

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

“Asociación entre la etnicidad y el nivel de conocimientos sobre VIH en mujeres peruanas: Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, ENDES 2019”

AUTORES:

Bach. Amaya Mendoza, Carlos Miguel (*ORCID: 0000-0003-1236-5624*)

Bach. Ochoa Cuya, Abel George (*ORCID: 0000-0002-8001-137X*)

ASESOR:

Dr. Salazar Ramírez, Ricardo Segundo (*ORCID: 0000-0002-8941-7368*)

Nuevo Chimbote – Perú

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Revisado y V^oB^o de:

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Ricardo Salazar', is positioned above a horizontal line.

Dr. Ricardo Segundo Salazar Ramírez
ASESOR

DNI N° 16703360
ORCID: 0000-0002-8941-7368

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Revisado y V°B° de:

M.C. Mg. Lorenzo Emilio Pérez Luján
PRESIDENTE

DNI N° 32816855
ORCID: 0000-0001-6136-1668

M.C. Mg. Stephanie C. Alva Armas
SECRETARIA

DNI N° 45450378
ORCID: 0000-0001-5293-249X

M.C. Mg. Ricardo Segundo Salazar
Ramírez
INTEGRANTE

DNI N° 16703360
ORCID: 0000-0002-8941-7368

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD Y DE NO PLAGIO

Mediante la presente, Carlos Miguel Amaya Mendoza, identificado con DNI N° 73086261, y Abel George Ochoa Cuya, identificado con DNI N° 72323098, bachilleres en Medicina por la Universidad Nacional del Santa, y autores de la tesis titulada:

“ASOCIACIÓN ENTRE LA ETNICIDAD Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIH EN MUJERES PERUANAS: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA DE SALUD FAMILIAR, ENDES 2019”

DECLARAN BAJO JURAMENTO QUE:

La presente tesis, elaborada para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, es original, resultado de su dedicación personal, no ha sido copiada de otras investigaciones y se ha basado en ideas propias de los autores.

Se citó de forma clara y precisa a los autores y el año en el que realizaron su estudio, al momento de incluir fuentes bibliográficas, así como al requerir otra información con derecho de autor.

Al mismo tiempo, declaran que este trabajo de investigación no ha sido publicado anteriormente en alguna página o sitio web, ni ha sido usada para la obtención de algún grado académico o título.

Los autores son conscientes de que el hecho de no respetar los derechos de autor, así como hacer falsificación o plagio, son causas suficientes de sanciones universitarias, de modo que asumen cualquier responsabilidad que pudiera derivarse y comprobar de irregularidades en la tesis.

Nuevo Chimbote, 20 de febrero del 2023



Bach. Carlos Miguel Amaya Mendoza

TESISTA



Bach. Abel George Ochoa Cuya

TESISTA



ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

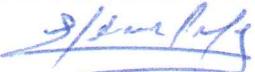
En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el Aula Magna 2 EPMH, siendo las 10:00 horas del día 17 de Febrero de 2023, dando cumplimiento a la Resolución N° 052-2023-UNS-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por M.C.-Mg. Lorenzo Perez Lujan, teniendo como miembros a M.C.-Mg. Alva Armas (secretario) (a), y M.C.-Mg. Ricardo Salazar Ramirez (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Médico Cirujano, realizado por el, (la), (los) tesista (as) Bach. Abel George Ochoa Cueva y Bach. Carlos Miguel Amaya Muroloza, quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:

Asociación entre la estinidad y el nivel de conocimiento sobre VIH en mujeres peruanas: Análisis de la encuesta demográfica de Salud Familiar, ENDES 2019.

Terminada la sustentación, el (ia), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Aprobado asignándole un calificativo de Quince puntos, según artículo 111° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente (Resolución N° 580-2022-CU.-R-UNS)

Siendo las 10:00 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad


Nombre: Lorenzo Perez Lujan


Nombre: Stephanie Alva Armas

DNE: 37816855
ORCID: 0000-0001-6136-1667

Presidente

DNE: 45450378
ORCID: 0000-0001-5293-249x

Secretario


Nombre: Ricardo Salazar Ramirez

Integrante

DNE: 16703360
ORCID: 0000-0002-8941-7368

Distribución: Integrantes J.E (3), tesis (2) y archivo (02).



DEDICATORIA

Abel Ochoa:

A mis padres. Abel Ochoa Bermúdez y María Cuya Laos por su apoyo incondicional desde el inicio de la carrera y a mi familia por siempre haber creído y confiado en mí.

Carlos Amaya:

A mis padres. Juan Raúl Amaya Villarreal y Dora Ysabel Mendoza Hernández por su apoyo incondicional a pesar de las adversidades y siempre haber confiado en mí. A mi hermana. Noelia Milagros Amaya Mendoza por su apoyo incondicional desde el inicio de mi formación.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro completo agradecimiento con nuestras familias por ser la base, sin la cual no podríamos estar cumpliendo nuestras metas profesionales y de vida en general.

Agradecemos también a nuestra universidad, docentes, compañeros, que nos brindaron un ambiente propicio y nos ayudaron en nuestra formación en esta etapa.

A nuestro asesor Ricardo Segundo Salazar Ramírez, por la guía y el apoyo para poder realizar esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTOS	6
ÍNDICE DE CONTENIDO	7
INDICE DE TABLAS	8
INDICE DE FIGURAS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. PROBLEMÁTICA	11
1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.3. OBJETIVO GENERAL	13
1.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
II. MARCO TEÓRICO	14
III. MATERIALES Y MÉTODOS	18
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN	41
VI. CONCLUSIONES	45
VII. RECOMENDACIONES	46
VIII. REFERENCIAS	47

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de mujeres peruanas en edad fértil incluidas en el estudio, ENDES 2019 (n=29.508; N=29,844,104).....	26
Tabla 2. Conocimientos sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019 (n=29.508).	28
Tabla 3. Características generales de mujeres peruanas en edad fértil según su etnicidad. 30	
Tabla 4. Características generales de mujeres peruanas en edad fértil según su idioma.	32
Tabla 5. Características generales de mujeres peruanas en edad fértil según el nivel de conocimientos sobre VIH.	34
Tabla 6. Modelos lineales generalizados crudos y ajustados de la familia de Poisson para la asociación entre etnicidad e idioma con el nivel de conocimientos adecuados sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil.....	37
Tabla 7. Modelos estratificados según la actividad sexual de la asociación entre etnicidad e idioma con el nivel de conocimientos adecuados sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil.....	39

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de la selección de la muestra.	25
----------------------------------------------------------	----

RESUMEN

Antecedentes: Los conocimientos sobre VIH pueden ser fundamentales en la prevención y control de la infección por VIH. Sin embargo, aún existen brechas de acuerdo con la diversidad étnica del Perú, y que estarían incrementadas en las mujeres, grupo clave en la lucha contra la infección por VIH.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la etnicidad y el idioma con el nivel de conocimientos sobre VIH en mujeres en edad fértil (MEF) del Perú.

Métodos: Estudio analítico de corte transversal de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2019. El nivel de conocimientos se categorizó en adecuados y no adecuados, en base a puntajes obtenidos de responder 18 preguntas sobre VIH disponibles en la ENDES. Consideramos a la etnia y el idioma como variables de exposición para reflejar la pertenencia a minorías étnicas. Además, consideraremos otras variables sociodemográficas como confusoras. Se construyeron modelos de regresión de Poisson para calcular las Razones de Prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa).

Resultados: Analizamos 29.509 MEF. La prevalencia de conocimientos adecuados sobre VIH fue del 26,88%. Tras ajustar por confusores, pertenecer a la etnia quechua (RPa: 0,76; IC 95%: 0.68-0.85; $p < 0,001$), aymara (RPa: 0,70; IC 95%: 0.55-0.89; $p = 0,004$), negra (RPa: 0,66; IC 95%: 0.56-0.78; $p < 0,001$), blanca (RPa: 0,75; IC 95%: 0.63-0.89; $p = 0,001$) o de otras razas (RPa: 0,54; IC 95%: 0.34-0.86; $p = 0,010$) se asoció con una menor prevalencia de conocimientos adecuados sobre VIH. Además, se encontró lo mismo, si el idioma era una lengua materna o nativa (RPa: 0,63; IC 95%: 0,52-0,76; $p < 0,001$).

Conclusión: La etnicidad y el idioma estuvieron asociadas a una menor probabilidad de conocimientos adecuados sobre VIH en MEF del Perú.

Palabras clave: Conocimientos; Infección por VIH; Mujeres; Etnia; Perú.

ABSTRACT

Background: Knowledge about HIV can be essential in preventing and controlling HIV infection. However, there are still gaps according to the ethnic diversity of Peru, and that would be increased in women, a key group in the fight against HIV infection.

Objective: To evaluate the association between ethnicity and language with the level of knowledge about HIV in women of childbearing age (WFC) in Peru.

Methods: Analytical cross-sectional study of the Demographic and Family Health Survey, ENDES 2019. The level of knowledge was categorized as adequate and inappropriate, based on scores obtained from responding to 18 questions about HIV available in the ENDES. We consider ethnicity and language as exposure variables to reflect belonging to ethnic minorities. In addition, we will consider other sociodemographic variables as confounding. Poisson regression models were built to calculate the crude Prevalence Ratios (cPR) and adjusted (aPR).

Results: We analyzed 29,509 MEF. The prevalence of adequate knowledge about HIV was 26.88%. After adjusting for confounders, belonging to the Quechua ethnic group (aPR: 0.76; 95% CI: 0.68-0.85; $p<0.001$), Aymara (aPR: 0.70; 95% CI: 0.55-0.89; $p=0.004$), black (aPR: 0.66; 95% CI: 0.56-0.78; $p<0.001$), white (aPR: 0.75; 95% CI: 0.63-0.89; $p=0.001$) or of other races (aPR: 0.54; 95% CI: 0.34-0.86; $p=0.010$) was associated with a lower prevalence of adequate knowledge about HIV. Furthermore, the same was found, whether the language was a mother tongue or a native language (aPR: 0.63; 95% CI: 0.52-0.76; $p<0.001$).

