conocimiento son: (Enciclopedia de clasificaciones, 2016, p.1)

- **Conocimiento empírico:** Conocimiento que se obtiene mediante la observación, la medición y el experimento científico y permite caracterizar al objeto de estudio.
- **Conocimiento teórico:** Conocimiento que permite explicar la esencia de los hechos y elaborar teorías sobre la base de las leyes, regularidades y tendencias del comportamiento o manifestación del objeto de estudio.
- **Conocimiento científico:** Este conocimiento va más allá del empírico: por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer por las causas.
- **Conocimiento filosófico:** Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia.

La filosofía procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes. Habilita, entonces, al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta.

- **Conocimiento teológico:** El conocimiento relativo a Dios, aceptado por la fe teológica, constituye el conocimiento teológico. Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale, de modo especial, del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica histórica más exigente. El contenido de la revelación, hecha la crítica de los hechos allí narrados y comprobados por los signos que los acompañan, se reviste de autenticidad y de verdad.

A.3 Vías de acceso del conocimiento

El conocimiento sobre el mundo puede provenir de diferentes fuentes: (Cúmar, 2008, p.3).

- **Intuición:** se considera tal el conocimiento que se tiene como directo e inmediato del objeto conocido. No suele basarse en la confirmación empírica, ni sigue un camino racional para su construcción y formulación. Por ello no puede explicarse o, incluso, verbalizarse.
- **Experiencia:** lo conocido es un contenido de experiencia. Su referencia y fundamento, en último término, es el testimonio directo o indirecto (a través de aparatos) de la percepción de los sentidos.

- **Tradición:** es la cultura que una generación hereda de las anteriores y lega a las siguientes. Aquí entra en juego el conocimiento cultural y el aprendizaje de normas sociales que no suelen cuestionarse.

A.4 Formas de adquirir conocimiento

Las formas de adquirir el conocimiento son: (Gonzales, 1997, p. 1).

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

A.5 Medición del conocimiento

Según sus características el conocimiento se puede clasificar y medir de la siguiente manera: (Gonzales, 1997, p. 5).

Cuantitativamente:

- Niveles o grados: alto, medio y bajo.
- Escala numérica: de 0 al 20; de 10 a 100, etc.
- Gráficas: colore, imágenes, etc.

Cualitativamente:

- Correcto e incorrecto
- Completo e incompleto
- Verdadero o falso

A.6 Nivel de conocimiento de los adolescentes sobre VIH/SIDA

El nivel de conocimiento de los adolescentes sobre VIH/SIDA se encuentra de la siguiente manera: (Gómez & Cogollo, 2011, p.2).

El inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, el cambio de pareja, la falta generalizada del uso de medios de protección, así como las variables sociales, hace de los adolescentes una población a riesgo de contraer el VIH o de aumentar la probabilidad de enfermar. El hecho de que no exista aun, tratamiento curativo hace que la divulgación de la información y las medidas preventivas sean las únicas medidas que puedan frenar la propagación de la enfermedad. Es por ello que desde hace varios años se están llevando actividades de intervenciones educativas con el objeto de proteger de la amenaza del SIDA a los adolescentes, mejorando el conocimiento sobre la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención.

Investigaciones recientes revelan que los conocimientos sobre la sexualidad y la prevención del SIDA en adolescentes y jóvenes son superficiales y no llevan a un cambio de actitudes o a conductas efectivamente protegidas en todas y cada una de las relaciones sexuales. Se ha reportado que 30% de personas reconocidas como portadores de VIH+ en el grupo de edad de 20-29 años se contaminó durante su adolescencia, considerando el periodo prolongado de latencia entre la seroconversión en VIH y las manifestaciones del SIDA el cual puede durar entre dos y once años.

B. PERCEPCIÓN DE RIESGO

B.1 Definición

La percepción es un proceso mental mediante el cual se obtiene datos del exterior y se organiza de un modo significativo en nuestro interior, para tomar conciencia del mundo que nos rodea. La forma de conectarnos con nuestro entorno es a través de los órganos de los sentidos. La luz, las imágenes, los sonidos, los olores, los sabores, y los contactos corporales, no son más que estímulos aislados, que se recogen por los órganos correspondientes, especializados para este fin. Estos estímulos, en forma de impulsos nerviosos, llegan al cerebro, transmitiendo una información, una vez recopiladas, estas sensaciones se integran en nuestra mente, adquiriendo un significado determinado (Dufrenne, 2010, p.2).

La percepción se puede considerar como la capacidad de los organismos para obtener información sobre su ambiente a partir de los efectos que los estímulos producen sobre los sistemas sensoriales, lo cual les permite interactuar adecuadamente con su ambiente (Matlin & Foley, 1996, p.1).

La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales,

ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno (Vargas,2011,p.2).

B.2 Fases de la percepción

Se distinguen cuatro fases: (Balletero, 2009, p.7).

- **Detección:** cada sentido dispone de un receptor sensible a un tipo específico de energía.
- **Transducción:** conversión de la energía del estímulo en mensajes nerviosos.
- **Transmisión:** los impulsos nerviosos transmiten la información codificada al cerebro
- **Procesamiento de la información:** es el cerebro quien organiza e interpreta la información en forma de experiencias conscientes

B.3 Características de la percepción

Las características de la percepción son: (Balletero, 2009, p.8).

- **Es subjetiva,** ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. Ante un estímulo visual, se derivan distintas respuestas. Esta figura representara para unos individuos un queso, para otros un comecocos, una tarta, o un gráfico de sectores, dependiendo de sus necesidades en ese momento o de sus experiencias.
- **La condición selectiva** en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

- **Es temporal**, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

B.4 Tipos de percepción

Hay cuatro tipos de la percepción: (Montalvo et al., 2007, p.2).

- **Percepción del espacio:** consta de 3 informaciones: verticalidad, horizontalidad y profundidad. Se da con la audición, el tacto y la vista.

Percibimos el mundo en 3 dimensiones la separación de los ojos y su disparidad binocular, que ayuda al cerebro a calcular la distancia a la que está un objeto.

- **Percepción de movimiento:** es indispensable para sobrevivir, protegernos de las amenazas y peligros, y los animales también la poseen. Surge de la mezcla entre la facilidad de mover la cabeza y los ojos, pero además tiene su base neurológica en las unidades detectoras de movimiento.

También depende de la capacidad de enfoque y apertura de la retina, y de la cercanía hacia el objeto.

- **Percepción de tiempo:** el tiempo es subjetivo para el cuerpo, pues no hay un receptor biológico para percibirlo. Se cree que se capta con un “reloj biológico hipotético” y con la experiencia. También existe la teoría de que uno percibe el tiempo en relación a procesos corporales, como las ondas cerebrales, el ritmo cardiaco, el sueño o la digestión.

- Se comprobó que cuando los individuos se motivan y trabajan, perciben el tiempo más corto, y lo perciben más largo cuando están aburridos o no se esfuerzan.
- **Percepción social:** cuando conoces a una persona, entras en proceso de percibirla. Percibes su físico, pero también su comportamiento, y de este desarrollas conclusiones y atribuciones. También nos apoyamos en otros estímulos para asignar atributos a las personas (movimientos bruscos, sonidos suaves, olores desagradables, etc.).

B.5 Influencias en el acto perceptivo

Los órganos están constantemente bombardeados por una serie de constantes estímulos, pero no se percatan de todos ellos, cosa que por otra parte sería imposible. En cierto modo estamos haciendo una selección de nuestros estímulos y sensaciones, selección en la que intervienen una serie de factores. Uno de los factores fundamentales es la percepción. Estos factores que intervienen y condicionan nuestras percepciones los podemos clasificar en externos e internos (Díaz, 2010, p.3).

B.6 RIESGO

b.6.1. Concepto

El término riesgo se utiliza en general para situaciones que involucran incertidumbre, en el sentido de que el rango de posibles resultados para una determinada acción es en cierta medida significativo (Marti, 1993, p.3).

b.6.2. Análisis del riesgo

Análisis del riesgo implica cualquier método, cualitativo o cuantitativo, para evaluar el impacto del riesgo en la toma de decisiones. Existen numerosas técnicas al respecto, y el objetivo es ayudar a quien debe tomar una decisión a seleccionar un curso de

acción, una vez que se comprenden mejor los resultados posibles que pueden ocurrir (Marti, 1993, p.4).

b.6.3 Percepción de riesgo

Principio de selección construido socialmente, que atribuye o no peligro a determinados factores y sucesos. Situado en la intersección entre lo social y lo individual, este proceso abarca a las sociedades, comunidades, familias e individuos incluidos en ellas. La protección legal, institucional, laboral, familiar y personal estará directamente ligada a la atribución o no de peligro a las distintas situaciones (Navarro, 2012, p.4).

La percepción del riesgo se presenta como un factor imprescindible a la hora de concretar la compleja gama de conductas que pueden sufrir ante enfermedades o situaciones de riesgo en los múltiples contextos en los que está inmerso el individuo. En definitiva, la percepción que tienen las personas de sufrir un accidente es crucial a la hora de explicar el por qué los individuos se implican en la realización de conductas en las que su salud puede verse seriamente afectada (Martínez, 2002, p.2).

C. VIH

C.1. Definición.

El **Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)** ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y

enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir (OMS, 2013, p.2).

C.2. Formas de transmisión (OMS, 2010, p.1).

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, por fluidos como semen y la secreción vaginal, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

No se transmite el virus del VIH por medio del abrazo, un beso, dar la mano, compartir los utensilios, usar el mismo baño.

C.3. Signos y síntomas

Los signos y síntomas son: (Orellana, 2008, p.1).

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.

Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH.

Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas.

C.4. Factores de riesgo

Hay ciertos comportamientos y afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, entre ellos: (OMS, 2013, p.3).

- Practicar coito anal o vaginal sin protección.
- Practicar relación sexual oral.
- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- Compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables.
- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado.
- Pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario.
- Realizar relaciones coitales con personas que tengan el virus.

C.5. Diagnóstico

El diagnóstico de la infección por el VIH se establece al aislar el virus en cultivo, detectar el antígeno P24, medir la respuesta de anticuerpos o detectar su ácido nucleico. En este momento se dispone de diferentes tipos de pruebas en varios formatos, en general, con muy buena sensibilidad y especificidad. Después de realizar la asesoría previa a la prueba, el abordaje diagnóstico se inicia con una prueba presuntiva o de tamizaje, tipo ELISA, que luego debe confirmarse con una prueba más específica, tipo Western Blot (Ospina, 2006, p.273).

C.5.1. Test para VIH

Las pruebas para la detección del VIH son: (García, 2011, p.5, 7).

- **Prueba de inmunoensayo enzimático:** La principal prueba utilizada en el diagnóstico serológico del VIH es el inmunoensayo enzimático, también llamada ELISA. Esta prueba utiliza antígenos virales (proteínas) producidos en cultivo celular (pruebas de primera generación) o mediante tecnología molecular (recombinantes). Los antígenos virales son absorbidos en las cavidades existentes en las placas de los kits de plástico, donde luego se agrega el suero del paciente. Si el suero contiene anticuerpos frente al VIH, estos se unirán a los antígenos (proteínas del VIH). Ese fenómeno puede ser verificado con la adición de un reactivo denominado conjugado. En caso positivo, se da una reacción de color al añadir un sustrato. El uso de esta técnica está muy extendido como prueba inicial para detectar anticuerpos frente al VIH, debido a su alta sensibilidad.
- **Inmunofluorescencia indirecta para el VIH-1:** Fijadas en portaobjetos de microscopio, las células infectadas con el VIH-1 (portadoras de antígenos) se incuban con el suero que se desea examinar, es decir, sobre el que se investiga la presencia de anticuerpos. Dicha presencia se revela mediante microscopía de fluorescencia. La inmunofluorescencia se usa como prueba de confirmación de la infección por el VIH.
- **Inmunotransferencia:** En esta prueba se inmovilizan sobre una tira de nailon proteínas recombinantes y/o péptidos sintéticos, representativos de regiones antigénicas del VIH-1 y del VIH-2. Además de las fracciones virales, las tiras contienen regiones de bandas de control (no virales) que se utiliza para

establecer, por comparación, un umbral de reactividad para cada banda viral presente.

