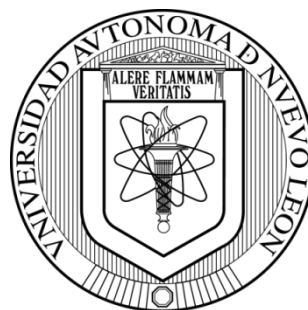


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA EN MUJERES

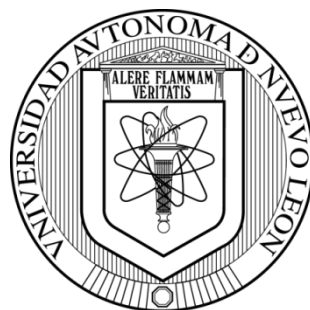
Por

LIC. AMELIA HERNANDEZ DE LA CRUZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA EN MUJERES

Por

LIC. AMELIA HERNANDEZ DE LA CRUZ

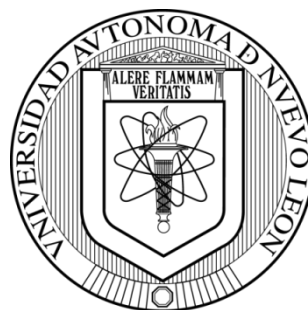
Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA EN MUJERES

Por

LIC. AMELIA HERNANDEZ DE LA CRUZ

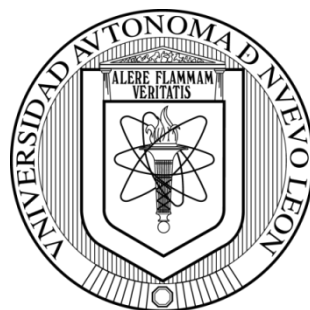
Co-Asesor de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA EN MUJERES

Por

LIC. AMELIA HERNANDEZ DE LA CRUZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA EN MUJERES

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, Ph.D.

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, directora de la Facultad de Enfermería de la UANL y a la Subdirectora de Posgrado e Investigación la Dra. María Magdalena Alonso Castillo por las facilidades otorgadas durante este proyecto.

A mi directora de tesis la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez por su valioso tiempo, dedicación, enseñanza, asesoría y fortalecimiento académico a mi crecimiento académico y profesional que hicieron posible cumplir satisfactoriamente con este proyecto en mi vida profesional y personal.

A cada uno de los docentes del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería (MCE) de la Facultad de Enfermería de la UANL, por su atención, apoyo recibido, y sobre todo por guiarme en mi formación. Un reconocimiento y agradecimiento a cada uno de ellos.

A las autoridades del Hospital del Niño de Alta Especialidad “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”, por las facilidades otorgadas que me permitieron concluir satisfactoriamente esta nueva etapa profesional, especialmente a la Lic. Bertha Alicia Pantoja Monroy, Titular de la Unidad de Enfermería.

A las autoridades de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, especialmente al Dr. Raúl Guzmán León, director de la DACS, UJAT y a la Mtra. Rosa Ma. Arriaga Zamora, Coordinadora de Enfermería de la DACS, UJAT por las facilidades otorgadas para cumplir con cada una de las actividades educativas del programa de la MCE.

A la Dra. María del Rosario Reyes Burelo, directora del Centro de Salud de Servicios Ampliados No.1 (CESSA) en la unidad que dignamente dirige; por las facilidades otorgadas para la realización del estudio.

Dedicatoria

A mi hija Itzel Hanubi por ser la razón de mi existencia, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, pero sobre todo por la paciencia y amor incondicional que siempre me ha brindado; por el tiempo que le he quitado a su vida para dedicarle a mi vida profesional y que con nada podré compensar. Esperando que el día de mañana pueda sembrar en ella la enseñanza para trazarse metas y objetivos en su vida.

A mis padres por ser parte importante de mi vida, por los valores inculcados y por el apoyo y confianza que me han demostrado en todo momento. Por ser mi ejemplo de lucha, perseverancia, disciplina y constancia en cada una de las actividades emprendidas.

A mis hermanos, Rolando, Adriana, Sandra y Elizabeth, por la confianza que siempre han tenido en mí y por seguir de cerca todos mis logros.

A mis amigas y compañeras de Maestría; Celia, Yadira y América, por haber compartido su amistad y haberme apoyado en los momentos más difíciles de mi vida.

A doña Lulú por todo el apoyo y paciencia que me ha brindado en los momentos más estresantes y difíciles durante el desarrollo de mis actividades educativas.

A todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para hacer posible este nuevo éxito.

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|--|--------|
| Capítulo I | |
| Introducción | 1 |
| Marco Conceptual | 4 |
| Estudios Relacionados | 8 |
| Objetivo General | 12 |
| Objetivos Específicos | 12 |
| Definición de Términos | 12 |
| Capítulo II | |
| Metodología | 13 |
| Diseño del Estudio | 13 |
| Población, Muestra y Muestreo | 13 |
| Criterios de Inclusión | 14 |
| Criterios de Exclusión | 14 |
| Instrumentos de Medición | 14 |
| Procedimiento de Recolección de Información | 15 |
| Consideraciones Éticas | 16 |
| Estrategia de Análisis de Datos | 17 |
| Capítulo III | |
| Resultados | 18 |
| Características de las Participantes | 18 |
| Consistencia Interna y Validez de los Instrumentos | 19 |
| Prueba de Normalidad | 20 |
| Estadística Descriptiva | 20 |
| Estadística Inferencial | 23 |

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|--|--------|
| Hallazgos Adicionales | 24 |
| Capítulo IV | |
| Discusión | 25 |
| Conclusiones | 28 |
| Recomendaciones | 28 |
| Referencias | 30 |
| Apéndices | |
| A. Cédula de Identificación | 35 |
| B. Escala de Percepción de Riesgo de VIH | 36 |
| C. Escala de Conocimiento sobre Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual | 37 |
| D. Consentimiento Informado | 38 |

Lista de Figuras

| Figuras | Página |
|---|--------|
| 1. Estructura conceptual - teórica - empírica | 7 |

Lista de Tablas

| Tablas | Página |
|---|--------|
| 1. Características sociodemográficas por edad y escolaridad en años | 18 |
| 2. Características sociodemográficas por estado civil y ocupación | 19 |
| 3. Consistencia interna de los instrumentos de medición | 20 |
| 4. Conocimientos acerca del VIH/Sida por porcentaje de respuesta correcta | 21 |
| 5. Percepción de riesgo para infección de VIH | 22 |
| 6. Percepción de riesgo para infección de VIH por porcentaje de respuesta | 22 |

Resumen

Lic. Amelia Hernández de la Cruz
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Junio, 2014

Título del Estudio: PERCEPCION DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA
EN MUJERES

Número de páginas: 40

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Objetivo y Métodos de Estudio: El objetivo general fue establecer la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca VIH/Sida en mujeres. Los objetivos específicos son: 1) Describir el conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH/Sida, 2) Describir la percepción de riesgo que tienen las mujeres para infección del VIH/Sida. Se utilizaron conceptos del Modelo de Creencias de Salud (MCS) (Rosenstock et al., 1994). El diseño fue descriptivo correlacional, se utilizó el muestro aleatorio sistemático al azar 1 en K a intervalos regulares en mujeres mayores de 19 años que asisten a un centro de salud; la muestra fue de 215 mujeres, utilizando un límite de error de estimación de .09 para estimar una proporción con 95% de confianza, para un modelo de correlación para pruebas bilaterales

Contribuciones y Conclusiones: La edad de las participantes osciló entre 19 y 67 años, el 78.7% son casadas y viven en unión libre. El 92.6% se perciben en bajo riesgo para contraer el VIH, sin embargo el 2.3% de las mujeres perciben que actualmente pudieran estar infectadas con VIH, mientras que el 3.3% consideran que su pareja pueda contraer VIH. Respecto al conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH se encontró una $M= 6.41$ ($DE=1.81$). No se encontró relación significativa entre percepción de riesgo y conocimiento de VIH/Sida. Para futuras investigaciones se recomienda que se exploren las conductas sexuales de riesgo para evaluar el riesgo potencial que tienen las mujeres de infectarse por el virus del Sida y continuar con el uso del MCS, empleando diferentes conceptos del modelo en conjunto que puedan minimizar las varianzas del comportamiento. Así mismo se sugiere implementar programas de intervención de enfermería de asesoramiento continuo creativos e innovadores para la mujer que permitan incrementar la conciencia del comportamiento sexual seguro y responsable, partiendo de la premisa de que las mujeres son las principales transmisoras de educación en el hogar.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se encuentran entre los más graves problemas de salud pública en todo el mundo. Actualmente a nivel mundial, uno de cada diez adultos de entre 15 y 49 años se encuentran infectados por VIH, y más de la mitad corresponden a mujeres; existen 34 millones de casos infectados con VIH, de los cuáles 2,7 millones de casos se encuentran confirmados de VIH/Sida y el número de muertes corresponde a 2,6 millones (Programa Conjunto de la las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2012).