Conclusion: Ethnicity and language were associated with a lower probability of adequate knowledge about HIV in MEF of Peru.

Keywords: Knowledge; HIV infection; Women; Ethnicity; Peru.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. PROBLEMÁTICA

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) representa una epidemia importante en salud pública, cuya afección ataca al sistema inmunitario del cuerpo y si no es tratada puede causar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Division of HIV/AIDS Prevention, 2021). Además, esta condición afecta la calidad de vida de las personas (Miners et al., 2014) y está asociado a problemas psicosociales graves (Lofgren et al., 2020) que conducen a problemas de mala adherencia, fracaso del tratamiento y a la resistencia (Choi, 2013).

A nivel mundial, en el 2020, cerca de 37,7 millones de personas viven con VIH y desde el comienzo de la epidemia cerca de 36,3 millones de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA (United Nations Programme on HIV/aids. UNAIDS, 2021). Desde el 2010, las nuevas infecciones por el VIH han disminuido notablemente en un 53%. Asimismo, la mortalidad también se ha reducido en un 53% en mujeres y niñas y en un 41% en hombres y niños (United Nations Programme on HIV/aids. UNAIDS, 2021).

En América Latina, la realidad sobre la epidemiología de la infección por VIH es preocupante. Los números de casos nuevos registraron un aumento de 21% del 2010 al 2019, mientras que las muertes relacionadas al SIDA solo disminuyeron un 8% en la última década (United Nations Programme on HIV/aids. UNAIDS, 2021). Para el 2020, las mayores proporciones de personas viviendo con VIH se reportaron en Paraguay (44%), México (39%) y Panamá (38%); mientras que las menores proporciones fueron reportadas en Uruguay (10%), Perú (16%) y Ecuador (18%) (United Nations Programme on HIV/aids. UNAIDS, 2021).

En el Perú, la tasa de casos notificados de VIH y SIDA en el 2020 ha sido de 12,4 x 100000 habitantes (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC-Perú, 2021). Además, la mayor proporción documentada de casos de infección por VIH se concentran en la ciudad de Lima (44,10%), Ucayali (12,19%), Loreto (8,51%) y La Libertad (6,77%) (MINSa, 2020).

Si bien esta epidemia afecta a todo tipo de personas, presenta una mayor proporción en algunos grupos poblacionales clave tales como trabajadores sexuales y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas y

personas transgénero, cuya proporción en conjunto representa al 65% de las nuevas infecciones por VIH (United Nations Programme on HIV/aids. UNAIDS, 2021). Además, en relación al género, se ha observado aumentos progresivos de nuevos casos por VIH en las mujeres de algunas regiones (Birdthistle et al., 2019). Las mujeres pertenecen a un grupo vulnerable y preocupante en la lucha contra la infección por VIH. Esto principalmente se debe a la violencia de género y el limitado acceso a la salud a las que están expuestas, lo cual afectaría la participación en la prevención, atención y tratamiento de la infección por VIH (Leddy et al., 2019), y que finalmente, conduciría a peores desenlaces en salud.

Algunos estudios han identificado mayor riesgo de infección en minorías étnicas o grupos raciales/étnicos (Brodish, 2013; HIV.gov, 2022) y además presentan creencias, actitudes y prácticas como desconfianza médica y falta de adherencia a los tratamientos antirretrovirales (Dale et al., 2016; Gaston & Alleyne-Green, 2013; Kalichman et al., 2016), que finalmente dificultan la lucha contra la infección por VIH pero que requieren de mayor atención.

Los conocimientos sobre el VIH influyen las prácticas de prevención contra el VIH, es así que es una herramienta de vital importancia para las personas. En el Perú, se encontró que las mujeres en edad reproductiva con un nivel de conocimiento adecuado sobre VIH tuvieron mayores probabilidades a realizar prácticas como el uso del preservativo y haberse realizado una prueba diagnóstica para infección por VIH (Alarcon-Ruiz et al., 2020). Sin embargo, no se ha documentado cual es el estado del conocimiento de acuerdo a los diferentes grupos étnicos presentes en el Perú. Además, atendiendo a la necesidad de un aumento en el número de casos por parte de las mujeres, los conocimientos en ellas no tendrían por qué presentar disparidades y más aún si es que forman parte de diferentes grupos étnicos (Alexander, 2020).

Durante los últimos años, en el Perú se han incrementado las condiciones de acceso a la salud (Mezones-Holguín et al., 2019). Asimismo, el país está impulsando políticas de servicios de salud interculturales, como la traducción en lengua indígena de las indicaciones sanitarias frente al COVID-19 (Meneses-Navarro et al., 2020). Sin embargo, aún existen brechas significativas contra los grupos étnicos minoritarios.

1.1.1. Problema

¿Existe asociación entre la etnicidad y el idioma con el nivel de conocimientos sobre VIH en mujeres en edad fértil del Perú?

1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

De nuestro conocimiento, en el Perú, no se han realizado estudios que evalúen si la diversidad étnica es un factor que podría afectar al nivel de conocimientos sobre VIH. El contexto cultural influye en los valores y normas relacionadas con las actitudes y comportamientos hacia los servicios de salud y el acceso a estos. Asimismo, ante la evidente exclusión social y la discriminación, el acceso a programas de formación en materia de factores de riesgo, transmisión, prevención y diagnóstico de la infección por VIH representa una importante desventaja para las minorías étnicas. Por otro lado, de acuerdo a la ONUSIDA, las mujeres y niñas son las más afectadas, representando un grupo de población clave en donde intervenir. Dicho esto, es necesario brindar una mayor atención a los factores contextuales y sociodemográficos de las poblaciones que nos permita reducir las disparidades de salud en la infección por el VIH. Finalmente, la presente investigación servirá de evidencia para la orientación de futuras estrategias y políticas públicas que incluyen programas educativos en grupos vulnerables como el de las mujeres y el de las minorías étnicas. El objetivo de la presente investigación es evaluar los conocimientos sobre VIH según la diversidad étnica, evaluado por la etnia y el idioma, centrado en mujeres en edad fértil del Perú.

1.3. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación entre la etnicidad y el idioma con el nivel de conocimientos sobre VIH en mujeres en edad fértil del Perú.

1.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas y diversidad étnica (según raza e idioma) de las mujeres en edad fértil del Perú.
- Conocer la frecuencia del nivel de conocimientos sobre VIH en mujeres en edad fértil del Perú.
- Conocer la frecuencia del nivel de conocimientos sobre VIH según la etnicidad y el idioma en mujeres en edad fértil del Perú.

II. MARCO TEÓRICO

Poblaciones vulnerables: disparidades étnicas en la infección por VIH

Las disparidades étnicas relacionadas a la salud aún persisten y dependen del contexto nacional en el que se encuentre. Estas poblaciones vulnerables están expuestas a exclusión social y discriminación, sobre todo en países en vías de desarrollo. El perjuicio de estas situaciones a nivel global genera un retraso en indicadores de salud, reducen el bienestar de los individuos y disminuyen el progreso socioeconómico (Montenegro & Stephens, 2006).

A nivel mundial, en algunas regiones como en África Subsahariana, una de las regiones con mayor prevalencia de VIH en el mundo, se registró que la diversidad étnica en países como Malawi y Zambia fue un predictor significativo del estado serológico positivo para VIH (Brodish, 2013). Un estudio que evaluó la carga y determinantes del VIH e infecciones de transmisión sexual en una muestra poblacional de trabajadores sexuales en la India, identificó como uno de los factores determinantes a la etnia (Shahmanesh et al., 2009). En EE.UU., algunos grupos raciales/étnicos son los más afectados debido a sus altas tasas de infección por VIH, cuya prevalencia es desproporcionada en comparación con otros grupos raciales/étnicos (HIV.gov, 2022). Además, las tasas de infección en mujeres negras/afroamericanas registraron un aumento de 11 veces más en comparación que las mujeres blancas y 4 veces mayor que las mujeres latinas (HIV.gov, 2022).

Otro de los factores a considerar son las perspectivas y actitudes por parte de los diferentes grupos de minorías étnicas hacia la atención médica. Por ejemplo, en Estados Unidos, se reportó que la desconfianza médica se asoció a una baja adherencia del tratamiento antirretroviral contra el VIH (Kalichman et al., 2016). Esto probablemente se ha explicado por factores psicosociales internos como las creencias (Dale et al., 2016; Gaston & Alleyne-Green, 2013) y externos como las discriminación y exclusión social a la que están expuestos (Dong et al., 2022).

El Perú presenta una gran diversidad étnica y cuenta con 55 pueblos indígenas y 48 idiomas originarios (Base de datos de pueblos indígena y originarios, 2021b, 2021a). Los pueblos indígenas corresponden a 51 de la Amazonía y 4 de los Andes, mientras que las lenguas corresponden a 4 lenguas habladas en los Andes, principalmente el

quechua en todo el país, y a 44 lenguas habladas en la Amazonía (Base de datos de pueblos indígena y originarios, 2021b, 2021a).

Si bien durante los últimos años en el Perú ha aumentado la cobertura de acceso a un seguro de salud que protegen y velan por las condiciones socioeconómicas y étnicas de las poblaciones (Mezones-Holguín et al., 2019), aún se evidencian desventajas y disparidades relacionadas a la salud (Valdivia, 2012). Por ejemplo, las mujeres pertenecientes a las minorías étnicas como quechua y Aymara presentan desventajas en diferentes indicadores de salud materno-infantil (Abdul Hernández-Vásquez et al., 2019). De igual forma, se ha documentado el maltrato al hacer uso de los servicios de salud en pacientes quechua, Asháninca y Nomatsiguengas y en los pacientes del Valle del Mantaro, en la sierra central del Perú (Huayhua, 2006).