- **Western blot:** Esta prueba consiste en primer lugar en la separación de las proteínas virales mediante electroforesis en gel de poliacrilamida, seguida de una transferencia electroforética de los antígenos a una membrana de nitrocelulosa. El suero del paciente en el que se investiga la presencia de anticuerpos frente al VIH se pone en contacto con esa membrana. Las reacciones antígeno-anticuerpo se detectan por la reacción con antiinmunoglobulina humana, conjugada con una enzima. Después de una reacción de oxidorreducción y de precipitación, se observan proteínas virales en la tira de nitrocelulosa. Esta prueba se utiliza para confirmar el resultado reactivo del ELISA, o sea, es también una prueba de confirmación de la infección. Tiene una alta especificidad y sensibilidad.

C.6.Tratamiento

El tratamiento es de la siguiente manera: (OMS, 2013, p.4).

El VIH se puede combatir mediante una politerapia que comprenda tres o más antirretrovíricos. Aunque no cura la infección por VIH, este tipo de tratamiento controla la replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones. El tratamiento antirretrovírico permite a las personas afectadas por el VIH llevar una vida sana y productiva.

A finales de 2012, en los países de ingresos bajos y medianos estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico más de 9,7 millones de personas infectadas por el VIH, 630 000 de ellos niños. Eso significa que

el número de personas que reciben tratamiento antirretrovírico en los países en desarrollo se ha multiplicado por 30 entre 2003 y 2011; también es de notar que en un solo año se llegó a registrar un aumento del 20%.

C.6.1. El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), se viene brindando gratuitamente por el MINSA a toda persona con VIH/SIDA desde hace aproximadamente 8 años; a pesar que su adherencia no es tan alta, ha contribuido a la disminución de la morbi - mortalidad de esta enfermedad, convirtiéndola en una enfermedad crónica y tratable (Miró, 2013, p.1).

El **tratamiento antirretroviral de gran actividad** es el recomendado para la infección por el VIH. Consiste en tomar a diario una combinación de tres o más medicamentos contra el VIH. Evita que el virus se multiplique y destruya los linfocitos CD4 que combaten la infección. Esto ayuda al cuerpo a combatir el cáncer y las infecciones potencialmente mortales.

Los medicamentos recomendados son: abacavir, didanosina, emtricitabina, lamivudina, estavudina, fumarato de disoproxilo de tenofovir, zidovudina (OMS, 2013, p.7).

C.7. Prevención

Las personas pueden reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. (Ruland, 2008, p.1). Los principales métodos para prevenir el contagio, a menudo utilizados de manera combinada, incluyen los que siguen:

C.7.1. Abstinencia: Abstinencia sexual total es el medio más eficaz de protección contra el embarazo y la infección por VIH. Los mensajes que fomentan la abstinencia parecen funcionar mejor cuando son dirigidos a la juventud más joven que aún no es sexualmente activa, especialmente las niñas. Para poder practicar

la abstinencia, los adolescentes necesitan el apoyo social de los miembros de la comunidad y el desarrollo de habilidades específicas, incluida una gran motivación, autocontrol y comunicación.

C.7.2. Uso de preservativo: El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración vaginal o anal puede proteger contra la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector del 85% o más contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (OMS, 2013, p.2).

C.7.3. Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS: La realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS está altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, de modo que puedan conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los oportunos servicios de prevención y tratamiento (OMS, 2013, p.4).

- **Prevención basada en el uso de antirretrovíricos son:**
(OMS, 2013.p.1, 3 y 4).

C.7.4. Uso del tratamiento antirretrovírico como método de prevención: Según ha confirmado un ensayo realizado en fecha reciente, cuando una persona VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con antirretrovíricos, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%. En el caso de las parejas en que una de las personas es VIH-positiva y otra VIH-negativa, la OMS recomienda administrar

tratamiento antirretrovírico a la persona infectada, con independencia de su recuento de células CD4.

C.7.5. Profilaxis preexposición para la pareja VIH-negativa: Los ensayos realizados entre parejas serodiscordantes han demostrado que el consumo de antirretrovíricos por el sujeto VIH-negativo puede ser una medida eficaz para prevenir el contagio por el sujeto seropositivo. Es lo que se conoce como profilaxis preexposición.

- **Profilaxis postexposición al VIH:** La profilaxis postexposición consiste en tomar antirretrovíricos, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición al VIH para prevenir la infección. Este método suele recomendarse cuando un profesional sanitario se pincha con una aguja en el lugar de trabajo. La profilaxis postexposición incluye servicios de asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del VIH y, dependiendo del nivel de riesgo, la administración de terapia antirretrovírica durante 28 días junto con atención complementaria.

C.7.6. Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables

Las personas que se inyectan drogas pueden protegerse de la infección por el VIH utilizando material estéril, en particular agujas y jeringuillas, para cada inyección. Los paquetes integrales de medidas de prevención y tratamiento de la infección por el VIH, incluyen los componentes siguientes: (OMS, 2013, p.5).

- Acceso a agujas y jeringuillas desinfectadas.
- Tratamiento de sustitución de opiáceos para los consumidores de drogas (y otras intervenciones de tratamiento de la drogodependencia basadas en criterios científicos).
- Asesoramiento y pruebas de detección del VIH.

- Tratamiento contra el VIH y atención a los infectados.
- Acceso a preservativos y tratamiento de las ITS, la tuberculosis y la hepatitis vírica.

C.7.7. Profilaxis para evitar la transmisión del VIH de la madre al

niño: La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo(a) durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento se denomina transmisión vertical o materno infantil. En ausencia de cualquier tipo de intervención, las tasas de transmisión oscilan entre un 15% y un 45%. Es posible prevenir casi totalmente esta clase de transmisión administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño, y ello en todas las etapas en que pudiera producirse la infección, asimismo recomienda una serie de medidas de prevención de la transmisión vertical, que incluyen la administración, tanto a la madre como a su hijo, de antirretrovíricos durante el embarazo, el parto y el puerperio o, en la mujer embarazada seropositiva, incluso de por vida, con independencia de su recuento de células CD4.

D. SIDA

D.1 Definición

SIDA es la fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como **síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida** y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El sida se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves o llamadas también enfermedades oportunistas (OMS, 2013, p.6).

D.2 Periodo de Pase de VIH a SIDA

El período de tiempo que tarda el VIH en convertirse en sida varía de persona a persona y depende en gran medida de que tome o no medicación. Generalmente, las personas a las que se les están administrando tratamientos con drogas adecuadas y que toman correctamente los medicamentos, evitan la progresión a desarrollar enfermedades. Sin tratamiento, el período de tiempo en general es de 8 a 10 años (Basombrio, 2012, p.4).

E. ADOLESCENCIA

E.1 Definición

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida (OMS, 2015, p.6).

Actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprende desde los 12 años hasta los 17 años, 11 meses y 29 días (MINSAs, 2009, p.2).

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez; el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico (Martínez, 2005, p.1).

La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta: un periodo de maduración física, cognitiva, social y emocional, mientras el niño se prepara para ser hombre y la niña para ser mujer, donde las mujeres tienden a madurar más rápidamente a comparación de los varones debido a lo cual estas .Sus límites precisos son difíciles de definir, pero normalmente se considera que comienza con la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios, alrededor de los 11 o 12 años de edad y que finaliza con el cese del crecimiento corporal a los 18 a 20 años (Whaley &Wong, 1995, p.421).

Sin embargo para la presente investigación se consideró lo estipulado por el MINSA, donde la edad considerada para adolescente es entre 12 – 17 años.

E.2 Características

Las características de la etapa de la adolescencia son: (Pedreira, 2000, p.1).

- Durante dicho período se producen cambios corporales, afectivos, cognitivos, de valores y de relaciones sociales:
- En lo corporal se experimenta cambios importantes en la constitución física.
- El adolescente está muy atento a su cuerpo y a los estereotipos de belleza propios de su cultura.
- En lo intelectual se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógico formales, lo que permite la resolución de problemas complejos.

- Se produce una fuerte integración social en el grupo de iguales y comienza el proceso de emancipación familiar, comienzan los cuestionamientos hacia los modelos parentales.
- Los lazos con el grupo de iguales se estrechan, pasando de los grupos de un solo sexo a mixtas. El grupo actúa como agente de socialización permitiendo al adolescente practicar conductas, habilidades y roles que contribuirán a la construcción de su identidad adulta.

3.3. Teorías y/o modelos

A. Teoría del conocimiento (Kant, 1804, p.73 y 74).

La razón, para Kant constituye el instrumento del que nos servimos para conocer pero también la que guía nuestra acción. La racionalidad no se limita por tanto sólo al ámbito del conocimiento sino también al ámbito de la acción. La razón que dirige la acción la denominó razón práctica y a la que dirige el conocimiento razón teórica.

La filosofía que aprendió Kant estaba basada en el racionalismo, sin embargo la lectura de las obras de Hume y Locke le llevaron a cuestionarse el optimismo racionalista. De un lado los racionalistas sostenían que la razón puede alcanzar un conocimiento universal e ilimitado, sin embargo los empiristas consideran que la razón solo puede operar con los datos obtenidos de la experiencia lo cual conduce a una concepción del conocimiento cambiante, concreto y probable. Ninguna de ambas opciones satisface las preguntas de la modernidad acerca de las posibilidades del conocimiento, preguntas que por su parte Kant hace suyas y para las que encontró una solución sintetizando empirismo y racionalismo.

La teoría copernicana del conocimiento es considerada revolucionaria del mismo modo que lo fue el giro copernicano. En este caso, para Kant, el

conocimiento puede ser universal y necesario porque es fruto de la imposición del sujeto, de sus estructuras o formas a priori sobre el objeto.

B. Modelos de sistemas conductuales Dorothy Johnson (Gómez & González, 2014, p.13, 14 y 15).

En 1968 ya hace una primera propuesta, promueve el “funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad”.

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo de enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la teoría de sistemas.

El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de enfermería sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento.

C. Modelo de Promoción de la Salud de Nola.J Pender (Marriner & Raile, 2011, Capítulo 21).

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivo – perceptual que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud es propuesta por Nola Pender con el propósito de integrar tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar humano tanto físico, mental y social; ya que el profesional en enfermería debe ser el principal motivador para los pacientes en cuanto a mantener su salud personal.

Este modelo da énfasis a la prevención de enfermedades y promoción de la salud la cual es de suma importancia en esta investigación porque menciona las maneras de cómo evitar contraer enfermedades como en este caso es el VIH/SIDA.

- D. Teoría psicosocial:** Erikson menciona que la crisis del desarrollo de la adolescencia lleva a la configuración de un sentido de identidad, se ven como individuos distintos de algún modo únicos y separados de todos los demás. La presión de pertenecer a un grupo se intensifica, a los adolescentes les resulta esencial tener un grupo de pertenencia en el que lograr un determinado estatus (Whaley & Wong, 1995, p.421).
- E. Teoría cognitiva:** Piaget menciona que este periodo es el de las operaciones formales, los adolescentes ya no se restringen a lo real y actual, que era lo típico del periodo de las operaciones concretas; están interesados por lo posible, son capaces de manipular mentalmente más de dos categorías de variables al mismo tiempo (Whaley & Wong, 1995, p.421).
- F. Teoría del aprendizaje:** Según Vygotsky para alcanzar la madurez total, los adolescentes deben liberarse de la dominación familiar y definir una identidad independiente de la autoridad paterna. La adolescencia es un periodo de intensa sociabilidad y, a menudo también de soledad igualmente intensa (Whaley & Wong, 1995, p.422).
- G. Teoría psicosexual:** Freud nos menciona en su teoría que en la etapa de la adolescencia se da lo que es la maduración de los órganos sexuales tanto femeninos como masculinos y se da también lo que es la atracción hacia el

sexo opuesto, generándose lo que es el enamoramiento. (Whaley & Wong, 1995, p.422).