En América Latina, la epidemia se concentra en determinadas sub poblaciones con comportamientos de alto riesgo, como en hombres que tienen sexo con hombres y en usuarios de drogas inyectables. Existen 1.7 millones de casos con VIH, 140, 000 nuevas infecciones, 63, 000 muertes al año; en toda el área la proporción de infecciones por transmisión sexual está aumentando, con un incremento de prevalencia en mujeres (Teva, Bermúdez, Ramiro, & Buela, 2012).

En México, en el periodo 1983-2012, se registraron un total de 160, 864 casos acumulados de VIH distribuidos en los estados de la República, estos divididos según género corresponden a 132, 020 hombres y 28, 844 mujeres infectados por VIH. Por otra parte en el 86.6% de los casos registrados de Sida en mujeres fueron por transmisión heterosexual (Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CENSIDA], 2012). Por otro, lado en Tabasco existen aproximadamente 2 646 casos de Sida en hombres y 654 mujeres, las cuales corresponden al 2.1% del total de proporción de casos existentes en México (CENSIDA, 2012).

En algunos países de Centroamérica y México los esfuerzos por contrarrestar la epidemia se han enfocado a la prevención de la transmisión del VIH/Sida mediante la

promoción de políticas para el uso de sangre y la focalización de campañas de educación sexual que promueven el uso del condón en poblaciones específicas, como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales (TS) y adolescentes. Sin embargo, en el grupo de mujeres (amas de casa, casadas o con una relación estable), el uso del condón no ha sido promovido como una medida de prevención segura (Tapia, et al., 2008). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (por sus siglas en inglés, UNAIDS) ha desarrollado la “Estrategia 2011-2015” “Cero nuevas infecciones, Cero discriminaciones, Cero muertes relacionadas con el Sida” (UNAIDS, 2010), la cual propone como uno de los objetivos principales abordar las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas en las diferentes poblaciones (ONUSIDA, 2011).

La amenaza que representa el Sida en las mujeres varía de acuerdo a diversos factores como son los biológicos, sociales y culturales todos ellos asociados a la vulnerabilidad de género de la mujer. Entre las razones biológicas las mujeres tienen mayores probabilidades de adquirir una infección de transmisión sexual, ya que durante las relaciones sexuales la vagina funge como un receptor del semen, fluido corporal que contiene mayor carga viral. Además la mucosa vaginal es más propensa a micro traumatismos debido a infecciones asintomáticas no tratadas o disminución de las secreciones vaginales, lo cual constituye un factor de riesgo importante (Chávez, Desmaison, & Gutiérrez, 2009; Gayet, Magis, Sacknoff, & Guli, 2008).

Respecto a algunas razones socioculturales, las mujeres del tercer mundo, tienen menor acceso a la educación por lo que poseen una concepción limitada de la sexualidad, asociado a que se encuentran en situaciones de dependencia económica, subordinación y pobreza que facilitan las relaciones de desigualdad con su pareja, haciéndolas dependientes de los hombres que les dificultan acceder a la información y velar por su salud física y emocional (Chávez et al., 2009; Gayet et al., 2008; Herrera, & Campero, 2002).

La literatura en ciencias psicosociales y del comportamiento relacionado con la salud hace hincapié en la percepción de estar en riesgo de infección por el VIH/Sida como una de las condiciones necesarias para que se adopte una conducta preventiva. Otros autores mencionan que la reducción de la propagación del VIH/Sida se podría lograr cuando las personas adquieren conocimientos y crean la actitud deseada, lo que finalmente conduce a la modificación o comportamiento de búsqueda de la salud. Es decir, conocer los factores de riesgo que llevan a la adquisición del VIH/Sida, permite intervenirlos de forma oportuna para evitar la enfermedad (Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita, & Vergara, 2009; Villegas et al., 2011).

Retomando la importancia de la prevención en el control del VIH/Sida, el empleo del Modelo de Creencias en Salud (MCS) de Rosenstock, Stretcher, & Becker (1994) aplicado en la prevención del Sida, propone que para lograr un cambio en el comportamiento del individuo (adopción de medidas preventivas) se necesitan, por lo menos tres elementos: 1) la creencia o percepción de la importancia de un problema; 2) la percepción de vulnerabilidad ante dicho problema; y 3) la percepción de que tomar una medida para prevenirlo generará beneficios mayores que los inconvenientes derivados del esfuerzo para aplicarlos (Cabrera, Tascón, & Lucumí, 2001; Moreno, & Roales-Nieto, 2003; Soto, Lacoste, Papenfuss, & Gutiérrez, 1997).

En Tabasco como en otras partes del mundo, el VIH/Sida representan un problema de salud, especialmente en mujeres quienes representan un grupo social altamente vulnerable. Sin embargo, hasta el momento se desconoce el conocimiento y la percepción de riesgo para la infección del VIH que poseen las mujeres, debido a que existen pocos estudios relacionados a nivel nacional en este grupo de estudio. Uno de los propósitos de enfermería es promover la salud y bienestar en la población, por ello resulta relevante estudiar este grupo vulnerable. El conocimiento de las creencias de la salud de las mujeres para la prevención del VIH/Sida, servirá de base para investigaciones futuras y el desarrollo de intervenciones preventivas con mujeres,

abonando a los esfuerzos de construir una sociedad más saludable.

Por lo anterior, el objetivo principal de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida que tienen las mujeres residentes del municipio del Centro en Tabasco, México.

Marco Conceptual

El presente estudio utilizó como base el Modelo de Creencias en Salud (MCS) (Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1994). El MCS se basa en teorías clásicas y populares del aprendizaje, en particular la conductista, la cual define que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y conducen a la probabilidad de que ésta produzca el resultado deseado.

El MCS postula que la conducta saludable depende principalmente de dos variables, el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta, por lo que tiene factores cognoscitivo-afectivo. Los conceptos y definiciones principales que maneja son: percepciones individuales (susceptibilidad percibida y gravedad detectada); factores modificantes (variables demográficas, psicosociales y estructurales), amenaza percibida (claves para la acción); y probabilidad de acción (beneficios y costos percibidos, conducta). Para fines de este estudio, sólo se utilizaron los constructos percepciones individuales y factores modificantes. Del primero se consideró el concepto de susceptibilidad percibida, del segundo las variables estructurales, específicamente el conocimiento de la enfermedad.

El MCS plantea que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una

enfermedad o alteración de la salud es producto de un proceso en el que la persona necesita creer varias cosas. Primero que es susceptible de sufrir dicha enfermedad; segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida, y tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico; al reducir la susceptibilidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.

Con respecto a la susceptibilidad percibida, esta se refiere a la evaluación subjetiva del riesgo de desarrollar un problema de salud. El MCS predice que los individuos que perciben que son susceptibles a un problema de salud en particular, se involucrarán en conductas para reducir su riesgo de desarrollar el problema de salud. Las personas con baja susceptibilidad percibida, pueden negar que estén en riesgo de contraer una enfermedad en particular. Otros pueden reconocer la posibilidad de desarrollar la enfermedad, pero creen que es poco probable. Las personas que creen que están en bajo riesgo de desarrollar una enfermedad son más propensas a involucrarse en conductas no saludables, o de riesgo. Las personas que perciben un alto riesgo de adquirir un problema de salud, en particular son más dispuestas a involucrarse en conductas para disminuir su riesgo de desarrollar la condición.