Conocimientos sobre VIH

El conocimiento sobre VIH en el mundo representa una herramienta útil en la prevención, manejo y control de la enfermedad. En general el estado de los conocimientos sobre VIH varía de acuerdo a la realidad de las naciones y los grupos poblacionales de donde se estudie. Influenciado principalmente por el acceso a la salud y educación, los conocimientos también se verían afectados por diferentes brechas sociales tales como la diversidad étnica y el género o identidad de género. Esto refleja la presencia de disparidades sociales con respecto a los conocimientos sobre VIH y si no se interviene sobre ello podría traer consecuencias importantes (Gutiérrez & Trossero, 2021).

En Pakistán, un estudio poblacional reportó que solo el 42% de las mujeres alguna vez casadas han oído hablar del VIH/SIDA, y de ellas el 68% tiene un buen conocimiento general sobre VIH/SIDA (Iqbal et al., 2019). En el Perú, en mujeres de 18 a 40 años sexualmente activas, el 67,15% tuvieron un buen nivel de conocimientos, mientras que el 55,73% tuvo buenas actitudes sobre VIH/SIDA (Salazar Saucedo, 2021).

Con respecto a los conocimientos relacionados a VIH, se han descrito algunos factores asociados a este. Un estudio en adolescentes realizados en un distrito de Lambayeque, Perú, evaluó los conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en colegios públicos y privados (Baca-Sánchez et al., 2019). Ellos resaltaron, la importancia de la educación escolar (68,1%) y el internet (44,6%) como fuente de información sobre VIH. Además, encontraron que, en colegios públicos, existían mayor

conocimientos en los factores de riesgo, mientras que en los colegios privados tenían mayor conocimiento en las formas de prevención (Baca-Sánchez et al., 2019). Por otro lado, un reciente estudio en mujeres peruanas evaluó los factores asociados al buen nivel de conocimientos y buenas actitudes frente a la infección de VIH/SIDA. Los únicos factores asociados con un buen nivel de conocimientos fueron vivir en área urbana comparado con vivir en área rural (89,67% vs. 10,33%) y tener un nivel de educación superior comparado con otros niveles de educación (51,49% vs. 48,51%), mientras que los factores que se asociaron con las buenas actitudes fueron tener pareja (92,01% vs. 7,99%), tener hijos (87,85% vs. 12,15%), contar con educación superior (44,57% vs. 55,43%) y la edad de inicio de relaciones sexuales mayor a 18 años (54,17% vs. 45,83%) (Salazar Saucedo, 2021).

En otras regiones, las tendencias sobre los factores asociados a un buen conocimiento son similares. En Pakistán, se estudió los determinantes del conocimiento general y las actitudes hacia la transmisión del VIH/SIDA entre mujeres alguna vez casadas a nivel nacional. Los factores encontrados fueron vivir en áreas urbanas, contar con al menos educación secundaria, contar con alta autonomía, pertenecer al quintil más rico y estar expuesto a los diferentes medios de comunicación (Iqbal et al., 2019). Asimismo, en población general de Nicaragua, los conocimientos insuficientes sobre VIH estaban asociados a un bajo nivel educativo, pobreza y vivir en área rural, especialmente entre mujeres (Ugarte et al., 2013).

Contar con un conocimiento adecuado sobre diferentes aspectos de la infección por VIH otorga la capacidad de identificar factores de riesgo y la consecuente modificación de actitudes y conductas sexuales de riesgo (Suárez Lugo & Aguilar Rivero, 2014). Por ejemplo, en mujeres sexualmente activas en edad reproductiva del Perú, se encontró una mayor probabilidad de uso de preservativo en la última relación sexual y haberse realizado una prueba diagnóstica para infección por VIH en aquellas que cuentan con un adecuado conocimiento sobre VIH (Aларcon-Ruiz et al., 2020). Sin embargo, en poblaciones vulnerables, a pesar de contar con conocimientos adecuados esto no se relacionaría con la disminución de prácticas sexuales de riesgo (Patrício et al., 2019; Taylor et al., 2015).

Un estudio poblacional de trabajadoras sexuales de la India, demostró que tener conocimientos sobre el VIH y el acceso a servicios gratuitos de ITS se asoció con una menor probabilidad de ITS (Shahmanesh et al., 2009). Por ello, los conocimientos sobre

VIH requieren de mayor atención por parte de las entidades gubernamentales y organismos salubristas que luchan contra la enfermedad.

Etnicidad y conocimientos sobre VIH

Ante la evidente desigualdad sobre los conocimientos de VIH, la etnicidad juega un rol importante para localizar y reconocer a las poblaciones vulnerables que requieren mayor atención en la lucha contra la infección por VIH. En una región de Occidente, mujeres de raza latina y negras mostraron menor conocimiento sobre VIH en comparación con los hispanos (Pullen et al., 2022). En Bolivia, se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas relativas a la prevención, formas de transmisión, identificación de síntomas y a la búsqueda del tratamiento sobre ITS (infecciones de transmisión sexual) y VIH en población indígena. Esta población refiere conocimientos vagos e imprecisos sobre cada aspecto, con tendencia a estigmatizar y orientar sus explicaciones por otras causas generalmente basado en sus creencias (Puig Borràs & Montalvo, 2011).

Asimismo, en Guatemala, un estudio en población adulta, encontró bajos niveles de conducta sexual de riesgo entre hombres y mujeres indígenas en comparación con otros encuestados. Sin embargo, también reportaron bajos niveles de conocimientos sobre VIH (Taylor et al., 2015). Si bien los grupos socialmente vulnerables no presentaron un riesgo elevado de infectarse por VIH, los niveles de conocimiento son alarmantes y requieren de atención en una realidad que está en constante crecimiento y en proceso de globalización.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal analítico, de tipo análisis secundario de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2019.

Población de estudio

La población está compuesta por personas de edad mayor o igual a 12 años de edad de todos los departamentos del Perú.

Unidad de análisis

Mujeres en edad fértil (de 12 a 49 años) de todos los departamentos del Perú.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil (de 12 a 49 años) residentes de la región y zona encuestada. En esta sección, es importante mencionar que la ENDES excluyó a aquellas personas que no estuvieron en su vivienda el día anterior a la encuesta y a los visitantes que se quedaron la noche antes de la realización de esta.
- Mujeres que respondieron el Cuestionario Individual de la ENDES 2019.

Criterios de exclusión

- Mujeres que se encuentren en estado de gestación o embarazo en el momento de la encuesta.
- Mujeres que tengan datos faltantes en algunas de las secciones del Cuestionario Individual, necesarias para el presente estudio.

Diseño muestral

Muestra

El tamaño muestral de la ENDES 2019 fue de 36,760 viviendas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019a).

Tipo de muestreo

La ENDES es una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú anualmente. El muestreo es de tipo aleatorio y complejo. La muestra es bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019a).

En zonas rurales, las unidades primarias de muestreo (UPM) están constituidas por conglomerados y el área de empadronamiento rural (AER); mientras que las unidades secundarias de muestreo (USM) corresponde a la vivienda particular que integra la UPM. En zonas urbanas, la UPM es el conglomerado; y la USM es la misma que en las zonas rurales (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019b).

Potencia estadística

Para el cálculo de la potencia estadística se utilizó Epidat v4.2 y se consideró lo siguiente:

- “n” de 29,508 encuestados
- Error estándar = 5%
- Proporción de conocimientos adecuados de 67,16% para el grupo expuestos (mestizas) y 83,62% para el grupo no expuesto (no mestizas).

El resultado de la potencia estadística fue **100%**.

Técnicas para la recolección de datos

El marco muestral de la ENDES lo constituyó la información de los Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda del año 2007 y la Actualización SISFOH 2012-2013 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019a).

La metodología de recolección de datos de la ENDES fue a partir de entrevista directa, realizada por un personal capacitado utilizando un cuestionario escrito. Se ubicaron a las unidades de muestreo; se les explicó el procedimiento y objetivos; y finalmente se entregó un consentimiento informado para que firmen en caso desearon participar.

La ENDES aplicó tres cuestionarios para cubrir los temas relevantes para la salud pública (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019a). El primer cuestionario es el Cuestionario del Hogar, el cual contiene información demográfica, de la vivienda, de programas sociales no alimentarios, de programas sociales alimentarios, de antropometría, de nivel de hemoglobina y sobre la prueba de yodo en la sal y prueba de cloro residual en el agua. El segundo cuestionario es el individual de la mujer, el cual contiene información demográfica, social, de historia reproductiva, del uso de anticonceptivos, de atención perinatal, del embarazo/lactancia, de inmunización, de insuficiencia respiratoria/enfermedad diarreica aguda, de desarrollo infantil temprano, de discapacidad, de nupcialidad, de preferencia de fecundidad, del cónyuge, de experiencia laboral, de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, de mortalidad materna y violencia doméstica. El tercer cuestionario es el Cuestionario de Salud, el cual contiene información sobre antecedente médicos, hipertensión, diabetes, factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, salud ocular, salud bucal, prevención y control de cáncer, tuberculosis, virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida, antropometría y presión arterial.

Los informantes del Cuestionario del Hogar fueron el jefe del hogar o adulto presente. Los informantes del Cuestionario Individual fueron las mujeres de edad entre 12 y 49 años. Los informantes del Cuestionario de Salud fueron las personas de 15 años a más de edad.

Procedimientos

La data que será analizada fue obtenida de los registros correspondientes al Cuestionario Individual de la Mujer. Las secciones que se usaron fueron: Conocimientos de VIH y uso de condón (Módulo 72; RE758081), Datos básicos de Mujeres en Edad Reproductiva (MER) (Módulo 66; REC0111 y REC91), Inmunización y Salud (Módulo 70; REC42) y Nupcialidad (Módulo 71; RE516171).

Las bases seleccionadas fueron unidas utilizando el identificador común "CASEID" entre las bases. Primero, se utilizó a la base RE758081 como base maestra (de referencia), para luego unir las bases REC0111, REC91, REC42 y RE516171. Se excluyeron las observaciones de las bases que no lograron encontrar un par (matching) con la base maestra RE758081.