En el margen de edad que va de los 12 a los 17 años, los centros de interés en educación sexual abarcan la práctica totalidad de temas. Iniciada ya la pubertad, es importante continuar abordando los diferentes aspectos relacionados con los cambios corporales, así como los cambios psicológicos, sociales y de relación. Entre los 12 y los 14 años alumnos y alumnas están en plena pubertad y es fundamental ayudarles a que puedan comprender las características del momento del ciclo vital en que se encuentran, así como a ser críticos frente a los modelos sociales de belleza predominantes. Fomentar la propia aceptación de sí mismo y la autoestima será vital (Freud, 1905, p.386).

3.4. Definición de términos básicos.

- **Conocimiento:** El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje(a posteriori), o a través de la introspección(a priori).
- **Percepción:** Percepción es un proceso mental mediante el cual obtenemos datos del exterior y los organizamos de un modo significativo en nuestro interior, para tomar conciencia del mundo que nos rodea.
- **Percepción de riesgo:** La percepción del riesgo se presenta como un factor imprescindible a la hora de concretar la compleja gama de conductas que pueden sufrir ante enfermedades o situaciones de riesgo en los múltiples contextos en los que está inmerso el individuo.
- **Adolescencia:** Es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta: un periodo de maduración física, cognitiva, social y emocional, mientras el niño se prepara para ser hombre y la niña para ser mujer. La edad que comprende la adolescencia oscila de 12 a 17 años.

- **VIH:** El virus de la inmunodeficiencia humana (vih) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa.
- **SIDA:** Es la fase más avanzada de la infección por el vih se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto.

3.5. Hipótesis

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

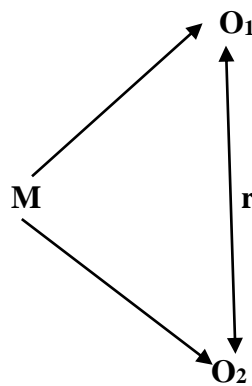
H₀: No existe relación entre nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Tipo y diseño de investigación:

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis inferencial Ji cuadrado (Supo, 2012, p.1, 2,3).

El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:



Donde:

M = Es la muestra en la que se realiza el estudio.

r = Relación de las variables

O₁ = Medición de la V₁: Nivel de conocimiento de VIH/SIDA.

O₂ = Medición de la V₂: Percepción de riesgo sobre VIH/SIDA.

4.2. Población muestral

La población fue de 199 adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo (Padrón nominal institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, 2017).

Criterio de inclusión

- Adolescentes que oscilen entre 12 a 17 años.
- Adolescentes que deseen participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no deseen participar del estudio.
- Estudiantes irregulares.
- Estudiantes que tengan hijos.

4.3. Métodos, técnicas e instrumento de recolección de datos:

Para ambas variables se utilizó:

4.3.1. Método: Encuesta. Pineda, (2008).

4.3.2. Técnica: Cuestionario. Pineda, (2008).

4.3.3. Instrumento para la variable nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA: El instrumento fue el formulario de cuestionario elaborado por Moncada (2014); cuya validez estadística se realizó a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y la prueba de la Z Gauss. Entonces comparando el valor calculado ($VC=8.881784$) con el valor teórico ($VT=1.6994$), en base a la regla de decisión se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística. Con este resultado se acepta que el instrumento de medición es adecuado. Asimismo para la confiabilidad se realizó a través de Split Halves y se obtuvo 0.89, además de la prueba de cálculo Spearman Brown se obtuvo 0.94 considerándose una alta confiabilidad. Presenta 5 dimensiones: formas de contagio, signos y síntomas, tratamiento, prevención y factores de riesgo además, consta de 20 ítems, los cuales tiene como 3 alternativas y solo 1 es la respuesta correcta.

Para medir el nivel de conocimiento se categorizó como:

- Nivel bueno: 16 -20 puntos.
- Nivel regular: 11 -15 puntos.
- Nivel malo: 0 -10 puntos.

En cuanto a las dimensiones:

Formas de contagio:

- Nivel bueno: 04 puntos.
- Nivel regular: 03 puntos.
- Nivel malo: 00-02 puntos.

Signos y síntomas:

- Nivel bueno: 04 puntos.
- Nivel regular: 03 puntos.
- Nivel malo: 00-02 puntos.

Tratamiento:

- Nivel bueno: 04 puntos.
- Nivel regular: 03 puntos.
- Nivel malo: 00-02 puntos.

Prevención:

- Nivel bueno: 04 puntos.
- Nivel regular: 03 puntos.

- Nivel malo: 00-02 puntos.

Factores de riesgo:

- Nivel bueno : 04 puntos.
- Nivel regular : 03 puntos.
- Nivel malo : 00-02 puntos.

4.3.4. Instrumento para la variable percepción de riesgo sobre: Se utilizó el formulario de cuestionario de percepción de riesgo elaborado por Quispe (2012); cuya validez estadística se realizó a través de las pruebas estadísticas: Binomial y Z de Gauss con el valor teórico 1.6449 y el valor calculado fue de 1.8542, siendo este último mayor que el valor teórico con el que se determina que el instrumento es adecuado. Asimismo para la confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.76; con esto se determinó que el instrumento es de fuerte confiabilidad ya que el puntaje oscila entre 0.76 y 0.89.

El instrumento consta de tres dimensiones: fluidos, vía sexual, vida social, los cuales tienen los siguientes puntajes:

- Percepción alta: 49 a 63 puntos.
- Percepción media: 35 a 48 puntos.
- Percepción baja: 21 a 34 puntos.

Para medir la percepción de riesgo se categorizó como:

- Percepción alta: 153 – 195 puntos.
- Percepción media: 109 – 152 puntos.
- Percepción baja: 65 – 108 puntos.

Para las respuestas de cada ítem se usó la escala tipo Likert considerando el siguiente puntaje:

- De acuerdo: 3.
- En desacuerdo: 2.
- No opina =1.

4.4. Procedimiento de recolección de datos

- Se remitió una solicitud al decano de la facultad de ciencias de la salud para que solicite el permiso correspondiente al director de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo para la aplicación de los cuestionarios a la población estudiantil.
- Se emitió un formato único de trámite al director de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo para que brinde el permiso para la aplicación de los cuestionarios.
- Se coordinó con el auxiliar encargado para la aplicación de los cuestionarios en cada aula.
- Se aplicó los instrumentos en horario de clases, previa autorización del docente y aceptación de los adolescentes
- El instrumento fue auto administrado en caso de dudas, se estuvo presente durante toda la aplicación.
- La aplicación del instrumento tuvo una duración de 20 minutos y fue administrado de forma colectiva.

4.5. Análisis de datos

La información final se procesó en el programa Statistical Product Solutions (SPSS) versión 21; para el análisis de los resultados se utilizó la prueba estadística

no paramétrica del Ji cuadrado. La presentación de los resultados se realizó a través de tablas de doble entrada y representados mediante figuras de barra.

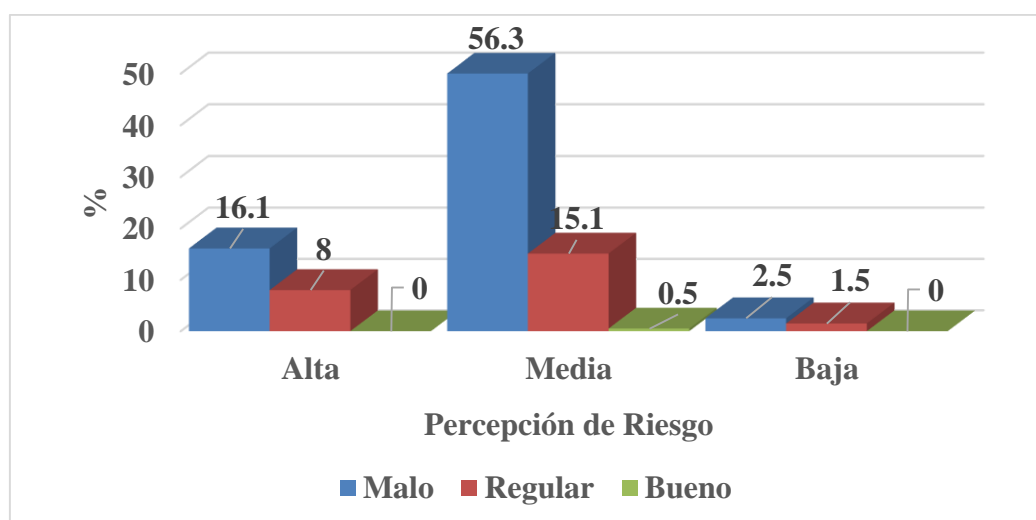
V. RESULTADOS

Tabla 1: Relación entre nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

Nivel de Conocimiento	Percepción de Riesgo							
	Alta		Media		Baja		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Malo	32	16.1	112	56.3	5	2.5	149	79.9
Regular	16	8	30	15.1	3	1.5	49	24.6
Bueno	0	0	1	0.5	0	0	1	0.5
Total	48	24.1	143	71.9	8	4	199	100

Fuente: Formulario de preguntas de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA Y Escala de VIH.
 $X^2 = 4.310$; $Gf = 6$; $p = 0.635 > = 0.05$.

Figura 1: Relación entre nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.



Fuente: Tabla 1.

En la tabla y figura 1, se observa que del 100 % (199) de los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, el mayor porcentaje con 56.3 % (112) presenta nivel de conocimiento malo y percepción de riesgo media y el menor porcentaje con un 0.5 % (1) tiene nivel de conocimiento bueno y percepción de riesgo media.

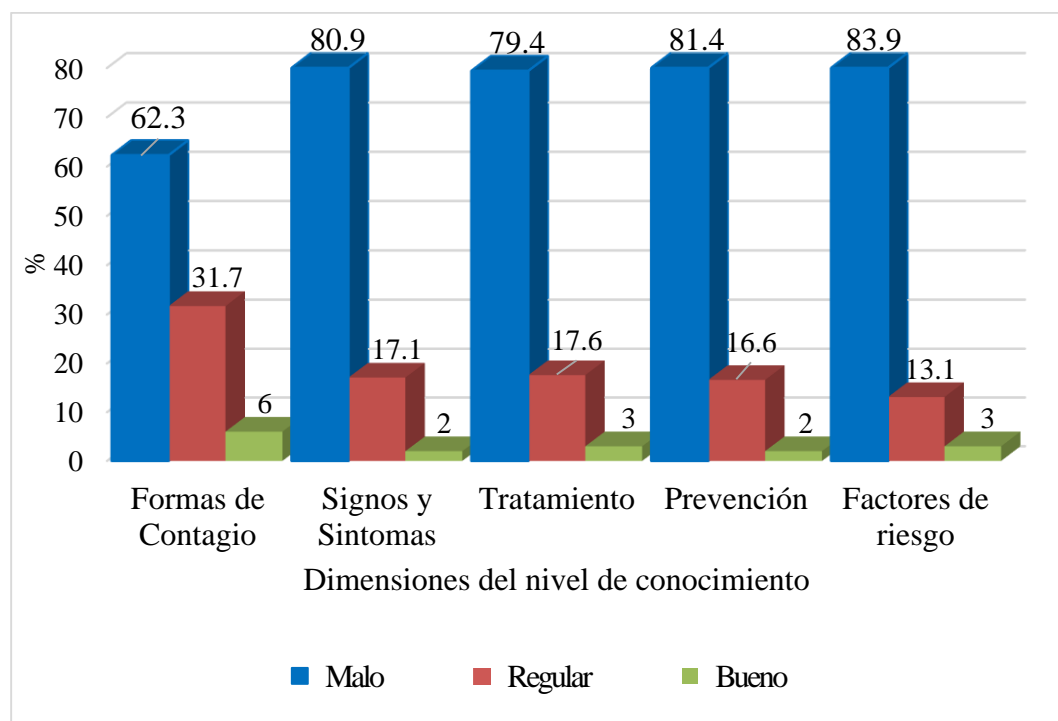
La tabla de contingencia fue sometida a la prueba estadística no paramétrica de la ji-cuadrada cuyo valor fue $X^2 = 4.310$; $Gf = 6$; $p = 0.635 = 0.05$. Indicando que no existe relación entre las dos variables de estudio, lo cual quiere decir que siendo ambas variables independientes entre sí.