Aunado a esto, Rosenstock et al. (1994), refieren que los factores modificantes, incluidas las variables estructurales, pueden afectar las percepciones (es decir, gravedad percibida y susceptibilidad) de los comportamientos relacionados con la salud. Las variables estructurales incluyen el conocimiento acerca de la enfermedad dada y un contacto previo con la enfermedad, entre otros factores. El MCS sugiere que las variables de los factores modificantes afectan los comportamientos relacionados con la salud indirectamente al afectar la gravedad percibida y la susceptibilidad. Para fines del presente estudio, los factores modificantes (conocimiento), será que si el conocimiento que posee la mujer acerca del VIH/Sida, tiene relación con la percepción de riesgo de

adquirir VIH/Sida. Es por esto, que la variable estructural (conocimiento), es considerada un factor modificante, que pueda afectar la percepción del individuo y de esta forma influir indirectamente en sus conductas de salud.

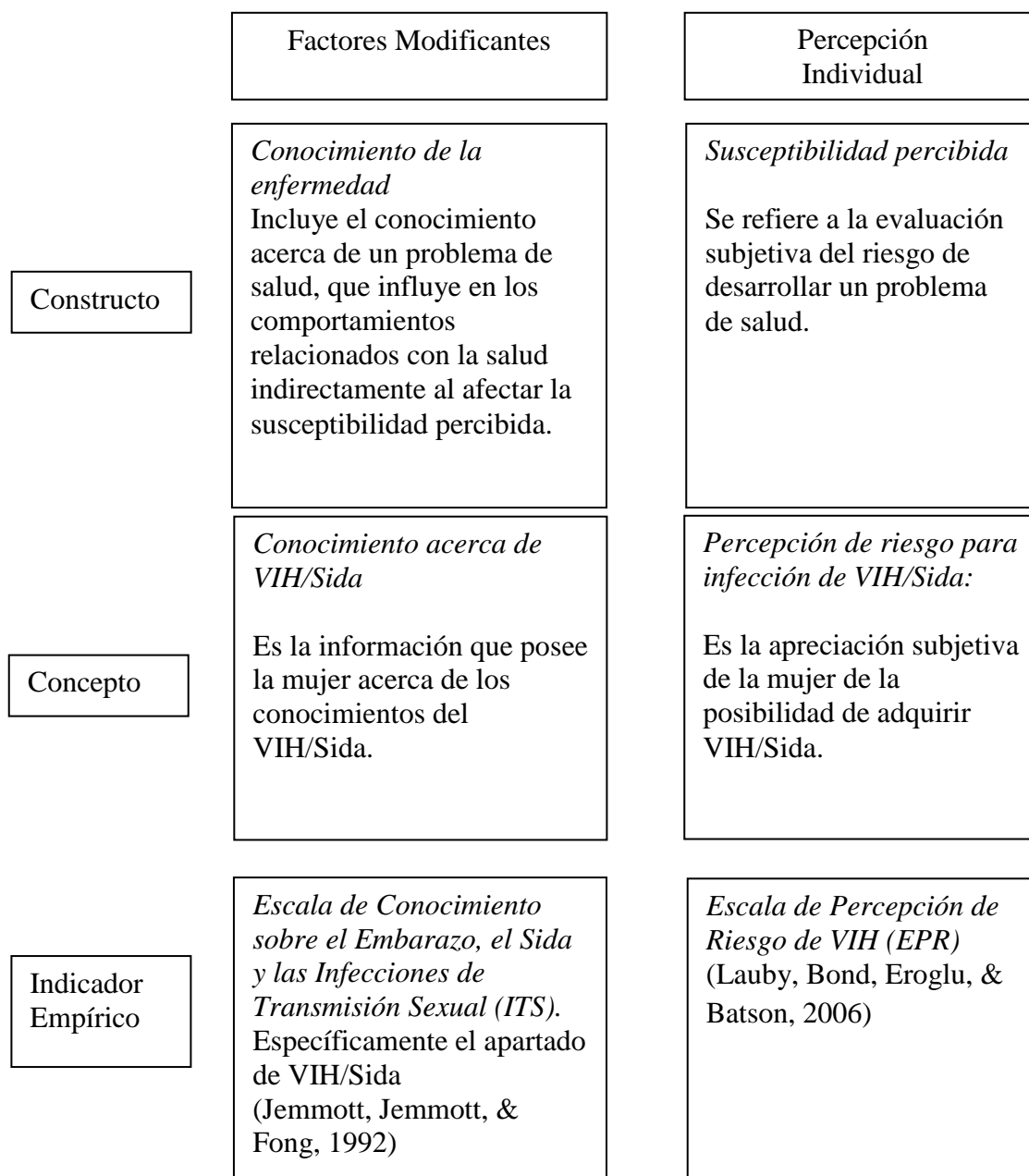


Figura 1. Estructura conceptual - teórica - empírica.

Estudios Relacionados

En éste apartado se detallan las investigaciones relacionadas con las variables de interés: percepción de riesgo para infección de VIH/Sida y conocimiento acerca del VIH/Sida.

Ugarte, Högberg, Valladares y Essén (2013), realizaron un estudio transversal en el 2009, mediante un análisis bivariado y razones de prevalencia ajustada en la comunidad de Nicaragua, con el objetivo de examinar la prevalencia de los conocimientos relacionados con el VIH, las actitudes y las conductas de riesgo sexual, y sus predictores en la población adulta. La muestra total fue de 204 participantes entre 15 y 49 años de edad, de los cuales el 51% corresponden a mujeres. En cuanto a escolaridad el 33.1% de las mujeres tienen un nivel bajo de escolaridad y el 66.9% un nivel alto. En al análisis bivariado y multivariado en cuanto a la auto-percepción de riesgo para el VIH, los resultados muestran que para las mujeres con un bajo nivel de educación es de 1.65 veces mayor (IC 95% [1.10 a 2.45]), y para las mujeres con conocimiento insuficientes relacionado con el VIH es 1.93 veces mayor (IC 95% [1.16-3.28]) que la de las mujeres que viven en un entorno urbano, con alto nivel de educación, y con suficientes conocimientos.

Pavía-Ruz, Góngora-Biachi, Vera-Gamboa, Moguel-Rodríguez y González-Martínez (2012), evaluaron los conocimientos, actitudes y percepción de riesgo del VIH/Sida en adultos de comunidades rurales de Yucatán, México, en una muestra de 301 mujeres y 251 hombres. Los resultados sociodemográficos muestran 42.5% mujeres tienen escolaridad mínima o son analfabetas. En relación a conocimientos se encontró que el 38% de las mujeres encuestadas desconocen el significado de la palabra Sida, 56% consideran conveniente aislar a las personas con VIH como medida de prevención, 69.3% de mujeres no se consideran en riesgo de VIH, ya que mencionan que tienen sólo una pareja sexual.

Fernández (2012), realizó un estudio para determinar los efectos del

conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH sobre la percepción del riesgo de infección en una muestra de 1 289 individuos entre 18 y 60 años de edad en la población de Guayaquil, Ecuador, de los cuáles 586 corresponden al grupo de mujeres. La edad promedio de las participantes es de 31 años de edad. El 58% tiene nivel universitario de escolaridad y el 33% nivel secundaria. Las mujeres solteras representan el 53% de la muestra y el 34% son casadas. En cuanto a la percepción del riesgo el 89% se percibe en riesgo nulo o bajo y el 9.05% en riesgo moderado o alto. En relación a las determinantes de la percepción de riesgo reportó que el índice de conocimiento correcto no contribuye en la formación de la percepción del riesgo ($p = .544$).

Villegas et al. (2011), elaboraron un estudio correlacional de corte transversal con el objetivo de evaluar los conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH/Sida, a un grupo de 496 mujeres Chilenas entre 18 y 49 años de edad (promedio 32.3 ± 9 años). En cuanto al nivel de estudio predominó la educación media (12 años) y superior (61.1% media, 11.1% técnicos y 3% universitarios); por ocupación la mitad son amas de casa (52.9%) y una de cada cuatro trabaja fuera del hogar (27.1%); el 44.4% son casadas y 24.2% viven en unión libre. En relación al nivel de conocimientos sobre el VIH, el promedio fue de 8.9 ± 2.5 puntos (rango 1 a 15 puntos), el cual corresponde a un nivel medio de conocimientos.