Variables

Nuestra variable dependiente o de desenlace es el nivel de conocimientos sobre VIH. Para su construcción, empleamos 18 preguntas disponibles en la ENDES sobre factores de riesgo, transmisión (sexual, materna y no sexual), prevención (uso de preservativo) y diagnóstico de la infección por VIH. De estas preguntas, consideramos las respuestas correctas para cada pregunta y, en caso de responder a alguna pregunta con "No sé/No responde", se consideró como una respuesta incorrecta. Luego, los puntajes se dividieron en terciles, y se consideró como un conocimiento adecuado sobre VIH a aquellas mujeres que obtuvieran un puntaje perteneciente al tercil superior. El conocimiento no adecuado sobre VIH, estuvo presente en aquellas mujeres que obtuvieran un puntaje perteneciente a los dos terciles inferiores.

La variable de exposición principal para evaluar la asociación con el desenlace es la etnicidad (mestiza, quechua, aymara, nativa de la Amazonía, blanca, negra y otras razas). Esta variable fue construida a partir de las respuestas por parte del encuestado a la pregunta: "Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres. Usted se siente o se considera:". Las posibles respuestas fueron: quechua, aymara, nativo o indígena de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originaria, negro/moreno/zambo/mulato/pueblo afroperuano o afrodescendiente, blanco, mestizo, otras razas. Las respuestas de "No sabe/No responde" fueron excluidas.

Además, las variables confusoras de acuerdo a literatura que consideramos fueron: edad categorizada (12-25 años, 26-35 años, 36-49 años), estado civil (soltera, conviviente, casada, viuda, divorciada/separada), nivel de educación (educación primaria o inferior, secundaria, superior no universitaria, superior universitaria), índice de riqueza (muy pobre, pobre, medio, rico, muy rico), región de procedencia (Lima metropolitana, resto de la costa, sierra, selva), zona de procedencia (rural, urbano), seguro de salud (sí, no).

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores
Nivel de conocimientos de VIH	Contar con conocimientos sobre factores de riesgo, transmisión (sexual, materna y no sexual), prevención (uso de preservativo) y diagnóstico de la infección por VIH.	Cualitativa dicotómica	Terciles del puntaje obtenido de responder 18 preguntas disponibles en ENDES	Nominal	No adecuado Adecuado
Etnicidad	Autoreporte sobre pertenencia a algún grupo étnico de acuerdo con las costumbres y antepasados.	Cualitativa politómica	Reporte de la mujer sobre su etnicidad	Nominal	Mestiza Quechua Aymara Nativas de la Amazonía Negra Blanca Otras razas
Idioma	Lengua primaria adquirida durante la infancia, y que normalmente se utiliza en la comunicación cotidiana y en la transmisión de conocimientos y cultura dentro de una comunidad.	Cualitativa politómica	Idioma o lengua materna con el que aprendió hablar en su niñez autoreportado por la encuestada.	Nominal	Castellano Nativo Extranjero
Edad categorizada	Años cumplidos al momento de la encuesta, categorizada en deciles.	Cualitativa politómica	Años	Nominal	12-25 años 26-35 años 36-49 años
Estado civil	Estado de unión de la mujer al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa politómica	Situación marital	Nominal	Soltera Conviviente

					Casado Viuda Divorciada/Separado
Nivel de educación	Máximo nivel educativo alcanzado por la mujer al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa politómica	Nivel educativo según el máximo año académico alcanzado	Ordinal	Primaria o inferior Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria
Índice de riqueza	Índice compuesto que otorga un nivel socioeconómico específico al Hogar, a partir de las características de la vivienda y de la disponibilidad de determinados bienes de consumo duradero.	Cualitativa politómica	Nivel socioeconómico, categorizado según el INEI	Ordinal	Muy pobre Pobre Medio Rico Muy rico
Región de procedencia	Lugar en la cual la mujer residía al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa politómica	Región geográfica del Perú	Nominal	Lima metropolitana Resto de la costa Sierra Selva
Zona de procedencia	Zona en la cual la mujer residía al momento de realizada la encuesta, definida según el número y distribución de viviendas y habitantes.	Cualitativa Dicotómica	Zona en la cual la mujer reside actualmente, con un contexto sociocultural específico	Nominal	Urbano Rural
Seguro de salud	Contar con acceso a algún establecimiento de salud y que sea subvencionado de manera particular o por el estado.	Cualitativa dicotómica	Reporte de la mujer de contar con seguro privado, SIS, EsSalud, FFAA o PNP	Nominal	No Sí

Análisis estadísticos

Se descargaron las bases de datos de la ENDES 2019 en formato SPSS, luego se exportó y analizó con STATA v16.0 (TX, StataCorp LP). Los patrones de muestreo se analizaron de acuerdo con el estrato y factor de ponderación tomando en cuenta el diseño muestral complejo de la ENDES, utilizando el comando svyset y svy.

Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes para el análisis descriptivo. Las variables numéricas se expresaron en media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico) dependiendo de su normalidad, según la curtosis, asimetría, media, mediana, histograma.

Para determinar si existen diferencias significativas entre las variables categóricas, utilizamos la prueba de Chi cuadrado con corrección de Rao Scott para muestreo complejo. Para conocer estas diferencias en las variables cuantitativas, utilizamos la prueba T de Student o prueba de U de Mann-Whitney.

Para conocer las asociaciones entre las variables independientes y el desenlace se construyeron modelos de regresión de Poisson (Barros & Hiraikata, 2003) para calcular las Razones de Prevalencia crudas (RPC) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). El primer modelo fue una regresión bivariada, mientras que el segundo modelo fue ajustado por las variables confusoras según un enfoque epidemiológico. Para evaluar la colinealidad, determinamos los factores de inflación de la varianza (FIV). Finalmente se construyeron modelos estratificados de acuerdo a si son sexualmente activas o no. Se consideró un valor p menor a 0.05 como estadísticamente significativo para todos los análisis.

Aspectos éticos

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional del Santa. Este estudio no trabaja directamente con sujetos humanos dado que utilizamos datos secundarios disponibles y de libre acceso en la página web del INEI (<http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>). Las bases de datos son descargables sin identificadores, por lo que la información de los participantes es confidencial. Además, todos los participantes brindaron su consentimiento informado para ser encuestado.

IV. RESULTADOS

Selección de la muestra

Se excluyeron 1.135 mujeres de las 33.311 personas que fueron entrevistadas por estar embarazadas y 2.668 por no presentar datos completos para las variables de interés. Por lo tanto, se analizaron 29.508 MEF que representan una población expandida de 29.844.104 MEF (**Figura 1**).

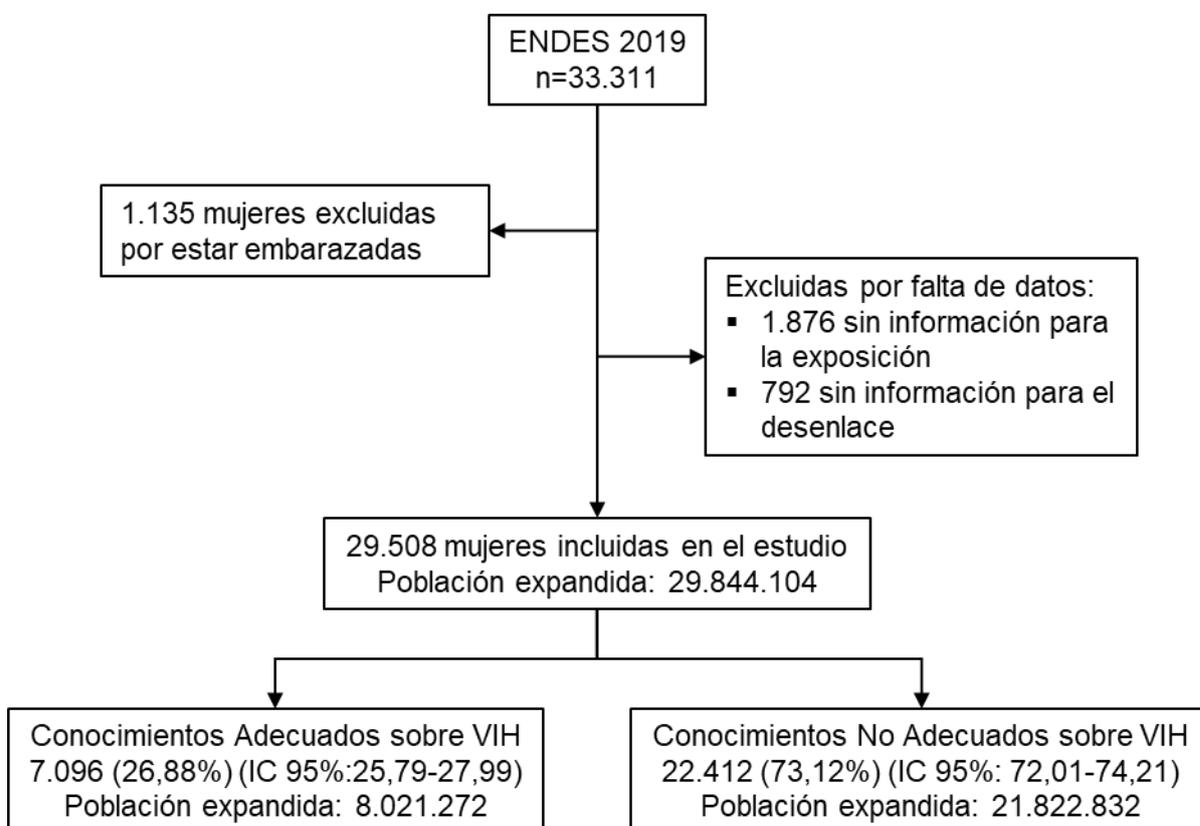


Figura 1. Flujograma de la selección de la muestra.

Características generales de la población de estudio.