Tabla 2: Nivel de Conocimiento sobre VIH/SIDA según dimensiones en Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

Nivel de Conocimiento	Dimensiones									
	Formas de Contagio		Signos y Síntomas		Tratamiento		Prevención		Factores de riesgo	
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	Fi	%
Malo	124	62.3	161	80.9	158	79.4	162	81.4	167	83.9
Regular	63	31.7	34	17.1	35	17.6	33	16.6	26	13.1
Bueno	12	6	4	2	6	3	4	2	6	3
Total	199	100	199	100	199	100	199	100	199	100

Fuente: Formulario de preguntas de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.

Figura 2: Nivel de Conocimiento sobre VIH/SIDA según dimensiones en Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.



Fuente: Tabla 2.

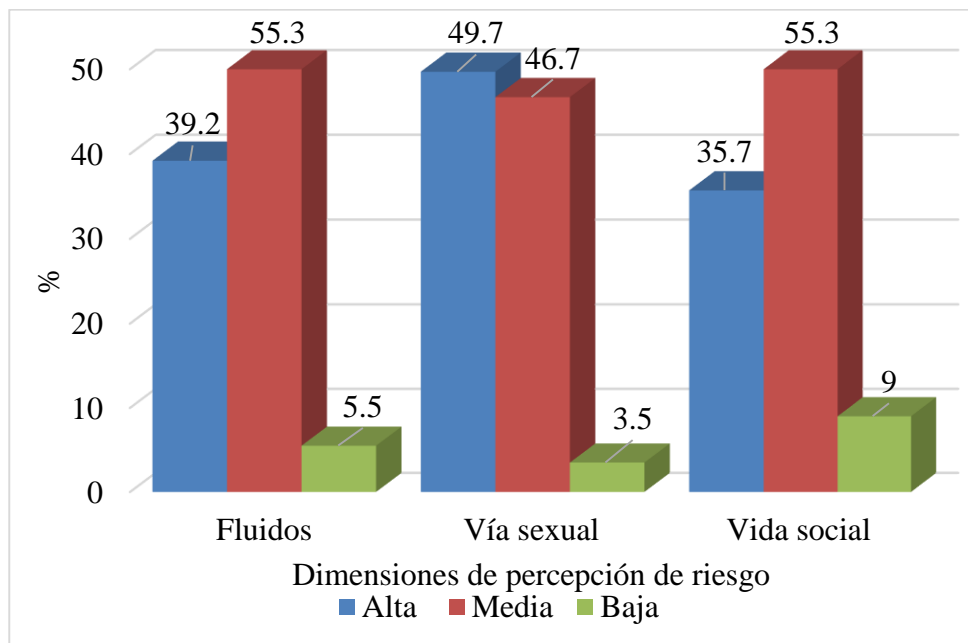
En la tabla y figura 2, se puede observar que del 100 % (199) de los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo; en la dimensiones: formas de contagio, signos y síntomas, tratamiento, prevención y factores de riesgo, predominó el nivel de conocimiento malo (62.3%; 89.9%; 79.4%; 81.4% y 83.9%, respectivamente).

Tabla 3: Percepción de Riesgo sobre VIH/SIDA según dimensiones en Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

Percepción de Riesgo	Dimensiones					
	Fluidos		Vía Sexual		Vida Social	
	fi	%	fi	%	fi	%
Alta	78	39.2	99	49.7	71	35.7
Media	110	55.3	93	46.7	110	55.3
Baja	11	5.5	7	3.5	18	9
Total	199	100	199	100	199	100

Fuente: Escala de VIH.

Figura 3: Percepción de Riesgo sobre VIH/SIDA según dimensiones en Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2018.



Fuente: Tabla 3.

En la tabla y figura 3, se puede observar que del 100 % (199) de los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo; en la dimensión fluidos predominó percepción media con 55.3 % (110). En la dimensión vía sexual predominó percepción alta con 49.7 % (99) y en la dimensión vida social predominó percepción media con 55.3 % (110).

VI. DISCUSIÓN:

En la tabla y figura 1, se observa que del 100 % (199) de los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, el mayor porcentaje con 56.3 % (112) presenta nivel de conocimiento malo y percepción de riesgo media y el menor porcentaje con un 0.5 % (1) tiene nivel de conocimiento bueno y percepción de riesgo media.

La tabla de contingencia fue sometida a la prueba estadística no paramétrica de la ji-cuadrada cuyo valor fue $X^2 = 4.310$; $Gf = 6$; $p = 0.635 > 0.05$. Indicando que no existe relación entre las dos variables de estudio, lo cual quiere decir que siendo ambas variables independientes entre sí.

Similares resultados obtuvo Arrasco & Gonzales (2012), quienes encontraron relación entre el nivel de conocimiento y practicas adecuadas; asimismo la mayoría de los estudiantes presentaron un nivel de conocimiento medio y una práctica adecuada (74.0%).

Sin embargo en caso de Arrasco & Gonzales predominó el nivel de conocimiento medio a diferencia de la presente investigación que predominó el nivel de conocimiento malo, esto se podría deber a que en otras regiones enfatizan más la parte educativa sobre VIH/SIDA; teniendo en cuenta los resultados encontrados, se debería enfatizar en la educación preventiva en las instituciones educativas con plena participación de docentes, padres de familia y estudiantes ya que la cifra de VIH/SIDA tanto a nivel mundial con 65,657 casos en el año 2017 y como regional se encuentra en aumento con 1193 casos en el año 2017.

El VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana que ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer (OMS, 2013, p.2). Chanchahuana (2015), quien encontró que su población presentaba nivel de conocimiento medio con prácticas adecuadas en un 58.2%, obteniendo $X^2 = 18.79$; $gl = 2$; $p = 0.022 < 0.05$, dichos resultados difieren con la investigación actual, lo cual se podría deber a la diferencia entre las poblaciones de

estudio, siendo los adolescentes de educación secundaria una población que están aún en desarrollo tanto social como cognitivo en quienes predominó el nivel de conocimiento malo sobre VIH/SIDA.

Según la teoría psicosocial de Erikson refiere que la crisis del desarrollo de la adolescencia lleva a la configuración de un sentido de identidad, la presión de pertenecer a un grupo se intensifica y les resulta esencial tener un grupo de pertenencia en el cual lograr un determinado status (Whaley & Wong,1995), lo cual al comparar con los resultados de la investigación podría ser un factor desencadenante para que el adolescente presente una infección por VIH , teniendo en cuenta que este estará dispuesto a realizar cualquier actividad o acto a fin de ser miembro de un determinado grupo y a esto se suma el nivel de conocimiento malo que presentan con lo cual su riesgo aumentaría debido a que desconocen las medidas preventivas de transmisión del VIH/SIDA.

Por su parte Saavedra y Ruiz (2016) obtuvieron como resultado el nivel de conocimiento regular con 47.1% sobre vías de transmisión, signos y síntomas y medidas preventivas del VIH/SIDA. Las actitudes preventivas del VIH/SIDA fueron indiferente con 57.8% además encontraron relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre el VIH/SIDA que adoptan los estudiantes de 4^{to} y 5^{to} año de educación secundaria; resultados que difieren con la investigación realizada ya que predominó el nivel de conocimiento malo con percepción de riesgo media, además que no existe relación entre variables, esto se puede deber al pobre conocimiento a lo que concierne el VIH/SIDA.

El conocimiento es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, conjunto de datos o noticias relativos a una persona o cosa, conjunto de facultades sensoriales de una persona en la medida en que están activas, facultad humana de aprender, comprender y razonar (Diccionario de la real academia española, 2007, p.1).

Por otro lado Arévalo & terrones encontraron como resultado nivel de conocimiento y practicas sobre VIH/SIDA alto con un 97.6%, además que encontró relación entre las

variables de estudio, resultados que difieren con los resultados de la investigación actual ya que se evidenció nivel de conocimiento malo y percepción de riesgo media además que no existe relación entre las variables, lo cual nos muestra una clara deficiencia en lo que concierne al VIH/SIDA.

Sin embargo Flores, et.al, encontró que los adolescentes tuvieron conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA (61%), y comportamiento sexual con riesgo de VIH/SIDA (77.9%), además que no existe relación entre las variables, resultado que también difieren con los resultados actuales, donde encontramos percepción de riesgo media y un nivel de conocimiento malo, lo que hace más propensos a los adolescentes a contraer el VIH/SIDA.

Analizando los resultados y obteniendo un predominio de nivel de conocimiento malo y percepción de riesgo media, se puede evidenciar la pobre concientización a los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo en lo que concierne a VIH/SIDA, esto se podría deber al lugar geográfico en el que se encuentran ya que el ambiente es una gran fuente de información tanto positiva como negativa para el desarrollo del adolescente quien se encuentra en una etapa de constante cambio y esta propenso a contraer una enfermedad de transmisión sexual como es el VIH/SIDA, además que según la teoría del aprendizaje de Vygotsky para alcanzar la madurez total, los adolescentes deben liberarse de la dominación familiar, la adolescencia es un periodo de intensa sociabilidad y a menudo también de soledad igualmente intensa (Whaley & Wong, 1995), lo cual indica que existe un distanciamiento del vínculo familiar que hace al adolescente vulnerable a cometer errores por falta de consejos de parte de sus padres, como puede ser el contagio de VIH por desconocimiento.

En la tabla y figura 2, se puede observar que del 100 % (199) de los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo; en la dimensiones: formas de contagio, signos y síntomas, tratamiento, prevención y factores de riesgo, predominó el nivel de conocimiento malo (62.3%; 89.9%; 79.4%; 81.4% y 83.9%, respectivamente).

Según Fhon et al. (2014), quien encontró nivel de conocimiento regular, además que más de la mitad conoce los síntomas y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, asimismo trabajó con una población femenina, resultados que no coinciden con la investigación actual ya que en este caso predominó el nivel de conocimiento malo en todas las dimensiones, esto se puede deber a que no son las mismas dimensiones de estudio pero si son parecidas, en ambos estudios se trabajó con población femenina encontrando un nivel de conocimiento malo en la actual investigación en cuanto al sexo femenino (Anexo 16).

Las mujeres tienden a madurar más rápidamente que los varones debido a lo cual estas están más enfocadas e informadas en lo que sucede a su alrededor. Sus límites precisos son difíciles de definir, pero normalmente se considera que comienza con la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios, alrededor de los 11 o 12 años de edad y que finaliza con el cese del crecimiento corporal a los 18 a 20 años (Whaley & Wong, 1995, p.421).

Por otro lado Navarro y López (2012), encontraron buen nivel de conocimiento sobre sexualidad con un 70.9% que es conocimiento alto, resultado que no coincide con la presente investigación, esto puede ser debido a que en otras regiones presentan más interés en promover temas de salud sexual en adolescentes, además que sus instituciones también dan énfasis al desarrollo de planes curriculares de salud sexual y reproductiva, a diferencia que en la región no se prioriza la concientización de salud sexual, lo cual sería de gran ayuda para la disminución de los casos de VIH/SIDA, debido a que los adolescentes estarían bien informados en lo que concierne la enfermedad del VIH.