Ochako, Ulwodi, Njagi, Kimetu, y Onyango (2011), realizaron un estudio con el fin de identificar las tendencias y determinantes de la comprensión de VIH y el conocimiento del Sida en una muestra de 1,103 mujeres jóvenes urbanas de Kenia entre 15 y 24 años de edad en el periodo 2008-2009. En cuanto a las características demográficas los resultados muestran que el 60% nunca han estado casadas y el 40% alguna vez han estado casadas. En cuanto a escolaridad, el 6% no posee ningún grado de escolaridad, 44.3% tienen nivel primaria y el 49.7% secundaria. El 53.9% tenían un conocimiento amplio del VIH y el Sida y el 46.1% no tenía conocimientos. En relación a la percepción de riesgo el 7.4% no se considera en riesgo, 48.3% se percibe en bajo

riesgo y el 44.3% se perciben en riesgo moderado o alto. El resultado del análisis bivariado muestra que las mujeres casadas tienen menos probabilidades de tener un conocimiento integral del VIH/Sida que las no casadas ($p < .01$). En el análisis multivariado de regresión logística se observa que las mujeres que tienen mayor conocimiento de VIH y Sida tienen mayor percepción de riesgo (riesgo nulo, $OR=1.00$, $p=.001$; riesgo bajo, $OR=2.10$, $p=.007$; riesgo moderado y alto, $OR=1.86$, $p=.024$).

Ramos, Munive, Calderón, Velazco y Velazco (2009), efectuaron un estudio para determinar las características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión por el VIH y Sida de mujeres peruanas en edad fértil durante los años 2004-2006. La muestra fue de 19 090 mujeres entre 15 y 49 años. Los resultados muestran que el 67.9% de las participantes se percibió sin riesgo de transmisión de VIH, 18.4% se consideró en riesgo mínimo, 4% en riesgo moderado, 1.6% en alto riesgo y el 8.1% no sabía acerca de su riesgo. Las mujeres que se percibieron con menor riesgo se encuentran entre los grupos etarios entre 15 y 24 años de edad. En cuanto a nivel de escolaridad tienen nivel primaria o secundaria.

Vera et al. (2007), realizaron un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, con el objetivo de conocer las prácticas sexuales y el conocimiento sobre el Sida en un grupo de usuarias de planificación familiar en Yucatán, México. En una muestra de 200 mujeres. La media de edad de las participantes fue de 26 años. Con respecto a los conocimientos sobre el Sida, se encontró que el 78% tenían conocimientos suficientes y el 51% conocían las medidas de prevención.

Ndola et al. (2006), evaluaron la relación entre la percepción de riesgo y el uso del condón a través de evaluaciones basadas en comportamientos sexuales presentes y pasados, en un grupo de 3 986 adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 24 años de edad, en Mozambique. El estudio se realizó mediante un análisis bivariado y de regresión probit. Los resultados obtenidos en relación a la percepción de riesgo de VIH muestran que el 32% de las mujeres se perciben en bajo riesgo, 22% moderado o alto y

el 46% no sabe cómo evaluar su riesgo. Sin embargo de acuerdo a las estimaciones realizadas en el estudio el 27% de las mujeres que se consideraban en bajo riesgo y el 23% de las que no saben cómo evaluar su riesgo tenían un riesgo moderado o alto de infección por VIH. En relación a su estado civil, el 50.2% eran casadas y el 43.4% no casadas.

Collazos, Echeverry, Molina, Canaval y Valencia (2005), llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal, con el propósito de identificar los factores protectores y de riesgo hacia el VIH/Sida en mujeres de clase socioeconómica alta de Cali, Colombia. La muestra estuvo conformada por 95 mujeres entre 13 y 65 años de edad, de las cuales el 28.4% eran casadas y el 1.1% vivían en unión libre. En cuanto a conocimientos sobre la transmisión de VIH/Sida, los resultados muestran conocimientos regulares en el 64.2%. En relación al riesgo percibido, el 65% se sentían susceptibles de infectarse con VIH.

En síntesis se revisaron nueve estudios cuantitativos realizados en México, Ecuador, Chile, Colombia, África, Nigeria, Nicaragua y Perú. Algunos estudios muestran que existen conocimientos erróneos sobre VIH/Sida en mujeres, específicamente en relación a factores de riesgo para adquirir VIH. Otros estudios revelan que las mujeres poseen conocimiento regular o suficiente de VIH/Sida en lo que se refiere a las formas de transmisión del VIH. En cuanto a la percepción de riesgo de VIH, un porcentaje elevado de las mujeres no saben cómo evaluar su riesgo o se perciben en riesgo bajo, a pesar de que sus conductas sexuales muestran alto riesgo de VIH. Existe escasa literatura a nivel nacional e internacional que permita observar la relación entre percepción de riesgo del VIH y conocimiento del VIH/Sida en mujeres adultas, sin embargo algunos estudios muestran que a menor conocimiento mayor percepción de riesgo de Infección por VIH. Aunque los resultados encontrados y reportados en otra investigación, refieren que los conocimientos correctos de VIH/Sida no son un determinante para que la mujer se perciba en riesgo.

En el presente estudio, se parte del supuesto que, cuando exista conocimiento sobre los factores de riesgo que favorecen la adquisición de la enfermedad, entonces se tendrá percepción de riesgo para adquirir VIH/Sida.

Objetivo General

Establecer la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida en mujeres residentes del municipio de Centro, Tabasco, México.

Objetivos Específicos

1. Describir el conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH/Sida.
2. Describir la percepción de riesgo que tienen las mujeres para infección de VIH/Sida.

Definición de Términos

Percepción de riesgo para infección de VIH/Sida: Es la apreciación subjetiva de la mujer de la posibilidad de adquirir VIH/Sida.

Conocimiento acerca de VIH/Sida: Es la información que posee la mujer acerca de los conocimientos del VIH/Sida.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de información, consideraciones éticas para la realización del estudio y estrategia de análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999; Burns & Grove, 2012). Se consideró descriptivo ya que identificó la percepción de riesgo y el conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH/Sida. Correlacional porque estableció la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida en mujeres.

Población, Muestra y Muestreo

La población de interés estuvo conformada por 1 237 mujeres mayores de 18 años de edad, residentes del Municipio de Centro, Tabasco, que pertenecían a un Centro de Salud Urbano de primer nivel de atención. La selección de las participantes se efectuó mediante muestreo sistemático aleatorio del promedio de consultas diarias, eligiendo al azar un número entre 1 y K; de ahí en adelante se tomó uno de cada K (1 de cada 10) a intervalos regulares. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico nQuery Advisor 4.0, considerando para el análisis principal el ajuste de un modelo de correlación para pruebas bilaterales, considerando un *OR* de 2.5, una proporción de .09 en la covariable, con un coeficiente de determinación de 0.05 y una potencia del 90%, resultando un tamaño de muestra de 215 participantes.

Criterios de Inclusión

Mujeres mayores de 18 años de edad, sexualmente activas, que asistan a la consulta de un centro de salud y que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

Mujer que al momento de la encuesta vivan con VIH/Sida, la cual se valorará a través de una pregunta filtro durante el reclutamiento de las participantes del estudio.

Instrumentos de Medición

Para la descripción de los datos de las participantes, se utilizó la cédula de identificación (Apéndice A), que incluía datos como: edad, ocupación, escolaridad, estado civil y si ha sido diagnosticada con VIH/Sida.