Entre todas las participantes, la edad promedio fue de 31,35 años. La mayoría tenía estudios secundarios como nivel educativo alcanzado (44,67%), el 34,53% era conviviente y el 71,93% contaba con un seguro de salud. La mayoría presentó un índice de riqueza de nivel medio (21,74%), el 83,97% vivía en un área urbana de residencia y el 40,61% pertenecía a Lima Metropolitana. Asimismo, más de la mitad de los participantes (52,58%) se consideraba de etnia mestiza, 24,67% quechua, 10,88% negra y el porcentaje restante pertenecía a otras etnias. El 86,54% de la población de estudio hablaba castellano, el 13,32% hablaba una lengua nativa y el porcentaje restante hablaba

una lengua extranjera. La frecuencia de conocimientos adecuados sobre VIH fue del 26,88% en la población de estudio (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de mujeres peruanas en edad fértil incluidas en el estudio, ENDES 2019 (n=29.508; N=29,844,104).

Características	Frecuencias absolutas	Proporciones ponderadas*	
	n	%	IC 95%
Edad (años)			
Promedio (IC 95%)	31,35	31,15-31,54	
13-25	9830	33,54	32,59-34,51
26-35	10212	28,76	27,63-29,93
36-49	9466	37,69	36,66-38,74
Nivel de educación			
Primaria o inferior	5333	14,27	13,58-14,99
Secundaria	13965	44,67	43,46-45,89
Superior no universitaria	5252	18,56	17,65-19,52
Superior universitaria	4958	22,50	21,36-23,60
Estado civil			
Soltera	6706	32,42	31,35-33,51
Conviviente	13258	34,53	33,46-35,62
Casada	5930	19,38	18,48-20,31
Viuda	57	0,17	0,12-0,25
Divorciada	3557	13,50	12,73-14,31
Seguro de salud			
No	6361	28,07	26,75-29,43
Si	23147	71,93	70,57-73,25
Índice de riqueza			
Muy Pobre	7245	15,24	14,55-15,96
Pobre	7640	19,89	18,86-20,97
Medio	6162	21,74	20,62-22,91
Rico	4832	21,45	20,16-22,79
Muy Rico	3629	21,68	20,33-23,09
Área de residencia			
Urbana	21616	83,97	83,29-84,62
Rural	7892	16,03	15,38-16,71
Región geográfica de residencia			
Lima Metropolitana	4004	40,61	39,11-42,14
Resto de la costa	9057	24,09	23,09-25,11
Sierra	9568	23,17	22,08-24,30
Selva	6879	12,13	11,42-12,88
Etnicidad			
Mestiza	13747	52,58	51,29-53,87
Quechua	8669	24,67	23,58-25,80
Aymara	978	1,95	1,63-2,35
Nativa de la Amazonía	500	0,84	0,66-1,07
Negra	3271	10,88	10,20-11,59
Blanca	1920	7,63	6,99-8,33
Otras razas	423	1,44	1,19-1,75
Idioma			

Castellano	23709	86,53	85,78-87,24
Nativo	5772	13,32	12,61-14,05
Extranjero	27	0,16	0,07-0,36
Conocimientos sobre VIH			
No adecuados	22412	73,12	72,01-74,21
Adecuados	7096	26,88	25,79-27,99

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

*Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño del muestreo de la encuesta compleja.

Conocimientos sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil.

El 100% de las mujeres encuestadas respondieron correctamente a la pregunta sobre el haber oído del VIH y, además del SIDA, haber oído hablar de (otras) infecciones que se pueden transmitir a través de las relaciones sexuales. Por el contrario, la menor proporción de respuestas correctas eran las que preguntaban sobre la transmisión del VIH de madre al niño durante el parto (19,01%) y la lactancia (28,04%). Además, se observaron menores porcentajes en las formas de transmisión del VIH (Tabla 2).

Tabla 2. Conocimientos sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019 (n=29.508).

Pregunta	Respuesta correcta		
	n	%	IC 95%
¿Ud. ha oído hablar de la infección por VIH?	29508	100,00	---
¿Conoce usted algún lugar donde una persona pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA (VIH)?	29027	97,36	96,91-97,75
¿Cree Ud. que una persona puede hacer algo para prevenir el virus que causa el SIDA (VIH)?	26994	92,85	92,33-93,35
¿Cree Ud. que las personas que adquirieron el virus que causa el SIDA (VIH) fue por castigo divino?	25250	88,32	87,63-88,97
¿Cree Ud. que las personas tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH), si tienen una sola pareja sexual que no esté infectado y que no tenga otras parejas?	25561	87,61	86,89-88,30
¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa el SIDA (VIH)?	23777	82,80	81,99-83,57
¿Cree Ud. que las personas que usan condón tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	23882	81,35	80,44-82,22
¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por dar un abrazo, beso o caricias a una persona infectada?	22593	81,22	80,38-82,02
¿Conoce un lugar donde podría conseguir un condón?	21318	74,74	73,74-75,72
(Aparte del SIDA), ¿Ud. ha oído hablar de (otras) infecciones que se pueden transmitir a través de las relaciones sexuales?	29508	100,00	---
¿Cree Ud. que las personas que no tienen relaciones sexuales tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)?	22299	74,36	73,30-75,39
¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) compartiendo utensilios como cubiertos, vasos, etc. con una persona infectada?	19124	68,35	67,29-69,39

¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por compartir baños, duchas y/o piscinas?	18021	65,42	64,32-66,50
¿El virus que causa el SIDA (VIH), puede ser transmitido de una madre infectada al niño durante el embarazo?	16385	58,56	57,40-59,72
¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el SIDA (VIH) por la picadura de un mosquito?	11305	40,66	39,47-41,86
¿Conoce dos o más ITS aparte del SIDA (VIH)?	9174	34,42	33,21-35,64
¿El virus que causa el SIDA (VIH), puede ser transmitido de una madre infectada al niño durante la lactancia?	9178	28,40	27,34-29,48
¿El virus que causa el SIDA (VIH), puede ser transmitido de una madre infectada al niño durante el parto?	5234	19,01	18,01-20,06

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Características generales según la etnicidad y el idioma.

Con respecto a la etnia, el análisis bivariado mostró diferencias estadísticamente significativas para todas las características sociodemográficas (edad, nivel de educación, estado civil, seguro de salud, índice de riqueza, área de residencia y región geográfica de residencia). La prevalencia de conocimientos adecuados sobre VIH fue mayor para la población mestiza (34,70%), seguida de la blanca (21,45%), de la nativa de la Amazonía (19,24%) y de la quechua (19,06%). Asimismo, la menor prevalencia de población con conocimientos adecuados sobre VIH estuvo presente en la etnia negra (14,44%), aymara (15,90%) y de otras razas (17,04%) (Tabla 3).

Tabla 3. Características generales de mujeres peruanas en edad fértil según su etnicidad.

Características	Etnicidad														valor p
	Mestiza n=13747		Quechua n=8669		Aymara n=978		Nativa de la Amazonía n=500		Negra n=3271		Blanca n=1920		Otras razas n=423		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Conocimientos sobre VIH															<0,001
No adecuados	9232	65,30	7235	80,94	813	84,10	431	80,76	2764	85,56	1582	78,55	355	82,96	
Adecuados	4515	34,70	1434	19,06	165	15,90	69	19,24	507	14,44	338	21,45	68	17,04	
Edad (años)															<0,001
13-25	4655	35,51	2760	30,23	273	29,41	206	39,62	1139	35,07	677	30,75	120	24,03	
26-35	4816	28,46	2994	28,83	349	27,14	164	31,83	1121	28,74	619	30,14	149	31,77	
36-49	4276	36,03	2915	40,94	356	43,45	130	28,55	1011	36,18	624	39,11	154	44,20	
Nivel de educación															<0,001
Primaria o inferior	1346	7,80	2111	19,49	155	16,01	184	33,80	954	27,76	489	19,53	94	17,38	
Secundaria	6218	42,08	4156	47,17	553	54,01	237	47,78	1664	48,66	932	46,92	205	40,01	
Superior no universitaria	3036	22,07	1280	16,35	141	10,70	52	8,65	423	13,15	253	12,86	67	15,94	
Superior universitaria	3147	28,04	1122	16,99	129	19,28	27	9,77	230	10,43	246	20,70	57	26,67	

Estado civil															<0,001
Soltera	3485	35,82	1808	29,26	168	28,89	77	22,77	682	28,64	417	28,28	69	23,11	
Conviviente	5801	32,02	3989	37,40	476	34,34	339	57,81	1590	38,56	858	33,80	205	37,29	
Casada	2674	18,61	1980	21,06	214	25,27	37	10,42	559	18,08	374	20,06	92	22,14	
Viuda	21	0,12	25	0,28	1	0,51	0	0,00	5	0,11	5	0,22	0	0	
Divorciada	1766	13,43	867	12,00	119	10,98	47	9,00	435	14,61	266	17,64	57	17,47	
Seguro de salud															0,021
No	3323	29,26	1576	27,85	257	31,77	67	16,68	636	23,25	411	27,64	91	28,71	
Si	10424	70,74	7093	72,15	721	68,23	433	83,32	2635	76,75	1509	72,36	332	71,29	
Índice de riqueza															<0,001
Muy Pobre	1834	8,02	3269	22,97	207	27,03	351	60,29	970	24,63	488	17,15	126	23,10	
Pobre	3253	16,91	2449	24,35	277	22,03	90	17,11	1003	25,87	481	18,23	87	14,82	
Medio	3224	22,10	1490	21,66	283	22,75	25	3,31	661	22,89	383	19,73	96	21,36	
Rico	2923	24,64	960	18,26	161	20,47	18	15,38	392	14,84	305	20,24	73	20,60	
Muy Rico	2513	28,33	501	12,75	50	7,72	16	3,91	245	11,77	263	24,64	41	20,12	
Área de residencia															<0,001
Urbana	11663	91,28	5112	75,56	709	71,67	169	44,06	2307	75,73	1374	81,46	282	76,53	
Rural	2084	8,72	3557	24,44	269	28,33	331	55,94	964	24,27	546	18,54	141	23,47	
Región geográfica de residencia															<0,001
Lima Metropolitana	2526	48,28	764	33,93	28	11,94	24	24,22	304	23,96	318	42,93	40	37,16	
Resto de la costa	5241	26,76	824	8,43	551	26,96	19	3,19	1555	44,24	690	27,92	177	30,51	
Sierra	1991	11,15	5897	49,85	367	59,07	3	0,50	693	19,50	501	18,43	116	22,33	
Selva	3989	13,82	1184	7,79	32	2,03	454	72,09	719	12,31	411	10,72	90	10,00	

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño del muestreo de la encuesta compleja.