Según la teoría psicosexual de Freud, menciona que en la etapa de la adolescencia se da la maduración de los órganos sexuales y se da también lo que es la atracción por el sexo opuesto, generándose el enamoramiento (Whaley & Wong, 1995), contrastando con resultados de la investigación actual en el cual predominó el nivel de conocimiento malo los cambios a nivel sexual como la atracción entre ambos sexos podría ser un riesgo para contraer el VIH, teniendo en cuenta que los adolescentes no toman

precauciones para realizar el acto sexual ya que desconocen sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual como lo es el VIH/SIDA.

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (Luque, 2010, p.3).

Comparando con Ramírez & Conde (2015), quien encontró los siguientes resultados : la edad predominante estuvo representada por los estudiantes de 12 años de edad con un 61,82%; predominó el sexo masculino con un 49,10%; en cuanto al nivel de conocimiento se pudo determinar que en primer lugar con 49,10% se ubica el nivel medio, seguido con un 32,72% de aquellos adolescentes con un nivel alto y por último con un 18% los adolescentes que tienen un nivel bajo de conocimientos, estos resultados nos conducen a afirmar que existe un déficit de conocimientos sobre el VIH/SIDA en los estudiantes de 6to grado de dicha institución, los resultados difieren ya que en la presente investigación predominó el nivel de conocimiento malo, encontrando similitud en cuanto a la a la edad de la población de estudio ya que en ambos predominaron estudiantes de 12 años de edad y también en cuanto al sexo masculino (Anexo 15) y (Anexo 16).

Existen dos formas de adquirir el conocimiento la cual es informal que se da mediante las actividades diarias de la vida y lo formal que es aquello que se imparten en las escuelas e instituciones donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular (Gonzales, 1997, p.5).

En los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo se evidencia una clara deficiencia de conocimiento sobre VIH/SIDA, ya que en los resultados de la actual investigación predominó nivel de conocimiento malo; lo cual podría ser producto de una inadecuada educación en temas de salud sexual y reproductiva, ya que en comparación con estudios de otras regiones se evidencia que el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA se encuentra más alto; estas circunstancias se podría deber a que las instituciones educativas cuentan con una adecuada estrategia

educativa, el cual está dando resultados positivos, evidenciándolos en los resultados de las investigaciones realizadas.

En la tabla y gráfica 3, se puede observar que del 100 % (199) de los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo; en la dimensión fluidos predominó percepción media con 55.3 % (110). En la dimensión vía sexual predominó percepción alta con 49.7 % (99) y en la dimensión vida social predominó percepción media con 55.3 % (110).

Por su parte Quispe (2012), encontró que en su población predominó una percepción de riesgo alta, lo cual difiere con la investigación ya que predominó percepción media, esto podría deberse al inadecuado dialogo entre los adolescentes y sus padres en las dudas que presentan en lo que concierne al VIH/SIDA, ya que solo se quedan con lo que perciben del medio ambiente que los rodea.

La percepción se puede considerar como la capacidad de los organismos para obtener información sobre su ambiente a partir de los efectos que los estímulos producen sobre los sistemas sensoriales, lo cual les permite interactuar adecuadamente con su ambiente (Matlin & Foley, 1996, p.1).

Por otro lado Hernández (2013), quien identificó en su población dudas y desconocimiento del fenómeno del VIH en los jóvenes en aspecto de prevención y riesgos de infección, resultados que se asemejan con la investigación actual, lo cual nos indica que los adolescentes no se preocupan por las consecuencias de llevar una vida descontrolada y de que están propensos a contraer el VIH/SIDA y debido a ello es necesario educar a través de canales óptimos sobre este aspecto, para modificar conductas de riesgo en esta población, incluyendo a los padres y comunidad en general.

Según el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, refiere que este modelo se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud (Whaley & Wong, 1995), comparando con los resultados encontrados que fue

percepción de riesgo media se debe reforzar la educación de los adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva para que con ello se logre un cambio en su actuar y se pueda disminuir los casos de infección por VIH y tengan una vida saludable.

La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, la cual se forma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno (Vargas, 2011, p.2).

La percepción del riesgo se presenta como un factor imprescindible a la hora de concretar la compleja gama de conductas que pueden sufrir ante enfermedades o situaciones de riesgo en los múltiples contextos en los que está inmerso el individuo. En definitiva, la percepción que tienen las personas de sufrir un accidente es crucial a la hora de explicar el por qué los individuos se implican en la realización de conductas en las que su salud puede verse seriamente afectada (Martínez, 2002, p.2).

En lo que concierne a percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo se observa percepción de riesgo media lo cual es un resultado medianamente positivo porque perciben el peligro al que se encuentran expuestos, poniéndose en riesgo al realizar conductas en las que su salud puede verse afectada, esto tendría que ser reforzado tanto en las instituciones educativas como en la familia, la cual es el núcleo más importante para el desarrollo del adolescente, también influye con gran importancia el ambiente que los rodea ya que no cabe duda una de las cosas que más modifican las percepciones es el propio ambiente y el grupo social al que perteneces (Díaz, 2010).

VII. CONCLUSIONES

1. Los adolescentes de la institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo presentan en mayor porcentaje un nivel de conocimiento malo con una percepción de riesgo media, se evidencia que no existe relación entre ambas variables ($X^2=4.310$; $Gf= 6$; $p= 0.635$).
2. Los adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo presentan un alto porcentaje en el nivel de conocimiento malo en cada una de las dimensiones.
3. Los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo presentan percepción de riesgo media en todas sus dimensiones.

VIII. RECOMENDACIONES

1. A la facultad de ciencias de la salud de la UNTRM y docentes

- Promocionar spots radiales y televisivos sobre prevención del VIH/SIDA con prioridad en población adolescente.
- Implementar talleres participativos con los estudiantes de cada una de las instituciones educativas de la localidad.
- Realizar jornadas en las instituciones educativas que fortalezcan la educación de los adolescentes sobre VIH/SIDA.

2. Al personal de la estrategia sanitaria de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA de la DIRESA Amazonas

- Organizar campañas de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva que busque acercamiento con los adolescentes.
- Realizar capacitaciones a los docentes de las instituciones en lo que concierne al VIH/SIDA, para que ellos se los transmitan a sus estudiantes en las aulas.

3. A la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo

- Realizar proyectos educativos conjuntamente con los padres de la institución educativa para que brinden una educación e información optima, verdadera y eficaz sobre todo lo que concierne a VIH/SIDA.
- Incluir en la malla curricular temas de salud sexual y reproductiva.

4. A las familias

- Incentivar el diálogo con sus hijos para debatir sobre salud sexual y reproductiva donde los padres sean amigos, compañeros y guías en la prevención del VIH/SIDA.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arévalo, T., & Terrones, S. (2017). *Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/sida, en estudiantes de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca. 2017.* (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Recuperado de: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/434>.
- Arrasco, A.J., & Gonzales, F.D. (2012). *Relación entre el Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo. Junio - Agosto 2012.* (Tesis de postgrado). Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, Perú. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/284640748/nivel-de-conocimiento>.
- Ashford, L. (2007). *Cómo se ven afectadas las poblaciones por el VIH y el SIDA.* Recuperado de: <http://www.prb.org/pdf06/howhivaidsaffectpop-sp.pdf>.
- Aspilcueta, D. (2010). *Percepción de riesgo de adolescentes sobre VIH.* Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2010/191017715007>.
- Ballesteros, S. (2009). *La percepción.* Recuperado de: <https://es.slideshare.net/vitigudino65/la-percepcin-presentation-831578>.
- Basombrio, A. (2012). *Etapas del VIH/SDA.* Recuperado de: <http://www.plb.gba.gov.ar/gba/plb/pdf/vih.pdf>.
- Cortés Alfaro, A. (2014). *Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el vih/sida.* (Tesis de pregrado). Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Cuba. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100003.
- Cúmar, C. (2008). *Los tipos de conocimiento.* Recuperado de: <http://www.tiposdeconocimiento/cueva.monografias.com/trabajos.shtml>.

- Chancahuana, A. (2015). *Nivel de conocimiento y prácticas preventivas sobre las infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA, en estudiantes de enfermería. Universidad nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas 2015.* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas, Amazonas.
- Dávila, M. (2008). *La adolescencia y el VIH/SIDA.* Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a04.pdf>.
- Díaz, M. (2010). *Percepción, imaginación y memoria.* Recuperado de: https://montsepedroche.files.wordpress.com/2010/02/percepción_imaginacion_memoria.pdf.
- DIRESA. (2014). *Sala situacional de salud.* Recuperado de: http://www.regionamazonas.gob.pe/sede/intranet/archivos/archivos_varios/Direccion_Salud/Sala%20Situacional%20Region%20Amazonas%20S.E.%2018_2014.pdf.
- Dufrenne, M. (2010). *La percepción.* Recuperado de: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>.
- Dueñas, M. (2014). *Efectividad de un módulo educativo sobre el nivel de conocimientos de sexualidad, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida de los estudiantes de tercer año de secundaria-institución educativa República de Colombia-2014.* (Tesis de pregrado), Colombia. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4332>.
- Enciclopedia de Clasificaciones. (2016). *Tipos de conocimiento.* Recuperado de: <http://www.tiposde.org/cotidianos/53-tipos-de-conocimiento/>.
- Eresta, J. (2010). *Adolescentes de hoy.* Recuperado de: <http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/adolescentes-de-hoy.pdf>.

- Fernández, V. (2015). *Nivel de conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva – Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas – 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas, Amazonas.
- Fhon, J, et al., (2014). *Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres*. (Tesis de maestría). Universidad de São Paulo, Brasil. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314709261>.
- Flores, y, et al., (2015). *Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya - Distrito de Belén 2015*. (Tesis de pregrado). Iquitos – Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3305/tesis%20word%202015.pdf?sequence=1>.
- Freud, S. (1905) *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Madrid, Alianza Editorial.
- García, F. (2011). *Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH*. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-laboratorio-infeccion-por-el-S0213005X10004994>.
- Gil, B, et al., (2017). *Nivel de conocimientos sobre VIH/sida en adolescentes en un consultorio médico*. (Tesis de pregrado). Cuba. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n6/rpr14617.pdf>.
- Gómez, E. & Cogollo, Z (2011). *Conocimiento de los adolescentes sobre VIH/SIDA*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n5/v13n5a06.pdf>.
- Gómez, L & González, M (2014). *Teoría del sistema conductual*. Recuperado de: <https://malugromer.files.wordpress.com/2014/04/dorothy-e-johnson.pdf>.
- González, S. J. (1997). *La comunidad del conocimiento: elementos para la construcción de un modelo de gestión académica en el nivel medio superior y*

nivel superior. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>.

González, I. (2007). *Intervención educativa sobre ITS – VIH*. Recuperado de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol4%202010/tema05.htm>.

Hernández, G. (2013). *Percepción de los Adolescentes sobre el vih/sida*. (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Querétaro, México. Recuperado de: <http://svemsidaecu.blogspot.com/2011/01/percepcion-de-riesgo-de-infeccion-por.html>.

Huamanchumo, Y. (2014). *Influencia del Taller de Educación Sexual y Reproductiva, en el nivel de conocimientos, de Alumnos del Tercer Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo TÚPAC AMARU II - Distrito Florencia de Mora: Marzo-Julio 2014*. (Tesis de postgrado). Trujillo, Perú. Recuperado de: http://studylib.es/doc/1362822/huamanchumo_yajahira_educacion_sexual_reproductiva.pdf.

INEI, (2016). *Población joven*. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-27-de-la-poblacion-peruana-son-jovenes-8547/>.

Kant, I. (1804). *Teoría del conocimiento*. Recuperado de: <http://www.corazondejesusza.net/apuntes/filosofia/Inmanuel%20kant.pdf>.

López, J. (2013). *Conocimientos sobre ITS - VIH/SIDA en gestantes adolescentes del establecimiento de salud I-3 nueva esperanza - Piura 2013*. (Tesis de maestría). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Piura. Recuperado de: <http://esdocs.com/doc/1554307/conocimientos-sobre-its---vih-sida-en-gestantes-adolescentes>.