La percepción de riesgo para infección de VIH/Sida se midió a través de la Escala de Percepción Riesgo de VIH (Apéndice B) desarrollada por Lauby, Bond, Eroglu, & Batson, (2006), el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012); consta de cuatro preguntas, un ejemplo de pregunta es: Probabilidad de infectarme con VIH en mi vida, con respuestas en escala tipo Likert: 1= Muy Improbable, 2= Improbable, 3=Poco probable, 4=Probable, 5= Muy probable, la puntuación final se obtuvo mediante el promedio total del instrumento con un puntaje mínimo de 4 y un máximo de 20, donde una puntuación entre 4 y 12 refleja baja percepción de riesgo hacia el VIH; y una puntuación entre 13 y 20 alta percepción de riesgo hacia el VIH. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .88

Conocimiento acerca de VIH/Sida, se midió a través de la Escala de Conocimientos sobre el Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), (Apéndice C), desarrollada por (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992), específicamente el apartado de VIH/Sida, el cual consta de diez preguntas, con tres

opciones de respuesta de falso, verdadero y no sabe; donde un ejemplo de enunciado es “El virus de Sida está presente en la sangre”. A cada respuesta contestada correctamente se le asigna 1 y a la incorrecta o que no sabe, se le asigna 0; siendo los reactivos cinco y seis aseveraciones falsas. A mayores aseveraciones correctas, mayor conocimiento. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Kuder-Richardson (KR20) de .71

Procedimiento de Recolección de Información

Previo al inicio del levantamiento de datos, se obtuvo la autorización de las comisiones del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y del director del Centro de Salud seleccionado. Una vez obtenidos los permisos pertinentes de cada institución, se procedió a seleccionar a las participantes de acuerdo a los criterios establecidos y por muestreo sistemático 1 en 10, con un inicio aleatorio de uno, hasta completar el tamaño de la muestra. Para realizar la selección de las participantes se dispuso de los listados de solicitud de consulta utilizadas en el área de recepción del Centro de Salud los cuales sirvieron para identificar y se seleccionaron a las participantes de forma aleatoria en 12 núcleos básicos, 6 en el turno matutino y 6 en el turno vespertino, obteniendo un total de 12 participantes diariamente. Para la aplicación de la encuesta se explicó el objetivo del estudio y se invitó a participar a cada una de las mujeres seleccionadas. Si la mujer aceptaba su participación, se le proporcionaba el consentimiento informado por escrito para dar a conocer el objetivo del estudio (Apéndice D).

Una vez firmado el consentimiento informado, se le solicitaba a la participante que posterior a su consulta nos acompañara a un módulo privado que nos proporcionó la institución para proceder a la aplicación de los instrumentos: Cédula de identificación, Escala de Percepción de Riesgo de VIH, Escala de Conocimientos sobre Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los cuáles fueron llenados a lápiz y

una vez contestados, se verificó que la participante hubiera llenado en su totalidad la encuesta, posteriormente se colocaban en un sobre manila, garantizando la confiabilidad, privacidad y anonimato en todo momento. Se agradeció a cada una de las participantes su tiempo y colaboración en el estudio. Al finalizar el llenado de la encuesta, se asignó un código de participación. El tiempo de aplicación del instrumento osciló entre 15 y 20 minutos.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987), el cual establece los lineamientos y principios generales a los que toda investigación científica debe someterse. Considerando el Título Primero, Artículo 3, relativo a las disposiciones generales en materia de investigación y el Título Segundo de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, se enfatizó en los siguientes artículos:

En base a lo establecido en el Artículo 13, Capítulo I, se mantuvo el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de la mujer al llamarla dignamente por su nombre y no forzar su participación.

De acuerdo al Artículo 14, Fracciones I, V, VI, VII y VIII, el presente estudio contó con el consentimiento informado y por escrito de la mujer; y fue desarrollado por un profesional de la salud, estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL. Además, se contó con el dictamen de la Comisión de Investigación y Ética de la mencionada institución, además se contó con la autorización del Director de la institución de salud seleccionada.

En cumplimiento al Artículo 16, se protegió la privacidad de las participantes. Se garantizó el anonimato, ya que no se solicitó ningún dato de identificación y se resguardó la información obtenida en un lugar seguro al cual sólo tuvo acceso el investigador. Conforme al Artículo 17, el riesgo se consideró como mínimo, ya que sólo

se les pidió a las participantes responder algunas preguntas con la intención de conocer la percepción de riesgo y los conocimientos que tienen acerca del VIH/Sida, el cual se considera un tema sensible en la población.

De acuerdo al Artículo 18, no se incluyó a la mujer dentro del proyecto cuando manifestó su deseo de no participar. En cumplimiento al Artículo 21, Fracciones I, II, VI, VII y VIII, se brindó a la mujer una explicación clara y completa de los objetivos del estudio y los beneficios que podrían obtenerse a futuro, garantizándole la confidencialidad de la información y la libertad de retirarse del estudio cuando así lo decidiera. El consentimiento informado se formuló por escrito, solicitando la firma de dos testigos, el cual fue previamente aprobado por la Comisión de Ética de la UANL tal como lo estipula el Artículo 22, Fracciones II y IV.

Estrategia de Análisis de Datos

Los datos fueron analizados a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Se obtuvieron estadísticos descriptivos de la cédula de identificación. Se determinó la confiabilidad interna de los instrumentos mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach y KR20; se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables del estudio. Para dar respuesta al objetivo uno que establece describir el conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH/Sida se utilizaron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Para cumplir con el objetivo dos, que fue describir la percepción de riesgo para infección de VIH/Sida, se utilizaron frecuencias y proporciones. El objetivo general que indica establecer la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida en mujeres residentes del municipio de Centro, Tabasco, se respondió mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

En éste capítulo se presentan los resultados del estudio, realizado con el propósito de identificar la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida que tienen las mujeres. Se muestran las características de las participantes, consistencia interna y validez de los instrumentos, prueba de normalidad, estadística descriptiva, estadística inferencial y hallazgos adicionales.

Características de los Participantes

La muestra fue de 215 mujeres de un Centro de Salud Urbano del Municipio del Centro, Tabasco. La edad promedio fue de 31 años ($DE = 9.80$). El nivel de escolaridad presentó la media de 10 años ($DE = 3.28$), (ver tabla 1). Mientras que el estado civil de las participantes fue de, 44.7% es casadas, 34% viven en unión libre, 13.5% son solteras y el 7.9% son separadas, viudas o divorciadas. En relación a la ocupación el 74.9% son amas de casa, 15.4% trabajan y el 9.8% son estudiantes (ver tabla 2).

Tabla 1

Características sociodemográficas por edad y escolaridad en años

| Características | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|-----------------|----------|-----------|------------|------------|
| Edad | 30.88 | 9.80 | 19 | 67 |
| Escolaridad | 10.56 | 3.28 | 1 | 19 |

Nota: n=215, M=Media, DE=Desviación estándar, Min=Mínimo, Max=Máximo

Tabla 2

Características sociodemográficas por estado civil y ocupación

| Características | <i>f</i> | % |
|-------------------|----------|------|
| Estado civil | | |
| Soltera | 29 | 13.5 |
| Casada | 96 | 44.7 |
| Unión libre | 73 | 34.0 |
| Otros | 17 | 7.9 |
| Ocupación | | |
| Labores del hogar | 161 | 74.9 |
| Estudiante | 21 | 9.8 |
| Empleada | 27 | 12.6 |
| Profesionista | 5 | 2.3 |
| Comerciante | 1 | 0.5 |

Nota: $n=215$, f = Frecuencia, %= Porcentaje

Consistencia Interna y Validez de los Instrumentos

Para el análisis estadístico se evaluó la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio. En la tabla 3, se muestra el nivel de confiabilidad obtenido a través del Alfa de Cronbach para la Escala de Percepción de Riesgo de VIH y KR20 para la Escala de Conocimientos sobre el Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual, las cuales muestran una confiabilidad aceptables (Burns & Grove, 2012).

Tabla 3

Consistencia interna de los instrumentos de medición

| Instrumento | No. de Reactivos | Alpha de Cronbach | KR20 |
|--|------------------|-------------------|------|
| Escala de Percepción de Riesgo del VIH (EPR) | 4 | .79 | |
| Escala de Conocimientos sobre el Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión sexual (ITS) | 10 | | .62 |

Nota: n= 215

Prueba de Normalidad

Previo al análisis de datos se exploró la distribución de datos para las variables del estudio por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov con Corrección de Lilliefors. Los resultados muestran que no se presentó una distribución normal en la Escala de Percepción de Riesgo de VIH ($D^a = .113, p < .001$) y para la Escala de Conocimientos sobre el Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual ($D^a = .146, p < .001$).

Estadística Descriptiva

Para dar cumplimiento al objetivo uno, que consiste en describir el conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH/Sida, se encontró que las mujeres obtuvieron un conocimiento regular con una $M = 6.41$ ($DE = 1.81$).