*Se refiere a la significancia estadística obtenida de la comparación de proporciones entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

Al evaluar las diferencias entre las características sociodemográficas según el idioma, todas las variables mostraron diferencias estadísticamente significativas. Además, la prevalencia de conocimientos adecuados fue mayor para el grupo de idioma extranjero (54,93%) y menor para el grupo de idioma castellano (29,49%) y nativo (9,56%) (Tabla 4).

Tabla 4. Características generales de mujeres peruanas en edad fértil según su idioma.

Características	Idioma						valor p
	Castellano n=23709		Nativo n=5772		Extranjero n=27		
	n	%	n	%	n	%	
Conocimientos sobre VIH							<0,001
No adecuados	17119	70,51	5276	90,44	17	45,07	
Adecuados	6590	29,49	496	9,56	10	54,93	
Edad (años)							<0,001
13-25	8352	35,75	1474	19,54	4	8,21	
26-35	8250	28,84	1949	28,11	13	43,22	
36-49	7107	35,42	2349	52,35	10	48,58	
Nivel de educación							<0,001
Primaria o inferior	3070	10,65	2254	37,84	5	9,11	
Secundaria	11197	44,12	2762	48,71	6	7,78	
Superior no universitaria	4725	20,08	524	8,76	3	12,66	
Superior universitaria	4713	25,15	232	4,69	13	70,45	
Estado civil							<0,001
Soltera	5925	35,17	779	14,87	2	6,39	
Conviviente	10294	32,6	2952	47,31	12	16,89	
Casada	4410	18,21	1511	26,39	9	67,24	
Viuda	34	0,13	22	0,44	1	0,38	
Divorciada	3046	13,89	508	10,99	3	9,11	
Seguro de salud							0,016
No	5535	28,85	819	22,91	7	34,08	
Si	18174	71,15	4953	77,09	20	65,92	
Índice de riqueza							<0,001
Muy Pobre	4168	11,49	3072	39,71	5	6,73	
Pobre	6067	18,62	1567	28,29	6	10,07	
Medio	5427	22,35	732	17,95	3	7,04	
Rico	4517	23,42	310	8,82	5	6,39	
Muy Rico	3530	24,12	91	5,22	8	69,78	
Área de residencia							<0,001
Urbana	19304	87,73	2563	59,45	19	87,46	
Rural	4675	12,27	3209	40,55	8	12,54	
Región geográfica de residencia							<0,001
Lima Metropolitana	3696	43,18	304	23,61	4	66,72	
Resto de la costa	8387	26,57	661	8,01	9	20,35	
Sierra	5743	17,92	3821	57,53	4	3,07	
Selva	5883	12,33	986	10,85	10	9,86	

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño del muestreo de la encuesta compleja.

*Se refiere a la significancia estadística obtenida de la comparación de proporciones entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

Características generales según los conocimientos sobre VIH

En cuanto a la relación entre los conocimientos sobre VIH y las características sociodemográficas de la población de estudio, el análisis bivariado encontró diferencias estadísticamente significativas en todos ellos excepto en el seguro de salud ($p > 0,05$). Los conocimientos adecuados sobre VIH fueron mayores para el grupo de mestizos (34,70%), seguido de la etnia blanca (21,45%), nativa de la Amazonía (19,24%), quechua (19,06%), otras razas (17,04%), aymara (15,90%) y negra (14,44%). Además, estos conocimientos fueron mayores para el grupo con idioma extranjeros, seguido del idioma castellano (29,49%) y nativo (9,56%) (Tabla 5).

Tabla 5. Características generales de mujeres peruanas en edad fértil según el nivel de conocimientos sobre VIH.

Características	Conocimientos sobre VIH						valor p
	Adecuados n=7096			No adecuados n=22412			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Etnicidad							<0,001
Mestiza	4515	34,70	33,05-36,40	9232	65,30	63,60-66,95	
Quechua	1434	19,06	17,30-20,96	7235	80,94	79,04-82,70	
Aymara	165	15,90	12,15-20,53	813	84,10	79,47-87,85	
Nativa de la Amazonía	69	19,24	10,64-32,27	431	80,76	67,73-89,36	
Negra	507	14,44	12,35-16,82	2764	85,56	83,18-87,64	
Blanca	338	21,45	17,90-25,49	1582	78,55	74,51-82,10	
Otras razas	68	17,04	10,01-27,50	355	82,96	72,50-89,99	
Idioma							<0,001
Castellano	6590	29,49	28,30-30,71	17119	70,51	69,29-71,70	
Nativo	496	9,56	7,96-11,44	5276	90,44	88,56-92,04	
Extranjero	10	54,93	18,62-86,66	17	45,07	13,34-81,38	

Edad (años)								<0,001
13-25	1856	21,29	19,67-22,99	7974	78,71	77,01-80,33		
26-35	2914	32,19	30,25-34,20	7298	67,81	65,80-69,75		
36-49	2326	27,80	25,99-29,68	7140	72,20	70,32-74,01		
Nivel de educación								<0,001
Primaria o inferior	254	5,80	4,53-7,39	5079	94,20	92,61-95,47		
Secundaria	2439	17,90	16,62-19,26	11526	82,10	80,74-83,38		
Superior no universitaria	1979	37,56	34,94-40,25	3273	62,44	59,75-65,06		
Superior universitaria	2424	49,26	46,41-52,11	2534	50,74	47,89-53,59		
Estado civil								<0,001
Soltera	1489	25,98	24,03-28,00	5217	74,02	71,97-75,97		
Conviviente	3006	24,14	22,67-25,68	10252	75,86	74,32-77,33		
Casada	1618	30,83	28,23-33,56	4312	69,17	66,44-71,77		
Viuda	12	20,33	9,71-37,72	45	79,67	62,28-90,29		
Divorciada	971	30,44	27,25-33,83	2586	69,56	66,17-72,74		
Seguro de salud								0,267
No	1722	27,85	25,80-29,99	4639	72,15	70,01-74,20		
Si	5374	26,50	25,26-27,78	17773	73,50	72,22-74,74		
Índice de riqueza								<0,001
Muy Pobre	621	7,62	6,77-8,56	6624	92,38	91,44-93,23		
Pobre	1474	18,41	16,76-20,18	6166	81,59	79,82-83,24		
Medio	1698	26,11	24,02-28,31	4464	73,89	71,69-75,98		
Rico	1697	33,01	30,40-35,70	3135	66,99	64,27-69,60		
Muy Rico	1606	42,89	39,98-45,84	2023	57,11	54,15-60,02		
Área de residencia								<0,001
Urbana	6274	30,14	28,88-31,44	15342	69,86	68,56-71,12		
Rural	822	9,77	8,75-10,90	7070	90,23	89,10-91,25		

Región geográfica de residencia							<0,001
Lima Metropolitana	1311	34,56	32,21-36,99	2693	65,44	63,01-67,79	
Resto de la costa	2421	24,05	22,65-25,51	6636	75,95	74,49-77,35	
Sierra	1505	16,89	15,64-18,22	8063	83,11	81,78-84,36	
Selva	1859	25,84	24,36-27,38	5020	74,16	72,62-75,64	

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño del muestreo de la encuesta compleja.

*Se refiere a la significancia estadística obtenida de la comparación de proporciones entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

Asociación entre etnicidad e idioma con los conocimientos sobre VIH.

En análisis ajustados, después de incluir todas las características sociodemográficas como variables de confusión, las asociaciones de etnicidad e idioma permanecieron estadísticamente significativas. Usando el grupo mestizo como categoría de referencia, encontramos que pertenecer a la etnia quechua (RP: 0,76; IC 95%: 0,68-0,85; $p < 0,001$), aymara (RP: 0,70; IC 95%: 0,55-0,89; $p = 0,004$), negra (RP: 0,66; IC 95%: 0,56-0,78; $p < 0,001$), blanca (RP: 0,75; IC 95%: 0,63-0,89; $p = 0,001$) o de otras razas (RP: 0,54; IC 95%: 0,34-0,86; $p = 0,010$) se asoció con una menor prevalencia de conocimientos adecuados sobre VIH. Asimismo, utilizando el idioma castellano como categoría de referencia, solo encontramos que hablar una lengua materna o nativa (RP: 0,63; IC 95%: 0,52-0,76; $p < 0,001$) también se asoció con una menor prevalencia de conocimientos adecuados sobre VIH (Tabla 6).

Tabla 6. Modelos lineales generalizados crudos y ajustados de la familia de Poisson para la asociación entre etnicidad e idioma con el nivel de conocimientos adecuados sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil.

Exposición	Conocimientos adecuados sobre VIH					
	Modelo crudo ^a			Modelo ajustado ^{a,b}		
	RP	IC 95%	valor p	RP	IC 95%	valor p
Etnicidad						
Mestiza	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Quechua	0,54	0,49-0,61	<0,001	0,76	0,68-0,85	<0,001
Aymara	0,46	0,35-0,60	<0,001	0,70	0,55-0,89	0,004
Nativa de la Amazonía	0,55	0,32-0,97	0,038	0,96	0,62-1,49	0,857
Negra	0,42	0,35-0,49	<0,001	0,66	0,56-0,78	<0,001
Blanca	0,62	0,51-0,74	<0,001	0,75	0,63-0,89	0,001
Otras razas	0,49	0,29-0,82	0,006	0,54	0,34-0,86	0,010
Idioma						
Castellano	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Nativo	0,32	0,27-0,39	<0,001	0,63	0,52-0,76	<0,001
Extranjero	1,86	0,88-3,95	0,105	1,07	0,50-2,28	0,868

RP: Razón de prevalencias; **IC 95%:** Intervalo de confianza al 95%.