- Luque, J. (2010). *El conocimiento*. Recuperado de:
<http://personal.us.es/jluque/Libros%20y%20apuntes/1994%20Conocimiento.pdf>.
- Marriner Tomey A y Raile Alligood M (2011). *Modelos y teorías en enfermería*, 7a Ed, Madrid: Elsevier España. Capítulo 21.
- Marti, A. (1993). *Definición de riesgos*. Recuperado de:
http://www.ciifen.org/index.php?option=com_content&view=category&id=84&layout=blog&Itemid=111&lang=es.
- Martínez, J. (2005). *Biología, personalidad y conducta*. Recuperado de:
<https://www.casadellibro.com/libro-biologia-personalidad-y-conducta/9788428310918/440071>.
- Martínez, M. (2002). *Percepción de riesgos*. Recuperado de:
[http://www.ceoearagon.es/prevencion.nsf/115d8657e25cba3ec1257999002aca0d/\\$FILE/Gu%C3%ADa%20de%20Aplicaci%C3%B3n%20Pr%C3%A1ctica.pdf](http://www.ceoearagon.es/prevencion.nsf/115d8657e25cba3ec1257999002aca0d/$FILE/Gu%C3%ADa%20de%20Aplicaci%C3%B3n%20Pr%C3%A1ctica.pdf).
- Matlin, M. W., y Foley, H. J. (1996). *Sensación y percepción* (3ª Ed.). México: Prentice-Hall. Capítulos 1 y 2.
- MINSA. (2017). *Situación de salud de los adolescentes y jóvenes*. Recuperado de:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>.
- MINSA. (2017). *Casos de VIH/SIDA*. Recuperado de:
<http://www.forosalud.org.pe/vih%20sida%20en%20pueblos%20indigenas%20amazonicos%20-%20mario%20tavaera.pdf>.
- MINSA. (2009). *Salud de los adolescentes*. Recuperado de:
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
- Miró, JM. (2013). *Terapia antirretroviral: Decisión y Manejo*. Recuperado de:
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/ene-mar/25-30.html>.

- Molina, O. (2016). *Encuesta de línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y vih/sida en niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de: https://www.unicef.org/adolescente/sano/Encuesta_saludsexual_VIH_CRS.pdf.
- Moncada, R. (2014). *Nivel de conocimiento de las personas privadas de su libertad sobre el VIH/SIDA. Establecimiento Penitenciario de Chachapoyas. Amazonas – 2014*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas, Amazonas, Perú.
- Montalvo, C. et al., (2007). *La percepción*. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/cecy8505/4-6-tipos-de-percepción>.
- Navarro, A.M., Y López, V.A. (2012). *Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo junio – setiembre 2012*. (Tesis de postgrado). Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, Perú. Recuperado de: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/380>.
- Navarro, J. (2012). *Percepción de riesgo*. Recuperado de: <http://www.sertox.com.ar/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=107>.
- Olivares, F. (2008). *El VIH/ SIDA*. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5671/6202>.
- OMS. (2015). *Datos sobre el VIH/SIDA*. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>.
- OMS. (2010). *Transmisión del VIH*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.
- OMS. (2013). *Concepto del VIH/SIDA*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.

- Orellana, M. (2008). *Información sobre VIH*. Recuperado de: <http://www.plb.gba.gov.ar/gba/plb/pdf/VIH.pdf>.
- Ospina, S. (2006). *Diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Recuperado de: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/37_Manual_VIH-SIDA.pdf.
- Palma, k & Nantua, M. (2012). *Percepción de riesgo de infección por VIH*. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_06.pdf.
- Pedreira, J. (2000). *Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada*. Recuperado de: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/570/04%20BASES%20PARA%20UNA%20COMPRESI%C3%93N%20ACTUALIZADA%20DS0120.pdf>.
- Pineda Elia.b y Eva luz de Alvarado. (2008). *Metodología de la investigación*. 3ra Edición. ops, Washington – EE.UU.
- Quispe, R (2017). *Vih sida en amazonas*. Recuperado de <http://www.vih/sida.net/noticias/casi-dos-mil-casos-de-vih-sida-en-amazonas>
- Quispe Narváez, MJ. (2012). *Percepción de Riesgo de VIH por los Adolescentes, Institución Educativa San Juan de la Libertad, Chachapoyas – 2012*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de amazonas, Chachapoyas, Amazonas, Perú.
- Ramírez, M & Conde, D. (2015). *Conocimientos sobre vih/sida, en estudiantes de 6to grado de la E.B.N Nuevo Mundo, san Félix Estado Bolívar*”. (Tesis de pregrado). Bolivia. Recuperado de: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/4692/1/20-TESIS.WD9.R173.pdf>.
- RAE. *Diccionario de la Real Academia Española* (2007). Recuperado de: [http:// www.RAE.com.pe](http://www.RAE.com.pe).

- Ramírez, R. (2012). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5891>.
- Rojas, S. (2013). *Un enfoque del VIH/SIDA*. Recuperado de: http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2008/febrero/Un%20enfoque_de_preencion%20del%20VHI.pdf.
- Ruland, C. (2008). *Abstinencia y retraso del inicio de la actividad sexual en la juventud*. Recuperado de: https://www.k4health.org/sites/default/files/abstinence_spa.pdf.
- Ruiz, E. (2016). *La percepción social del SIDA*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349851777019.pdf>.
- Saavedra .C & Ruiz, J. (2016). Investigación titulada “*Relación Entre Nivel De Conocimiento Y Las Actitudes Preventivas Sobre El Vih/Sida En Estudiantes Del 4to Y 5to Año De Educacion Secundaria De La Institucion Educativa N° 0750 Elsa Perea Flores, Mayo – Octubre 2016*” (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Martín, Moyobamba. Recuperado de <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2347>.
- Supo, J. (2012). *Metodología de la investigación científica para las ciencias de la salud*. Arequipa, Perú: Universitaria.
- Whaley y W. (1995) *Enfermería Pediátrica*. 4ta Edición. Editorial Diorki. España. Pag. 421, 422.
- Vargas, LM. (2011). *Sobre el concepto de percepción*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO METODOLÓGICO
<p>¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes de la institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017?</p>	<p>O. General</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017. <p>O. Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de conocimiento según dimensiones: formas de contagio, signos y síntomas, tratamiento, prevención y factores de riesgo, sobre VIH/SIDA en los adolescentes de la Institución Educativa 	<p>Enfoque: cuantitativo</p> <p>Nivel: relacional</p> <p>Tipo: observacional, prospectivo, transversal.</p> <p>El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --> O1 M --> O2 O1 <--> r O2 </pre> </div> <p>Donde:</p> <p>M=Es la muestra en la que se realiza el estudio.</p> <p>r =Relación de las variables</p> <p>O₁ =Medición de la V₁: Nivel de conocimiento de VIH/SIDA.</p> <p>O₂ =Medición de la V₂: Percepción de riesgo sobre VIH/SIDA.</p> <p>P/M = 199</p> <p>Método de RD: Encuesta</p> <p>Técnica de RD: Cuestionario</p> <p>Instrumentos:</p>

	<p>Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la percepción de riesgo según dimensiones: fluidos, vía sexual y vida social, en los adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017. 	<p>V₁ =Formulario de cuestionario cuya validez fue de VC=8.881784 y una confiabilidad de 0.89.</p> <p>V₂ =Formulario de cuestionario de percepción de riesgo cuya validez fue de VC=1.8542 y una confiabilidad de 0.76.</p> <p>Análisis = Prueba estadística no paramétrica del Ji cuadrado.</p>
--	--	---

**ANEXO N° 02
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítems	Categorías		Escalas de medición	
						Dimensión	Variable	Ítems	Variable
Nivel de conocimiento de vih/sida en adolescentes	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados	Es el proceso de asimilación de la realidad que tienen los adolescentes frente a lo que es el vih/sida, el cual será medido a través de	Formas de contagio	<ul style="list-style-type: none"> • Transmisión sexual(oral,anal,vaginal) • Transmisión sanguínea 	5	Bueno: 04 puntos Regular: 03 puntos Malo: 00 – 02 puntos	Bueno: 16 – 20 Regular: 11 – 15 Malo: 0 - 10	Escala de Likert: Bueno: 04 puntos Regular: 03 puntos Malo: 00 – 02 puntos	Escala ordinal
			Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Malestar general • Dolor de cabeza • Escalofríos • Diarrea 	5	Bueno: 04 puntos Regular: 03 puntos Malo: 00 – 02 puntos			

que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (Luque, 2010).	una escala de Likert.	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Antirretroviricos • De síntomas 	5	Bueno: 04 puntos Regular: 03 puntos Malo: 00 – 02 puntos			
		Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de preservativo • Tener una sola pareja sexual • No compartir jeringas 	5	Bueno: 04 puntos Regular: 03 puntos Malo: 00 – 02 puntos			
		Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Promiscuidad sexual • Desinformación 	5	Bueno: 04 puntos Regular: 03 puntos Malo: 0 – 2			

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítems	Categorías		Escala de medición	
						Dimensión	Variable	Ítems	Variable
Percepción de vih/sida en adolescentes	La percepción es un proceso mental mediante el cual obtenemos datos del exterior y los organizamos de un modo significativo en nuestro interior, para tomar conciencia del mundo que nos rodea (Dufrenne, 2010)	Es el proceso mental del ser humano donde los adolescentes organizan de forma significativa y clara dentro de sí mismos acerca del vih/sida.se evaluara con una escala tipo Likert.	Fluidos	<ul style="list-style-type: none"> • Semen • Sangre • Secreción vaginal • Secreción anal 	21	Alta: 19 – 63 puntos Media: 35 – 48 puntos Baja: 21 – 34 puntos	- P.alta: 153 – 195 puntos. - P.media: 109 – 152 puntos. - P.baja: 65 – 108 puntos.	Escala de Likert. -De acuerdo:3 -En desacuerdo: 2 -No opina:1	Escala ordinal
			Vía sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo vaginal • Sexo anal • Sexo oral 	21	Alta: 19 – 63 puntos Media: 35 – 48 puntos Baja: 21 – 34 puntos			
			Vida social	<ul style="list-style-type: none"> • Abrazos • Utensilios • Baños • Comunicación • Besos 	23	Alta: 19 – 63 puntos Media: 35 – 48 puntos Baja: 21 – 34 puntos			

ANEXO N° 03



UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Nivel de conocimiento sobre el VIH-SIDA en adolescentes

Elaborado por Moncada, 2014



I. Presentación: El presente formulario de cuestionario es con fines de estudio. Se le ruega responder con la sinceridad y veracidad posible a los siguientes ítems, ya que esta información contribuirá para “Determinar el nivel de conocimiento sobre el VIH-SIDA en adolescentes de la Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas - 2017?”

II. Instrucciones: A continuación se presentará una serie de ítems relacionados con el tema, donde usted colocará un aspa (X) si considera la respuesta correcta.

III. Datos Generales:

1. **Edad:** 12 – 14 años () 15 – 17 años ()
2. **Sexo:** () Femenino () Masculino
3. **Procedencia:**
 - Provincia de Utcubamba () - Provincia de Luya ()
 - Provincia de Condorcanqui () - Provincia de Bongará ()
 - Provincia de Chachapoyas () - Otros: _____ ()
 - Provincia de Rodríguez de Mendoza ()
 - Provincia de Bagua ()

1. **¿Por qué medios se transmite el VIH/SIDA?**
 - a) La saliva, la transpiración, el beso profundo.
 - b) Los alimentos, la respiración, y la piel.
 - c) La sangre, el semen y el flujo vaginal.

2. **¿El VIH/SIDA es una infección exclusiva de los homosexuales?**
 - a) Es de naturaleza de la práctica sexual que implica.
 - b) Es un problema de todos.
 - c) Ellos constituyen una población de alto riesgo.