En la tabla 4, se describen los conocimientos acerca del VIH/Sida de las mujeres participantes de acuerdo al porcentaje de respuestas correctas, observándose que los

porcentajes más bajos se encuentran en las preguntas 3, 4 y 10, con 43.3%, 57.7% y 14.9 % respectivamente, las cuales están relacionadas con las formas de transmisión y medidas de prevención del VIH/Sida.

Tabla 4

Conocimientos acerca del VIH/Sida por porcentaje de respuesta correcta

| Pregunta | <i>f</i> | % |
|---|----------|------|
| 1. Si tienes SIDA, es más probable que le den otras enfermedades. | 153 | 71.2 |
| 2. Una persona puede tener el virus del SIDA y puede transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo. | 164 | 76.3 |
| 3. Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas. | 93 | 43.3 |
| 4. Se puede contagiarse de SIDA si se comparte un lavamanos, ducha (regadera), o baño con alguien que tiene SIDA. | 124 | 57.7 |
| 5. Tener relaciones sexuales anales (por el ano) con un hombre aumenta la posibilidad de contraer SIDA. | 191 | 88.8 |
| 6. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer SIDA. | 187 | 87.0 |
| 7. El virus de SIDA está presente en el semen. | 141 | 65.6 |
| 8. El virus de SIDA está presente en la sangre. | 188 | 87.4 |
| 9. El virus de SIDA está presente en el flujo vaginal. | 126 | 58.6 |
| 10. El dispositivo (DIU) que las mujeres usan como método anticonceptivo funciona mejor que el condón en el hombre para prevenir el SIDA. | 32 | 14.9 |

Nota: $n=215$, f = Frecuencia, %= Porcentaje

En relación al objetivo dos, el cual busca describir la percepción de riesgo que tienen las mujeres para infección de VIH/Sida se obtienen los siguientes resultados. En la tabla 5, se muestra que el 92.6% de las mujeres se percibe en bajo riesgo y el 7.4% en alto riesgo de VIH.

Tabla 5

Percepción de riesgo para infección de VIH

| Variable | <i>f</i> | % |
|----------------------|----------|------|
| Percepción de riesgo | | |
| Bajo | 199 | 92.6 |
| Alto | 16 | 7.4 |

Nota: $n=215$, f = Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 6, se describen los porcentajes de respuesta obtenidos en cada uno de los ítems que contiene la escala de percepción de riesgo de VIH, donde se puede apreciar que el 2.3% de las mujeres consideran como muy probable que actualmente se encuentren infectadas con VIH y el 3.3% consideran que es muy probable que su pareja sexual contraerá el VIH.

Tabla 6

Percepción de riesgo para infección de VIH por porcentaje de respuesta

| Variable | M I | | I | | PP | | P | | MP | |
|--|----------|------|----------|------|----------|------|----------|----|----------|-----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1. Qué tan probable es que actualmente esté infectado con el VIH | 79 | 36.7 | 97 | 45.1 | 33 | 15.3 | 1 | .5 | 5 | 2.3 |

Nota: $n=215$, f = Frecuencia, %= Porcentaje, MI= Muy improbable, I= Improbable,

PP= Poco probable, P= Probable, MP= Muy probable

(continúa)

(continuación)

| Variable | MI | | I | | PP | | P | | MP | |
|---|----------|------|----------|------|----------|------|----------|-----|----------|-----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 2. Probabilidad de infectarme con VIH en mi vida | 58 | 27.0 | 87 | 40.5 | 54 | 25.1 | 14 | 6.5 | 2 | 0.9 |
| 3. Probabilidad de que haya hecho cosas para aumentar el riesgo de contraer VIH | 64 | 29.8 | 104 | 48.4 | 39 | 18.1 | 5 | 2.3 | 3 | 1.4 |
| 4. Probabilidad de que mi pareja sexual contraerá el VIH | 67 | 31.2 | 80 | 37.2 | 44 | 20.5 | 17 | 7.9 | 7 | 3.3 |

Nota: $n=215$, f = Frecuencia, %= Porcentaje, MI= Muy improbable, I= Improbable, PP= Poco probable, P= Probable, MP= Muy probable

Estadística Inferencial

Para dar respuesta al objetivo general, el cual busca establecer la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento hacia el VIH/Sida en mujeres, se realizó el análisis de los datos mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman. Los resultados muestran que no existe correlación significativa entre las variables de interés ($r=.041$, $p=.545$).

Hallazgos Adicionales

Durante el análisis de correlación de los datos como hallazgos adicionales, se pudo observar que no se encontraron relaciones significativas de las variables percepción de riesgo y conocimientos acerca del VIH/Sida con las variables sociodemográficas.

Capítulo IV

Discusión

La infección por VIH/Sida se ha incrementado a nivel mundial en el grupo de mujeres (ONUSIDA, 2012), por lo que el conocimiento acerca del VIH/Sida y la percepción de riesgo han sido variables importantes para comprender el comportamiento de la enfermedad en las poblaciones de alto riesgo. A continuación se discuten los resultados obtenidos del objetivo general y de los específicos. Así mismo se presentan las conclusiones y recomendaciones.

El propósito del presente estudio fue determinar la relación que existe entre percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida en una muestra de 215 mujeres mayores de 19 años, utilizando como base algunos conceptos del MCS (Rosenstock et al., 1994). A pesar de los avances en el conocimiento del VIH/Sida a nivel mundial y de la difusión masiva de información en los medios de comunicación, en este estudio se encontró que más de la mitad de las mujeres encuestadas tienen conocimientos regulares acerca del VIH/Sida, lo que concuerda con lo reportado en estudios realizados en Colombia, Yucatán, México y Nicaragua (Collazos et al., 2012; Pavia et al., 2012; Ugarte et al., 2013). Es importante señalar que estos estudios fueron realizados en mujeres latinoamericanas, lo que pudiera explicar los resultados encontrados. Sin embargo existen estudios que reportan un porcentaje mayor de mujeres que poseen un nivel medio o suficiente de conocimientos de VIH (Vera et al., 2007; Villegas et al., 2012). Esto puede deberse a que la población estudiada posee un nivel educativo más bajo comparadas con las de estos estudios.

En relación a las preguntas que exploran conocimientos de VIH, se encontró que el mayor porcentaje de respuestas incorrectas obtenidas, corresponden a preguntas relacionadas con los mecanismos de transmisión y medidas de transmisión de VIH/Sida, situación que es similar a lo reportado por Pavia et al. (2012). Esto puede deberse a que

las mujeres no sienten la necesidad de obtener conocimientos debido a que tienen una relación monógama y no se perciben en riesgo. Otros factores pudieran ser las influencias sociales y culturales como son educación limitada, dependencia económica y subordinación, por lo que no hacen uso de los servicios de orientación sexual. Es importante enfatizar que algunos estudios han demostrado que las mujeres con alto nivel educativo y con conocimientos suficientes de VIH/Sida tienen mayor percepción de riesgo para la infección, comparadas con las mujeres que tienen niveles educativos bajos y conocimientos insuficientes.

En relación a la percepción de riesgo de VIH un porcentaje muy elevado de las mujeres de este estudio se perciben en bajo riesgo, este comportamiento coincide con lo reportado por otros investigadores, Fernández (2012); Ndola (2005); Ochako et al. (2013); Pavia et al. (2012) y Ramos et al. (2009), donde más de la mitad de las mujeres estudiadas se consideraron en riesgo bajo o nulo. Esto puede deberse a que las características de las de las participantes son similares a las encontradas en este estudio en cuanto a edad, escolaridad y estado civil. Otros factores que pudieran explicar los resultados pueden ser, que las respuestas estén influenciadas por lo que socialmente es aceptable, que la mujer considera que tener una relación monógama o tener una relación sexual estable no la expone al riesgo de infectarse.

Sin embargo, los resultados de nuestro análisis muestran que a pesar de que la mayor parte de las participantes se consideran en riesgo bajo, algunas mujeres creen que existe la probabilidad de que actualmente se encuentren infectadas con VIH, la probabilidad de infectarse con VIH en algún momento de su vida y la probabilidad de que su pareja sexual pueda contraer el VIH; lo cual puede compararse con otros estudios, donde se encontró que las mujeres consideran un riesgo alto de VIH cuando aceptan que su pareja tienen otra compañera sexual, a pesar de percibirse con riesgo bajo (Fernández, 2012; Pavia et al., 2012). Situación que debe considerarse importante debido a que la epidemia del Sida en México y en el mundo está incrementando en el

grupo de mujeres según datos de ONUSIDA (2012) y CENSIDA (2012).