^aSe realizó un modelo lineal generalizado de la familia de Poisson con link log considerando el efecto del diseño y los pesos del muestreo complejo de la encuesta.

^bAjustado por edad, nivel de educación, estado civil, seguro de salud, índice de riqueza, área de residencia y región geográfica de residencia.

Análisis estratificado según la actividad sexual de la asociación entre etnicidad e idioma con los conocimientos adecuados sobre VIH.

Al estratificar según la actividad sexual de las participantes, la asociación por etnicidad se mantuvo constante para el grupo sexualmente activas, mientras que, para el grupo no sexualmente activas, solo estuvo presente para quechua y otras razas. En el grupo de MEF sexualmente activas, luego de ajustar por confusores, encontramos que pertenecer a la etnia quechua (RP: 0,77; IC 95%: 0,69-0,87; $p < 0,001$), aymara (RP: 0,71; IC 95%: 0,54-0,95; $p = 0,021$), negra (RP: 0,67; IC 95%: 0,56-0,79; $p < 0,001$), blanca (RP: 0,76; IC 95%: 0,63-0,91; $p = 0,003$) o de otras razas (RP: 0,58; IC 95%: 0,36-0,93; $p = 0,023$) se asoció con una menor prevalencia de conocimientos adecuados sobre VIH. Por otro lado, en el grupo no sexualmente activas, la asociación solo estuvo presente para el grupo de etnia quechua (RP: 0,59; IC 95%: 0,42-0,83; $p = 0,003$) y otras razas (RP: 0,03; IC 95%: 0,01-0,28; $p = 0,002$) (**Tabla 7**).

Asimismo, al evaluar la asociación del idioma, solo encontramos asociación para el grupo sexualmente activas. Este mostró asociación solo para el grupo con idioma nativo (RP: 0,62; IC 95%: 0,51-0,75; $p < 0,001$). Al contrario, el grupo no sexualmente activas no mostró asociación para ningún idioma evaluado (RP: 0,65; IC 95%: 0,37-1,15; $p = 0,146$) (**Tabla 7**).

Tabla 7. Modelos estratificados según la actividad sexual de la asociación entre etnicidad e idioma con el nivel de conocimientos adecuados sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil.

Exposición	Conocimientos adecuados sobre VIH						
	Modelo crudo ^a			Modelo ajustado ^{a,b}			
	RP	IC 95%	valor p	RP	IC 95%	valor p	
Etnicidad							
Sexualmente activas	Mestiza	Ref.	---	---	Ref.	---	
	Quechua	0,55	0,49-0,62	<0,001	0,77	0,69-0,87	<0,001
	Aymara	0,46	0,34-0,62	<0,001	0,71	0,54-0,95	0,021
	Nativa de la Amazonía	0,56	0,32-0,98	0,042	1,00	0,64-1,57	0,981
	Negra	0,42	0,35-0,50	<0,001	0,67	0,56-0,79	<0,001
	Blanca	0,62	0,51-0,76	<0,001	0,76	0,63-0,91	0,003
	Otras razas	0,51	0,31-0,85	0,010	0,58	0,36-0,93	0,023
No sexualmente activas	Mestiza	Ref.	---	---	Ref.	---	
	Quechua	0,48	0,34-0,68	<0,001	0,59	0,42-0,83	0,003
	Aymara	0,46	0,21-1,01	0,054	0,53	0,25-1,15	0,108
	Nativa de la Amazonía	0,23	0,04-1,41	0,113	0,31	0,05-2,04	0,222
	Negra	0,38	0,22-0,67	0,001	0,60	0,34-1,06	0,079
	Blanca	0,48	0,26-0,88	0,017	0,61	0,34-1,10	0,102
	Otras razas	0,03	0,01-0,26	0,001	0,03	0,01-0,28	0,002
Idioma							
Sexualmente activas	Castellano	Ref.	---	---	Ref.	---	
	Nativo	0,31	0,25-0,37	<0,001	0,62	0,51-0,75	<0,001
	Extranjero	1,85	0,88-3,88	0,102	1,09	0,51-2,35	0,820
No sexualmente activas	Castellano	Ref.	---	---	Ref.	---	
	Nativo	0,37	0,21-0,66	<0,001	0,65	0,37-1,15	0,146
	Extranjero		No evaluado*			No evaluado*	

RP: Razón de prevalencias; **IC 95%:** Intervalo de confianza al 95%.

^aSe realizó un modelo lineal generalizado de la familia de Poisson con link log considerando el efecto del diseño y los pesos del muestreo complejo de la encuesta. ^bAjustado por edad, nivel de educación, estado civil, seguro de salud, índice de riqueza, área de residencia y región

geográfica de residencia.

*Por categoría con porcentaje muy pequeño que dificultaba el análisis.

V. DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que, una de cada cuatro mujeres peruanas en edad fértil tiene conocimientos adecuados sobre VIH. El nivel de conocimientos adecuados sobre VIH fue menor en otras razas como el quechua, aymara, negra y blanca comparadas con la mestiza, y, además, fue menor en idiomas nativos en comparación con el castellano. La etnicidad y el idioma estuvieron asociadas a una menor probabilidad de conocimientos adecuados sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil.

En nuestro estudio, el nivel de conocimientos adecuados sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil estuvo presente en aproximadamente la cuarta parte de la muestra evaluada. Este resultado es similar a lo reportado con otro estudio realizado en base a la misma encuesta del 2019, pero que limitó solo a mujeres sexualmente activas (Alarcon-Ruiz et al., 2020). También, una investigación realizada en el norte del Perú en el que se aplicó 5 preguntas a 100 MEF para evaluar los conocimientos sobre VIH/SIDA, reportó que el 26% de la población contaba con los conocimientos (Castillo Salazar, 2020). Si bien nuestros resultados son similares, las preguntas solo abordaron las diferencias entre VIH/SIDA, sistema afectado, tiempo para el diagnóstico, síntomas iniciales y vías de transmisión. Asimismo, otros estudios nacionales realizados en MEF de Etiopía y Ghana encontraron resultados similares, con niveles de 25,2% y 20,8% de conocimientos adecuados sobre VIH/SIDA (Agegnehu et al., 2020; Eugene Kofuor, 2020). Sin embargo, estos estudios fueron evaluados en base a cinco preguntas enfocadas en la transmisión del virus. Al contrario de lo reportado en nuestro estudio, un estudio que utilizó a la ENDES 2004-2017 encontró un buen nivel de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA en el 47,8% de la muestra de mujeres peruanas (Pernaz-Linsuy & Cárcamo-Cavagnaro, 2015). Estas diferencias, se deben principalmente en la definición de la variable que usaron los autores del estudio en mención, siendo la mediana el punto de corte para diferencias el conocimiento adecuado e inadecuado. Otro estudio de representatividad nacional en Bangladesh, en MEF, encontró un nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA del 33,1% de la muestra ubicadas en el tercil superior del puntaje total (Yaya et al., 2016). Este resultado es superior a lo encontrado en nuestro estudio, sin embargo, las preguntas evaluadas estuvieron enfocadas en su mayoría respecto a la transmisión de la enfermedad. Nuestro estudio consideró a 18 preguntas disponibles en la encuesta, utilizando al tercil superior del puntaje total para

definir a los conocimientos como adecuados, similar al método realizado por un estudio previo (Alarcon-Ruiz et al., 2020).

Nuestros resultados mostraron asociación entre la etnia e idioma con menores conocimientos adecuados sobre el VIH en MEF. Si bien la literatura describe que existen disparidades étnicas en la infección por VIH, identificar las disparidades en el nivel de conocimientos sobre VIH sería el primer paso para plantear medidas que reduzcan la morbilidad de esta enfermedad. Similar a lo encontrado, un estudio nacional de 11.273 mujeres de 15 a 49 años de Nepal encontró mayores conocimientos incompletos sobre la transmisión del VIH entre las poblaciones indígenas comparada con la casta hindú alta, mientras que no hubo diferencias significativas en los conocimientos sobre medidas preventivas de VIH (Atteraya et al., 2015). Otro estudio que incluyó una muestra representativa de hombres y mujeres de Guatemala encontró que las mujeres indígenas tenían más probabilidades que otras mujeres de carecer de conocimientos completos sobre VIH (Taylor et al., 2015). Asimismo, en Estados Unidos, un estudio encontró que los hombres negros y latinos comparados con blancos presentaron un menor conocimiento acerca del tratamiento sobre VIH/SIDA (Ebrahim et al., 2004). Así también, se ha reportado las disparidades étnicas/raciales existentes en Estados Unidos con respecto a los conocimientos sobre una vacuna preventiva contra el VIH en una muestra de estudiantes de colegios comunitarios (Priddy et al., 2006).

Otros estudios han evaluado el nivel de conocimientos en mujeres pertenecientes a minorías étnicas, dado la potencial vulnerabilidad que estos presentan al contar con un mayor riesgo de infectarse por VIH. Por ejemplo, en Ecuador, un estudio cualitativo realizado en 40 personas de 14 a 50 años de edad sexualmente activas y no diagnosticadas con VIH de la comunidad Shuar, informó que las mujeres presentaban menores conocimientos que los hombres, presentando limitaciones para expresar conocimiento y opiniones (Brito Roby et al., 2019). Así también, un estudio identificó a los conocimientos sobre VIH/ITS como un factor que aumenta la vulnerabilidad en pueblos indígenas de la Amazonía peruana (Orellana et al., 2013). Considerando a una muestra de 12 grupos étnicos, este estudio encontró percepciones del SIDA como una nueva enfermedad o como una enfermedad propia de hombres homosexuales, estigmatizando a hombres identificados como homosexuales (Orellana et al., 2013).