3. ¿Existe riesgo de transmisión en el sexo oral?

- a) Existe un alto riesgo en el sexo oral, similar al del sexo anal o vaginal.
- b) La saliva es un medio y lo destruye al virus.
- c) En la mucosa de la boca tiene cierta permeabilidad y destruye al VIH.

4. ¿Son formas de contagiarse del VIH/SIDA, excepto?

- a) Sexo anal, transfusiones sanguíneas, mediante la leche materna.
- b) Heridas, durante el embarazo, pinchazo con agujas contaminadas.
- c) Contacto con la orina, besos, dormir en la misma cama.

5. ¿Estar infectado con VIH/SIDA, es también estar enfermo?

- a) Definitivamente.
- b) Los infectados no se enferman.
- c) La enfermedad se produce cuando la destrucción del sistema inmunológico permite el desarrollo de otras patologías (enfermedades oportunistas).

6. ¿El estar infectado con VIH/SIDA es estar propenso a contagiarse de cualquier otra enfermedad?

- a) El VIH no ocasiona enfermedades.
- b) Por la disminución de defensas en el cuerpo.
- c) El VIH es la enfermedad que ayuda a protegernos.

7. ¿Son posibles síntomas de haberse contagiado de VIH/SIDA?

- a) Diarrea, bajar de peso, debilidad
- b) Dengue, tuberculosis, fiebre.
- c) Infecciones urinarias, tumor, derrame cerebral.

8. ¿En cuánto tiempo aparece los síntomas por haberse infectado de VIH/SIDA?

- a) A la semana después del contacto sexual
- b) Después de 05 años.
- c) No existe un tiempo específico.

9. ¿El tratamiento para el VIH/SIDA solo es por vía?

- a) Vía sanguínea.
- b) Vía inyectable.
- c) Vía oral.

10. ¿Todos los pacientes con VIH/SIDA, tienen derecho al tratamiento?

- a) Solo los que tienen el SIS (seguro integral de salud).
- b) Dependiendo de la edad del paciente.
- c) Todos están en condiciones de adquirir el tratamiento y de forma gratuita.

11. ¿En caso de que el virus se haga resistente, existen otros medicamentos más fuertes?

- a) El paciente está condenado a muerte por que ya no existen otros medicamentos.
- b) Hay medicamentos y con reacciones más fuertes.
- c) Existe pero son demasiados caros y el seguro no lo cubre.

12. ¿El tratamiento antirretroviral (TARGA), tiene reacciones adversas?

- a) Como solo es por vía oral no hay reacción.
- b) Como mareos, debilidad, sueño y cambios emocionales.
- c) Sólo ayuda a estabilizar la replicación del virus.

13. ¿El uso del preservativo es considerado un método seguro?

- a) El virus puede pegarse en el preservativo.
- b) Es el método más seguro de prevención.
- c) Existe otros métodos mucho más seguros como la abstinencia sexual.

14. ¿Qué prueba determina finalmente si una persona es VIH/SIDA (+)?

- a) ELISA.
- b) Hemograma completo
- c) Western Blot.

15. ¿Las pruebas de VIH/SIDA, son de manera gratuita?

- a) El seguro no lo cubre.

- b) Todos están en condiciones de hacerse la prueba.
- c) Solo los homosexuales.

16. ¿Existen condiciones para poder utilizar el preservativo?

- a) El Ministerio de Salud no ha establecido condiciones.
- b) Se puede guardar en la billetera.
- c) Debe contener aire en el interior del empaque y evitar de aplastarlo.

17. ¿El sexo anal es considerado un riesgo para contraer VIH/SIDA?

- a) Por las heces fecales.
- b) Es considerado un riesgo por la ausencia de secreciones.
- c) Por el contacto con secreciones.

18. ¿El roce de genitales es considerado un riesgo de contagiarse de VIH/SIDA?

- a) Salvo que haya penetración.
- b) Por el contacto de secreciones.
- c) Solo se puede contagiar por no usar preservativo.

19. ¿El tener heridas en la piel, es un modo de ingreso del VIH/SIDA?

- a) Por la contaminación con el ambiente.
- b) Solo se puede contraer el VIH por medio del sexo.
- c) El virus se instala en la sangre.

20. ¿Son considerados factores de riesgo para contraer VIH/SIDA, excepto?

- a) Dormir más de 8 horas, masturbación, tener sexo más de 2 veces al día.
- b) Tener depresión, violaciones, ansiedad.
- c) Violación, ausencia de circuncisión, trastornos alimenticios.

ANEXO N° 04

**MATRIZ DE RESPUESTA DE LOS PROFESIONALES CONSULTADOS SOBRE
EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN (JUICIO DE EXPERTOS)**

ITEM	EXPERTOS					TOTAL
	1°	2°	3°	4°	5°	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

Respuesta de los profesionales: 1= Si; 0= No.

Profesionales consultados:

1. Lic. Obst. Teonilda Gaona Díaz (Integrante del TARGA del Hospital Regional Virgen de Fátima).
2. Lic. Enf. Teonilde Lozano Chancahuana (Integrante del TARGA del Hospital Regional Virgen de Fátima).
3. Lic. Obst. Margarita Ivonne De Los Santos Escobedo (Integrante del TARGA HRVF).
4. Lic. Enf. Asunta Chichipe Vásquez (Trabajadora del Hospital Regional Virgen de Fátima).
5. Lic. Est. Mariel Choton Calvo (Trabajadora en la UNTRM)

ANEXO N° 05
DECISION ESTADÍSTICA DE LOS JUICIOS DE EXPERTOS

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor de P con el valor $\alpha=0.05$ de acuerdo a la regla de decisión, asimismo la significancia estadística de la decisión.

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR	SIGNIFIC.
	ADECUADO		INADECUADO		α	ESTAD.
	N°	%	N°	%		
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	5	100	0	0	0.03125	*
4	5	100	0	0	0.03125	*
5	5	100	0	0	0.03125	*
6	5	100	0	0	0.03125	*
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	5	100	0	0	0.03125	*
TOTAL	50	100	0	0	8.881784	

Respuesta de los profesionales: 1= Si; 0= No.

** $P < 0.01$

$VC > VT$

* $P < 0.05$

8.881784 > 1.6994.

- Por lo tanto el instrumento es adecuado.

Interpretación: Para determinar la validez estadística del instrumento de medición, se realizó mediante el juicio de expertos a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y la prueba de la Z Gauss. Entonces comparando el valor calculado ($VC=8.881784$) con el valor teórico ($VT=1.6994$), en base a la regla de decisión se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística. Con este resultado se acepta que el instrumento de medición es adecuado.

ANEXO N° 06

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Formula: Split Halves:

$$rip = \frac{n \sum IP - \sum I(\sum P)}{\sqrt{(n \sum I^2 - (\sum I)^2)(n \sum P^2 - (\sum P)^2)}}$$

n = N° casos

rip = relación de los ítems impares con los pares.

$$rip = \frac{16(741) - 110(99)}{\sqrt{(16(816) - (110)^2)(16(689) - (99)^2)}}$$

$$rip = \frac{11856 - 10890}{\sqrt{(13056 - 12100)(11024 - 9801)}}$$

$$rip = \frac{966}{\sqrt{1169188}} = \frac{966}{1081.28997} = 0.893377379$$

$$rip = 0.89337737$$

Spermean de Brown:

$$Rip = \frac{2(rip)}{1 + rip}$$

$$Rip = \frac{2(0.893377379)}{1 + 0.893377379}$$

$$Rip = \frac{1.786754758}{1.893377379} = 0.943686545$$

$$Rip = 0.943686545$$

CRITERIO DE CONFIABILIDAD

- - 1 a 0 no es confiable
- 0 a 0.49 baja confiabilidad
- 0.5 a 0.75 moderada confiabilidad
- 0.76 a 0.89 fuerte confiabilidad
- 0.9 a 1 alta confiabilidad

ANEXO 07

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD SOBRE EL VIH/SIDA. ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE CHACHAPOYAS. AMAZONAS - 2014”

- ✓ rip= 0.893377379
- ✓ Rip= 0.943686545

Por lo tanto si Rip= 0.94 entonces hay una alta confiabilidad en el instrumento de conocimiento sobre el VIH/SIDA. Establecimiento Penitenciario de Chachapoyas. Amazonas – 2014.

ANEXO 08
CLASIFICACIÓN Y PUNTAJE DEL INSTRUMENTO

- NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD SOBRE EL VIH/SIDA. ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE CHACHAPOYAS. AMAZONAS – 2014.

Nivel Bueno	16 – 20 puntos
Nivel Regular	11 – 15 puntos
Nivel Malo	0 – 10 puntos

- NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD SOBRE EL VIH/SIDA, SEGÚN DIMENSIONES. ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE CHACHAPOYAS. AMAZONAS – 2014.

Nivel Bueno	04 puntos
Nivel Regular	03 puntos
Nivel Malo	00 – 02 puntos

ANEXO 09



UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCALA DE VIH (Elaborado por Quispe, 2012)



I. INTRODUCCIÓN:

Estimado estudiante, solicito su participación en la presente investigación cuyo objetivo es:” determinar la percepción de riesgo sobre VIH/SIDA por los Adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas – 2017”.agradecere mucho que conteste las preguntas con seriedad y honestidad, ya que su opinión será anónima y reservada.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de ítems relacionados con el tema, elige solo una respuesta de las que aparecen, y marca aquella que consideres la mejor.

Las opiniones serán: De acuerdo, En desacuerdo, No opina.

3 = De acuerdo (DA)

2 = En desacuerdo (ED)

1 = No opina (NO)

III. DATOS GENERALES

1. EDAD.

a) 12 a 14 años

b) 15 a 17

2. SEXO

a) Masculino

b) Femenino

IV. ITEMS

N°	ITEMS	3	2	1
		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO OPINA
1	Creo que las prostitutas tienen un alto riesgo de contraer el VIH/SIDA.			
2	Pienso que una persona tiene el virus del VIH/SIDA con solo mirarla.			

3	Creo que el virus del VIH/SIDA se puede contraer compartiendo jeringas con un drogadicto que tiene la enfermedad.			
4	Creo que el virus del SIDA se transmite a través del semen.			
5	Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del VIH/SIDA evitando las relaciones sexuales.			
6	Creo que el virus del VIH/SIDA se puede contraer compartiendo cuchillos, tenedores o vasos con una persona infectada.			
7	Estoy convencido que los hombres con el virus del SIDA pueden infectar a las mujeres.			
8	Efectivamente, el SIDA es una enfermedad que amenaza la vida de la persona.			
9	Creo que recibir una transfusión de sangre infectada con el virus del VIH/SIDA puede transmitirle a una persona el virus del SIDA.			
10	Creo que las mujeres infectadas con el VIH pueden infectar a los hombres.			
11	Es un hecho que una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA no teniendo relaciones sexuales.			
ITEMS		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO OPINA
12	Estoy convencido que todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el virus del SIDA.			
13	Pienso que uno puede contraer el VIH/SIDA tocando o estando cerca de la persona con SIDA.			

14	Pareciera que el virus del SIDA se transmite a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer.			
15	Creo que todas las personas con el virus del SIDA son homosexuales.			
16	Pienso que tener el SIDA no es grave, es como estar resfriado.			
17	Pareciera que el estrés puede causar SIDA.			
18	Se puede evitar contraer el virus del SIDA haciendo deporte con regularidad.			
19	Es posible que una persona contraiga el virus del SIDA hablando a través de un teléfono público utilizado por una persona infectada del virus.			
20	Pienso que el virus del SIDA se puede adquirir por los asientos de los baños públicos.			
21	Creo que el virus del SIDA se puede contraer compartiendo la misma habitación con alguien con SIDA.			
22	Creo que existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del virus del SIDA.			
ITEMS		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO OPINA
23	Pienso que el virus del SIDA se puede contraer compartiendo la ropa con otra persona con el virus.			
24	Creo que las personas con el virus del SIDA están propensas a contraer otras enfermedades.			