En este estudio no se encontró relación significativa entre las variables percepción de riesgo y conocimiento acerca del VIH/Sida, lo que coincide con lo reportado por Fernández (2012), situación que puede deberse a que otros factores estén influyendo en las variables de estudio; como puede ser, que las respuestas estén influenciadas por lo que socialmente es aceptado sobre todo en los temas de sexualidad y el no considerarse en riesgo por tener una relación monógama en la mayoría de los casos. Sin embargo esto se contraponen a otros estudios muestran que el conocimiento está relacionado con el riesgo de adquirir VIH (Ochako et al., 2011; Ugarte et al., 2013).

En cuanto a la utilidad del MCS, este predice que las personas con baja susceptibilidad percibida pueden negar que estén en riesgo de contraer una enfermedad en particular, lo cual es congruente con los resultados obtenidos ya que las mujeres de nuestro estudio tienen baja percepción de riesgo de VIH y por lo tanto no se sienten amenazadas a contraerlo; situación que es preocupante, debido a que al no percibir el riesgo, no considerarán la posibilidad de realizar alguna acción preventiva. Una posible explicación a lo anterior, podría ser el hecho de que las mujeres pudieran atribuir el contagio del VIH a una imagen homosexual, o considerarla como una enfermedad propia de las personas que consumen drogas, mujeres con múltiples parejas sexuales o con conductas inmorales, por lo que este tipo de estereotipos no coinciden con la autopercepción de riesgo; por lo tanto éstas se consideran invulnerables al contagio de VIH/Sida. Por lo anterior es probable que la mujer no decida ejecutar una acción preventiva para disminuir el riesgo de VIH/Sida, debido a que para que ésta se perciba en riesgo deberá también creer que la enfermedad tiene una severidad moderada en su vida (tener contacto con la enfermedad o alguna experiencia previa), es decir que se sienta amenazada.

Por otra parte, la escala utilizada para medir la percepción de riesgo de VIH, no se ha utilizado en población de mujeres mexicanas, sin embargo de acuerdo con los

resultados referentes a la validez y confiabilidad del instrumento, se considera que es de utilidad aplicarla en otras en poblaciones mexicanas. Aunque no se consideró como objetivo establecer la relación de las variables percepción de riesgo y conocimiento de VIH/Sida con los datos sociodemográficos como: edad, escolaridad, estado civil y ocupación, no se encontraron relación significativa entre las variables antes mencionadas.

Conclusiones

En cuanto al conocimiento se encontró que las participantes tienen escasos conocimientos acerca del VIH/Sida, y que los porcentajes con mayor respuesta incorrecta corresponden a las preguntas relacionadas con las formas de transmisión y medidas de prevención del VIH/Sida. La mayor parte de las mujeres se perciben en bajo riesgo de VIH y una menor proporción se percibe en alto riesgo, sin embargo algunas consideran la probabilidad de estar actualmente infectadas con VIH o que su pareja pueda contraer el VIH.

Se puede concluir que en el presente estudio no se encontró relación entre percepción de riesgo y conocimiento de VIH/Sida, sin embargo se encontró como hallazgo adicional, que no hubo relación significativa de las variables antes mencionadas con los datos sociodemográficos.

Recomendaciones

Para futuros estudios se recomienda que se exploren las conductas sexuales de riesgo con la percepción de riesgo para evaluar el riesgo potencial que tienen las mujeres de infectarse por el virus del Sida en esta población, siguiendo con el uso de la Escala de Percepción de Riesgo de VIH de Lauby, et al. (2006), puesto que mostró confiabilidad y validez aceptable para este estudio. Por otra parte se sugiere continuar con el empleo del MCS utilizando los diferentes conceptos en conjunto, más que concentrarse en la

significancia de una variable, con la finalidad de conocer si el comportamiento es igual en las diferentes poblaciones.

Se sugiere implementar programas de intervención de enfermería de asesoramiento continuo, creativa e innovadora para la mujer, que permitan incrementar la conciencia del comportamiento sexual seguro y responsable. Partiendo de la premisa de que las mujeres son las principales transmisoras de educación en el hogar.

Referencias

- Burns, N., & Grove, S. (2012). *Diseño de Investigación*. (5ª. Ed.,). Investigación en Enfermería. (260-333), Elsevier España
- Cabrera, G., Tascón, J., & Lucumí, D. (2001). Creencias en Salud: historias, constructos y aportes al modelo, *Revista Facultad. Nacional de Salud Pública*, 19, 91-101.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (CENSIDA, 2012). Recuperado el 01 de enero del 2012, de http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/Informe%20Narrativo%202012_Mexico20120625.pdf
- Collazos, M., Echeverry, N., Molina, A., Canaval, G., & Valencia, C. (2005). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. *Colombia Médica*: 36(3), 50-57.
- Chávez, S., Desmaison, M., & Gutiérrez, R. (2009). El VIH/SIDA y su incidencia en la vida de las mujeres. *Biblioteca Nacional de Perú*. Primera ed. Lima Perú. Recuperado el 15 de junio del 2013, de <http://www.manuela.org.pe/wp-content/uploads/2009/05/54076385-El-VIH-Sida-y-su-incidencia-en-la-vida-de-las-Mujeres.pdf>
- Fernández, M. (2012). Relación entre el conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH y la percepción de riesgo de infección en Guayaquil, Ecuador. *Revista Chilena de Salud Pública*, 2, 107-114.
- Gallet, C. Maguis, C. Sacknoff, D., & Guli, L.(2008). Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/Sida en México. Serie Ángulos del SIDA, México: CENSIDA, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México (9, pp. 46-49). Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2008.pdf
- Herrera, C., & Campero, L. (2002). The vulnerability and invisibility of women facing

- HIV/AIDS: constant and changing issues. *Salud Pública México*; 6 (44), 554-564.
- Jemmott, J., Jemmott, L., & Fong, G. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health* 3(82), 372-377.
- Lauby, J., Bond, L., Eroglu, D., & Batson, H. (2006). Decisional Balance, Perceived Risk and HIV Testing Practices. *AIDS and Behavior*, doi: 10.1007/s10461-005-9029-7.
- Moreno, S., & Roales-Nieto, Gil. (2003). El Modelo de Creencias en Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.
- Ndola, B., Morris, L., Mazive, E., Vahidnia, F., & Stehr, M. (2006). Relationship between HIV risk perception and condom use: Evidence from a population-based survey in Mozambique. *International Family Planning Perspectives* 4(32), 192-200.
- Ochako, R., Ulwodi, D., Njagi, P., Kimetu, S., & Onyango, A. (2011). Trends and determinants of Comprehensive HIV and AIDS knowledge among urban young women in Kenya. *AIDS Research and Therapy* 11(8), 1-8. doi: 10.1186/1742-6405-8-11
- Pavía-Ruz, N., Góngora-Biachi, R., Vera-Gamboa, L., Moguel-Rodríguez, W., & González-Martínez, P. (2012). Conocimiento, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán México. *Rev Biomed*, 2 (23), 53-60.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2012). Informe mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012. Recuperado el 24 de junio del 2013, de

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2011).

Diez objetivos: Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2011: Objetivos y compromisos de erradicación.

Recuperado el 08 de junio del 2013, de

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2262_UNAIDS-ten-targets_sp.pdf

Ramos, W., Munive, L., Calderón, M., Velazco, S., & Velazco, M. (2009).

Características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. Período 2004-2006. *Revista Peruana de Epidemiología*. 13(3), 1-7.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

(2012). Recuperado el 05 de junio del 2013, de

http://www.cibiogem.gob.mx/Norm_leyes/Documents/normatividadSSA/071006RLSMIS.pdf

Rosenstock, I., Stretcher, V., & Becker, M. (1994). The Health belief model and HIV risk behavior. In Diclemente, R., & Peterson, J. (Ed), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp5-22). Plenum Press, New York.

Soto, M., Lacoste, M., Papenfuss, R., & Gutiérrez, A. (1997). El Modelo de Creencias en Salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 33-341. doi.org/10.1590/S1135-57271997000400002.

Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México, D. F. Recuperado el 28 de agosto del 2006, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.htm>

Tapia, V. E., Arillo, B., Allen, A., Angeles, Cruz, A., & Lazacano, E. (2008).

Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about

HIV/AIDS. *Archives of Medical Research*, 3, 334-343.

- Teva, I., Bermúdez, M.P., Ramiro, M.T., & Buena-Casa, G. (2012). Current epidemiological situation of HIV/AIDS in Latin America. Analysis of differences among countries. *Revista Médica de Chile*, 140(1), 50-58. doi:10.4067/S003498872012000100007
- Ugarte, W., Högberg, U., Valladares, E., & Essén, B. (2013). Assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS in Nicaragua: A community-level perspective. *Sexual & Reproductive Healthcare* 1(4), 37-44. doi: 10.1016/j.srhc.2012.11.001
- Uribe, A. F., Valderrama, L., Sanabria, A. M., Orcasita, L., & Vergara, T. (2009). *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 29-44.
- Vera, G., Góngora, B., Pavia, R., Flota, L., Lara, P., & Alonso, S. L. (2007). Prácticas sexuales y conocimientos sobre el sida en usuarias de planificación familiar en Mérida, Yucatán, México. *SIDA STUDI, ONG* 13(1), 19-27.
- Villegas, R., Ferrer, L., Cianelli, A., Miner, S., Lara, C. L., & Peragallo, N. (2011). Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(2), 222-229.

Apéndices

Apéndice A
Cédula de Identificación

1. Código de Identificación: _____
2. Cuáles es tu edad: _____ años
3. Ocupación: _____
4. Escolaridad en años: _____
5. Estado civil:
Casada _____ Unión Libre _____ Otro _____ Especificar _____
6. ¿Fuiste diagnosticado con VIH/Sida? 0. No Si

Apéndice B

Escala de Percepción de Riesgo de VIH (EPR)

(Lauby, Bond, Eroglu, & Batson, 2006)

Los cuestionamientos son acerca de la percepción de riesgo que usted siente de infectarse con VIH. Marque solo una respuesta, con la que usted más se identifique.

1. Que tan probable es que actualmente esté infectado con el VIH.

| | | | | |
|----------------|------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy Improbable | Improbable | Poco probable | Probable | Muy probable |

2. Probabilidad de infectarme con VIH en mi vida.

| | | | | |
|----------------|------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy Improbable | Improbable | Poco Probable | Probable | Muy Probable |

3. Probabilidad de que haya hecho cosas para aumentar el riesgo de contraer el VIH.

| | | | | |
|----------------|------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy Improbable | Improbable | Poco Probable | Probable | Muy Probable |

4. Probabilidad de que mi pareja sexual contraerá el VIH.

| | | | | |
|----------------|------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy Improbable | Improbable | Poco Probable | Probable | Muy Probable |

Apéndice C

Escala de Conocimientos sobre Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

(Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992)

| Preguntas | Opciones de Respuesta | | |
|---|--------------------------|---|----|
| | V | F | NO |
| | SABE | | |
| 1. Si tienes SIDA, es más probable que le den otras enfermedades. | | | |
| 2. Una persona puede tener el virus del SIDA y puede transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo. | | | |
| 3. Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas. | | | |
| 4. Tener relaciones sexuales anales (por el ano) con un hombre aumenta la posibilidad de contraer SIDA. | | | |
| 5. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer SIDA o ITS. | | | |
| 6. Se puede contagiar de SIDA si se comparte un lavamanos, ducha (regadera), o baño con alguien que tiene SIDA. | | | |
| 7. El virus de SIDA está presente en el semen. | | | |
| 8. El virus de SIDA está presente en la sangre. | | | |
| 9. El virus de SIDA está presente en el flujo vaginal. | | | |
| 10. El dispositivo (DIU) que las mujeres usan como método anticonceptivo funciona mejor que el condón en el hombre para prevenir el SIDA. | | | |

Apéndice D
Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del proyecto: PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA
EN MUJERES

Autor del estudio: Amelia Hernández de la Cruz

Director de tesis: Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Prólogo:

Estamos interesados en conocer la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento de VIH/Sida de la mujer, por lo que le estamos invitando a participar en este estudio, si usted acepta, dará respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario disponible dentro de sus actividades. Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, este instructivo le explicará el estudio, si usted decide participar, le pediremos que firme esta forma de consentimiento. Una copia de él se le entregará a usted.

Propósito del estudio:

El estudio pretende determinar si el conocimiento influye en la percepción de riesgo hacia el VIH/Sida en mujeres residentes del municipio de Villahermosa, Tabasco, México.

La información que comparta será usada para tratar de encontrar e implementar estrategias para disminuir el riesgo en mujeres de contraer VIH/Sida.

Se pretende entrevistar a:

Mujeres que asisten a la consulta del CESSA No. 1, en el turno matutino y vespertino. Por favor, lea esta forma y realice todas las preguntas que tenga antes de firmar este consentimiento para que sea parte de este grupo de estudio.

Descripción del estudio/ procedimiento:

Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado.

Los cuestionarios serán aplicados en del Centro de Salud, los cuales podrán ser contestados en aproximadamente 20 minutos. Se le protegerá cuidando en todo momento su privacidad, no identificándole por su nombre, ni dirección.

Además se le informa que esto no tendrá ninguna repercusión en su lugar de trabajo. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio en sus actividades laborales.

Riesgos e inquietudes:

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuerto o no desea seguir hablando del tema puede retirarse en el momento que usted lo decida.

Beneficios esperados:

En este estudio no existe un beneficio personal por participar, en un futuro con los resultados de este estudio se podrán diseñar e implementar estrategias a través de capacitación y desarrollo de intervenciones preventivas con mujeres, abonando a los esfuerzos de construir una sociedad más saludable libre de VIH/Sida.

Alternativas:

La única alternativa para este estudio implica no participar en el estudio.

Costos:

No hay ningún costo por participar en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que conocerán que usted participa en el estudio, son usted y la autora del estudio. Ninguna información sobre usted será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis o en un artículo científico pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que los cuestionarios que usted conteste son anónimos y la información es confidencial.

Derecho de retractar:

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no participar no afecta su relación actual con ninguna institución de salud o educativa. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos como profesional.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio por favor comunicarse con la autora principal del estudio la C. Amelia Hernández de la Cruz

Consentimiento:

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma del Participante

Firma del Investigador Principal

Firma del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Resumen Autobiográfico

Lic. Amelia Hernández de la Cruz

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE VIH/SIDA EN
MUJERES

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/Sida

Biografía

Nació en la ciudad de Macuspana Tabasco, el 14 de Junio de 1970; hija del Sr. Eucaris Hernández de la Cruz y Noris de la Cruz Alejo. Madre de Itzel Hanubi López Hernández.

Educación

Egresada de la Lic. En Enf. por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), Facultad de Enfermería en junio de 1998. Becada por el Hospital de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón para realizar estudios de Especialidad en Enfermería Pediátrica en el periodo 1994-1995. Maestría en Gestión de la Calidad por la Universidad Veracruzana del 2006-2008. Actualmente me encuentro realizando estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería en el periodo 2012-2014.

Experiencia laboral

Enfermera adscrita al Hospital de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón del 1990 a la fecha, con diversos cargos, enfermera jefe de turno del servicio de terapia intensiva pediátrica, supervisora de enfermería del turno nocturno, enfermera jefe de turno del servicio de medicina interna; enfermera jefe del servicio de urgencias y actualmente responsable del área de calidad en enfermería en el Departamento de Enseñanza e Investigación de Enfermería. Jefe de Enfermeras del Centro Infantil de Nutrición, de los programas de asistencia social del DIF, Tabasco, en el periodo 1995-

1998. Enfermera comunitaria del Centro de Salud Urbano Tierra, Colorada, Tabasco de 1998 al 2001. Instructor de Enseñanza Clínica de la UJAT del 2001 al 2003 y Profesor Investigador de Asignatura horas-semana del 2003 a la fecha. Socia activa de la Asociación de Enfermeras Pediátricas, A.C. y del Colegio de Enfermeras de Tabasco, A.C.

e-mail: ami06@hotmail.com