25	Pareciera que los hijos de una madre con el virus del SIDA corren mayor riesgo de contraer el sida.			
26	Es posible que en la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA.			
27	Es posible que una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de la enfermedad.			
28	Pienso que las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermas.			
29	Creo que las personas pueden contraer el virus del SIDA con un simple apretón de manos.			
30	Creo que el SIDA se ha encontrado solo en los hombres.			
31	Puedo contraer el virus del SIDA usando objetos personales de otra persona como un cepillo del cabello.			
32	Pienso que el virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones.			
33	Puedo contraer el virus del SIDA a través de la penetración anal.			
ITEMS		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO OPINA
34	Puedo contraer el virus del SIDA bebiendo de la misma taza o vaso que una persona con SIDA uso.			
35	Me puedo transmitir del virus del SIDA mediante abrazos.			

36	Creo que el virus del SIDA puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales.			
37	Pienso que los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el virus del SIDA.			
38	El estornudar y toser me pueden transmitir el virus del SIDA.			
39	Puedo contraer el virus del SIDA en la piscina.			
40	Puedo contraer el SIDA a través de alguien que está infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad.			
41	Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que use un condón.			
42	Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el SIDA.			
43	No soy el tipo de persona que pueda contraer el virus del SIDA.			
44	No me preocupa la posibilidad de contraer el virus del SIDA.			
45	Me sentiría incomodo usando el mismo baño y vestuario de una persona con el virus del SIDA.			
ITEMS		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO OPINA
46	Elegir el tipo de condón que se va a comprar puede resultar difícil.			
47	Soy capaz de comprar y conseguir condones fácilmente.			
48	Es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud.			

49	Creo que a cualquiera que se inyecte drogas debe realizarse la prueba del virus del SIDA.			
50	Las personas que tienen el SIDA deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás.			
51	Se está invirtiendo en el SIDA demasiado tiempo, dinero y otros recursos en comparación con otras enfermedades.			
52	Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya.			
53	Creo que puedo contraer el SIDA.			
54	Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual.			
55	Soy capaz de llevar condón por si decido tener relaciones sexuales.			
56	El sexo no es tan placentero cuando se usa un condón.			
57	Debería permitirse que las personas con el SIDA utilicen los buces públicos.			
58	Me preocupa contraer el virus del SIDA.			
59	Parar durante el acto sexual para ponerse el condón hace el sexo menos divertido.			
ITEMS		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO OPINA
60	Debería permitirse que los alumnos que tienen el virus del SIDA vivan en unidades residenciales.			
61	Debería permitirse que los alumnos que tienen el virus del SIDA asistan a clase.			
62	Creo que es muy importante usar condones cada vez que se tengan relaciones sexuales.			

63	Resulta difícil encontrar sitios donde comprar condones.			
64	Las personas con el virus del SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás.			
65	Creo que solo los homosexuales hombres deberían preocuparse del virus del SIDA.			

Fecha:...../...../.....

Muchas Gracias

ANEXO 10

CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN FORMULA: SPLITH - HALVES

ITEM/ CASOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19
1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
2	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	0	1	2	1
3	1	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	0	1	1	1
4	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	0	1	1	1	1
5	2	1	2	2	2	0	2	2	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0
6	2	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	1	2	1	1	0	1
7	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	1	0	1	2	2
8	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2
9	2	1	2	0	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1
10	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1

P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39
2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2
0	1	2	1	0	2	1	0	1	1	1	2	2	0	2	1	0	1	2	2
2	2	2	2	2	2	1	0	0	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2
2	1	2	2	2	2	1	0	0	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2
0	0	2	0	2	2	2	1	0	0	1	0	2	2	2	1	2	2	2	0
1	0	1	2	1	2	2	2	2	1	1	0	2	2	1	1	0	0	2	2
2	2	0	2	2	2	2	0	2	1	0	2	2	2	1	1	2	2	2	2
1	2	0	2	2	1	2	0	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	2
1	1	0	1	0	2	1	2	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0
2	1	1	0	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	0	2	2	0

P 40	P 41	P 42	P 43	P 44	P 45	P 46	P 47	P 48	P 49	P 50	P 51	P 52	P 53	P 54	P 55	P 56	P 57	P 58	P 59	P 60	P 61	P 62	P 63	P 64	P 65	I	P	I* p	I2	P2	I+ p
2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	47	49	2303	2209	2401	96
2	2	1	0	0	2	2	1	2	2	1	1	2	0	2	2	0	2	0	0	0	1	2	0	0	1	40	36	1440	1600	1296	76
2	2	1	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	0	1	2	43	38	1634	1849	1444	81
2	2	1	0	0	1	1	1	2	2	2	2	2	0	2	2	0	1	0	0	0	0	2	0	1	2	42	42	1764	1764	1764	84
0	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	0	0	0	0	2	2	0	2	2	0	2	0	1	0	33	37	1221	1089	1369	70
2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	0	1	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	0	1	46	41	1886	2116	1681	87
2	2	0	1	1	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	0	2	2	2	2	1	1	53	44	2332	2809	1936	97
2	0	2	1	1	1	0	0	2	2	1	1	0	2	0	0	0	1	2	0	0	2	0	0	1	1	42	40	1680	1764	1600	82
2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	0	1	2	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	40	31	1240	1600	961	71
2	2	1	2	2	2	0	0	2	1	1	2	2	2	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	2	42	43	1806	1764	1849	85
																										42	40	17306	1856	1630	82
																										8	1		4	1	9

Formula: Split Halves:

Pares.

$$rip = \frac{n \sum IP - \sum I(\sum P)}{\sqrt{(n \sum I^2 - (\sum I)^2)(n \sum P^2 - (\sum P)^2)}}$$

n = N° casos

Rip = relación de los ítems impares con los pares.

ANEXO 11

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, y a través de las pruebas estadísticas: binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ($n = 50$), al 0.05 de significancia estadística.

A) PRUEBA BINOMIAL

1) Hipótesis estadísticas

$$H_0: P = 50\% \quad \text{versus} \quad H_a: P > 50\%$$

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La hipótesis alternativa (H_a) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “**adecuado**” o “**inadecuado**”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (Υ)

$$\alpha = 0.05 (5\%); \quad (1 - \alpha) = \Upsilon = 0.95 (95\%)$$

3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con

$$N = 5 \quad \text{y} \quad P = 0.50 (50\%).$$

4) Regla de decisión

Se rechazara la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] \text{ es menor que } \alpha = 0,05.$$

5) Valor calculado (VC)

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] = \sum C^5 (0.5)^5 (0.5)^{5-K}$$

El cálculo de ésta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial. **V.C = 1.8542**

ANEXO 12

MATRÍZ DE RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES CONSULTADOS SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICION (JUICIO DE EXPERTOS)

ITE M	EXPERTO *					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	0	1	1	4
03	1	0	1	1	1	4
04	1	1	1	0	1	4
05	1	1	1	1	1	5
06	1	1	1	1	1	5
07	1	1	1	1	1	5
08	1	1	1	1	1	5
09	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

* Respuesta de los profesionales: 1 = Sí, 0 = No

PROFESIONALES CONSULTADOS

1. Dr. Edwin Gonzáles Paco
2. Psc. Alfonso Calderón Castillo
3. Obs. María Huaripata Rodríguez
4. Mg. Gladys León Montoya
5. Obst. Rocío Arellanos Chapa

ANEXO 13
DECISIÓN ESTADÍSTICA

Para hacer la decisión de cada ítem, se compara el valor P con el valor de $\alpha = 0.05$. de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la (columna 7) de la tabla.

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	4	80	1	20	0.15625	-
3	4	80	1	20	0.15625	-
4	4	80	1	20	0.15625	*
5	5	100	0	0	0.03125	*
6	5	100	0	0	0.03125	*
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	5	100	0	0	0.03125	*
TOTAL	47	94	3	6	1.8542	

Fuente: Apreciación de los expertos

*: Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

FUENTE: Apreciación de expertos

*: Significativa

** : Altamente significativa

1) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” en nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y “no válido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 50, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

$$Z = \frac{p - P}{\sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}} \quad N(0,1)$$

$$\frac{\sqrt{P(100 - P)}}{n}$$

Donde:

Z = se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1

P = es el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

n = es el número de jueces consultados (muestra)

2) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal VT = 1.6449

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/H₀) y aceptación (RA/ H₀) de la hipótesis nula es: Al 5%; RR/H₀: VC > 1.6449; RA/ H₀: VC < 1.6449.

3) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

N = 50, P = 50% Y P = 100%. De donde resulta que: VC = 1.8542

4) Decisión estadística

Comparando el valor calculado (VC = 1.8542) con el valor teórico (VT = 1.6449) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística.

ANEXO 14

CLASIFICACIÓN Y PUNTAJE DEL INSTRUMENTO

- PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN JUAN DE L LIBERTAD, CHACHAPOYAS, 2012.

Percepción Alta	153– 195 puntos
Percepción Media	109– 152 puntos
Percepción Baja	65 – 108 puntos

- PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE VIH/SIDA SEGÚN DIMENSIONES EN ADOLESCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN JUAN DE L LIBERTAD, CHACHAPOYAS, 2012.

Percepción Alta	49– 63 puntos
Percepción Media	35– 48 puntos
Percepción Baja	21 – 34 puntos

ANEXO 15

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
VIH/SIDA EN ADOLESCENTES, INSTITUCION EDUCATIVA SANTIAGO
ANTUNEZ DE MAYOLO, CHACHAPOYAS, 2018.**

Tabla 04: Relación entre la edad y el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2018.

Edad	Nivel de Conocimiento Sobre VIH/SIDA						Total	
	Bueno		Regular		Malo		fi	%
	fi	%	fi	%	Fi	%		
12 - 14 años	0	0	29	14.6	95	47.7	124	62.3
15 - 17 años	1	0.5	20	10.1	54	27.1	75	37.7
Total	1	0.5	49	24.6	149	74.9	199	100

Fuente: Formulario de preguntas de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.

ANEXO 16

RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
VIH/SIDA EN ADOLESCENTES, INSTITUCION EDUCATIVA SANTIAGO
ANTUNEZ DE MAYOLO, CHACHAPOYAS, 2018.

Tabla 05: Relación entre el sexo y el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2018.

Sexo	Nivel de Conocimiento Sobre VIH/SIDA						Total	
	Bueno		Regular		Malo		fi	%
	fi	%	fi	%	Fi	%		
Femenino	1	0.5	24	12.1	73	36.7	98	49.2
Masculino	0	0	25	12.6	76	38.2	101	50.8
Total	1	0.5	49	24.6	149	74.9	199	100

Fuente: Formulario de preguntas de nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.

ANEXO 17

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES, INSTITUCION EDUCATIVA SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO, CHACHAPOYAS, 2018.

Tabla 07: Relación entre la edad y la percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

Edad	Percepción de Riesgo sobre VIH/SIDA						Total	
	Alta		Media		Baja		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
12 - 14 años	28	14.1	92	46.2	4	2	124	62.3
15 - 17 años	20	10.1	51	25.6	4	2	75	37.7
Total	48	24.1	143	71.9	8	4	199	100

Fuente: Escala de VIH.

ANEXO 18

RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES, INSTITUCION EDUCATIVA SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO, CHACHAPOYAS, 2018.

Tabla 08: Relación entre el sexo y la percepción de riesgo sobre VIH/SIDA en adolescentes, Institución Educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas, 2017.

Sexo	Percepción de Riesgo Sobre VIH/SIDA							
	Alta		Media		Baja		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Femenino	21	10.6	74	37.2	3	1.5	98	49.2
Masculino	27	13.6	69	34.7	5	2.5	101	50.8
Total	48	24.1	143	71.9	8	4	199	100

Fuente: Escala de VIH.