Nuestro estudio evaluó conocimientos considerando los factores de riesgo, transmisión, prevención y diagnóstico de la infección por VIH. Aunque no analizamos la caracterización de estos conocimientos según la etnia y el idioma, la literatura describe deficiencias en diferentes aspectos del conocimiento. En poblaciones indígenas de la Amazonía Peruana, la transmisión del VIH/ITS eran frecuentemente desconocidos o poco conocidos, donde estos grupos mantenían la creencia de transmisión por medio de mosquitos o incluso mediante la comunicación verbal (Orellana et al., 2013). Asimismo, con respecto al tratamiento de la enfermedad, había una mayor confianza y orientación por la medicina tradicional o creencias arraigadas a hechicerías u otras fuerzas “sobrenaturales” (Orellana et al., 2013). En Colombia, un estudio realizado en una comunidad indígena de Antioquía, la mayoría de personas refirió desconocer los mecanismos de transmisión de este virus y casi la mitad de participantes no habían oído hablar de VIH/SIDA (Zambrano et al., 2013). Coherente con nuestros resultados, existe un bajo o nulo conocimiento predominante con relación a la transmisión del VIH, incluyendo a minorías étnicas como a la población en general.

Aunque no se evaluaron las razones de nuestros hallazgos, en mujeres pertenecientes a minorías étnicas con un contexto sociocultural diferente al de otras poblaciones existen algunos factores que explicarían estas limitaciones en los conocimientos sobre VIH. En primer lugar, un factor clave sería la educación. A pesar de mejoras en el acceso a la educación de las minorías étnicas, para el 2015 este acceso se mantuvo muy superior para quienes hablaban español en comparación de quienes hablaban su idioma nativo diferente al español (72,1% vs 44,1% respecto al porcentaje de matrículas) (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], 2016). Asimismo, otras características ligadas a las minorías étnicas son la clase social, el estatus económico, y el género (Puig Borràs & Montalvo, 2011). Por otro lado, la desigualdad de poder de decisión de las mujeres dentro de los hogares y la violencia familiar a los que están expuestos estos grupos conllevan a peores indicadores y nulo progreso (Puig Borràs & Montalvo, 2011). Finalmente, el dialogo intergeneracional sobre sexualidad aún es limitado por la persistencia de considerarse un tema tabú por ser íntimo y privado (Puig Borràs & Montalvo, 2011).

Al estratificar a nuestra muestra de estudio, dividiendo en grupos según la actividad sexual, observamos que la asociación solo ocurrió para el grupo de mujeres sexualmente activas. Este resultado nos indica que, en grupos de mujeres que no han iniciado su vida

sexual, la probabilidad de mejores o peores conocimientos según la etnia o el idioma se torna indiferente para este grupo. Además, nuestro estudio incluyó a mujeres de 12 a 49 años de edad, por lo que el grupo sin actividad sexual pudo estar conformado en su mayoría por mujeres menores de edad. Asimismo, teniendo en cuenta que algunos estudios han descrito al inicio temprano de la vida sexual como un factor de riesgo para contraer la infección por VIH (Pinzon-Fernández & Vernaza-Pinzón, 2017; Stöckl et al., 2013), esto plantea la necesidad de generar e implementar estrategias dirigidas a alfabetizar en salud a las adolescentes que no hayan iniciado su vida sexual.

A nivel mundial, los principales indicadores socioeconómicos y de salud muestran desigualdades cuando se habla de minorías étnicas, causado por aspectos estructurales, culturales y discriminatorios de este grupo. Si bien en el Perú se han implementado diferentes políticas y normativas que garanticen los derechos de todos los peruanos, las poblaciones históricamente excluidas aún permanecen con barreras en el idioma y acceso geográfico, aspectos que limitan el desarrollo de estas poblaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

El presente trabajo de investigación cuenta con algunas limitaciones. Primero, al tratarse de un estudio de corte transversal, no se pueden establecer inferencias causales entre las exposiciones evaluadas y el nivel de conocimientos sobre VIH. Segundo, se utilizaron preguntas ya disponibles en el cuestionario para medir los conocimientos sobre VIH, en lugar de un cuestionario validado. Sin embargo, estas preguntas fueron diseñadas y validadas por un panel de expertos del INEI, encargados de realizar las encuestas a nivel nacional. Tercero, algunas de las variables evaluadas, fueron obtenidas a partir del autoreporte de las participantes, representando un posible sesgo de memoria, además, otros factores como pudor y creencias religiosas pudo limitar las respuestas de las participantes al responder preguntas referidas al nivel de conocimientos sobre VIH. A pesar de nuestras limitaciones, el muestreo complejo de la encuesta nos permite tener aproximaciones a nivel nacional, útil para conocer esta problemática en todo el país.

VI. CONCLUSIONES

- Una edad promedio de 31,35 años, contar con estudios secundarios (44,67%), ser conviviente (34,53%), contar con seguro de salud (71,93%), un índice de riqueza de nivel medio (21,74%), residencia en un área urbana (83,97%) y vivir en Lima Metropolitana (40,61%) fueron las características sociodemográficas más frecuentes de las mujeres peruanas en edad fértil.
- Más de la mitad de las participantes (52,58%) se consideraba de etnia mestiza, 24,67% quechua, 10,88% negra y el porcentaje restante pertenecía a otras etnias. El 86,54% de la población de estudio hablaba castellano, el 13,32% hablaba una lengua nativa y el porcentaje restante hablaba una lengua extranjera.
- La frecuencia de conocimientos adecuados sobre VIH fue del 26,88% en mujeres peruanas en edad fértil.
- El nivel de conocimientos adecuados sobre VIH fue menor en otras razas como el quechua, aymara, negra y blanca comparadas con la mestiza, y, además, fue menor en idiomas nativos en comparación con el castellano.
- La etnicidad y el idioma estuvieron asociadas a una menor probabilidad de conocimientos adecuados sobre VIH en mujeres peruanas en edad fértil.

VII. RECOMENDACIONES

- Es necesario reforzar las medidas ya disponibles en todo el territorio nacional, como el aumento del acceso a la educación, fomentar el empoderamiento de las mujeres, la inclusión de aspectos sobre sexualidad y sus posibles riesgos dentro de la currícula escolar, así como desarrollar intervenciones educativas sobre VIH/SIDA potencialmente efectivas.
- Se requieren aún más estudios que evalúen las causas del bajo conocimiento sobre VIH en las poblaciones minoritarias. Estos deben incluir una evaluación integral desde un reconocimiento cualitativo de las experiencias y expectativas de las mujeres, así como intervenciones de largo plazo enfocadas a mejorar el conocimiento y alfabetizar a la población en aspectos de salud.
- El manejo de las futuras políticas e intervenciones que se pueden plantear y reforzar deben seguir un enfoque intercultural que aborde eficazmente a los diferentes grupos culturales presentes en el Perú. Esto permitirá mejores tasas de adherencia y aceptabilidad que, a la larga, tendrá mejores resultados sobre diferentes indicadores en salud.

VIII. REFERENCIAS

- Abdul Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., & Bendezu-Quispe, G. (2019). Factors associated with the quality of prenatal care in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 178–187. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4482>
- Agegnehu, C. D., Geremew, B. M., Sisay, M. M., Muchie, K. F., Engida, Z. T., Gudayu, T. W., Weldetsadik, D. S., & Liyew, A. M. (2020). Determinants of comprehensive knowledge of HIV/AIDS among reproductive age (15-49 years) women in Ethiopia: Further analysis of 2016 Ethiopian demographic and health survey. *AIDS Research and Therapy*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12981-020-00305-z>
- Alarcon-Ruiz, C. A., Vargas, M., Heredia, P., Huamán, M. O., Yovera-Aldana, M., & Mejia, C. R. (2020). Association between knowledge and practices on HIV infection in Peruvian women: Secondary analysis of national survey. *Revista Chilena de Infectología*, 37(6), 719–727. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182020000600719>
- Alexander, K. A. (2020). Social determinants of HIV/AIDS and intimate partner violence: interrogating the role of race, ethnicity and skin color. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Vol. 28, pp. 1–3). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3280>
- Atteraya, M., Kimm, H. J., & Song, I. H. (2015). Caste- and ethnicity-based inequalities in HIV/AIDS-related knowledge gap: A case of Nepal. *Health and Social Work*, 40(2), 100–107. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv010>
- Baca-Sánchez, J., Hidalgo-Palacios, C., León-Jiménez, F., & Malca-Tello, N. (2019). Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque-Perú, 2015. *ACTA MEDICA PERUANA*, 36(1). <https://doi.org/10.35663/amp.2019.361.684>
- Barros, A. J. D., & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
- Base de datos de pueblos indígena y originarios. (2021a). Lista de lenguas indígenas u originarias | BDPI. *Ministerio de Cultura*. <https://bdpi.cultura.gob.pe/lenguas>
- Base de datos de pueblos indígena y originarios. (2021b). *Lista de pueblos indígenas u originarios / BDPI*. *Ministerio de Cultura*. <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>
- Birdthistle, I., Tanton, C., Tomita, A., de Graaf, K., Schaffnit, S. B., Tanser, F., & Slaymaker, E. (2019). Recent levels and trends in HIV incidence rates among adolescent girls and young women in ten high-prevalence African countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(11), e1521–e1540. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30410-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30410-3)
- Brito Roby, L. A., Jiménez Brito, D. A., Sinche Rivera, E. C., & Angulo Rosero, A. N. (2019). Knowledge and perceptions linked to HIV/AIDS in Shuar communities of Ecuador. *Ciencia y Enfermería*, 25, 0–0. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532019000100213>

- Brodish, P. H. (2013). An association between ethnic diversity and hiv prevalence in sub-saharan AFRICA. *Journal of Biosocial Science*, 45(6), 853–862.
<https://doi.org/10.1017/S002193201200082X>
- Castillo Salazar, B. D. (2020). Conocimientos y actitudes del VIH/SIDA en mujeres en edad fértil que se atienden por primera vez en el EE. SS I – 3 la Huaca - Paita, enero – abril, año 2020 [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]. In *Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote*.
<http://www.tesis.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2236%0Ahttp://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/10898>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC-Perú. (2021). Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. *Ministerio de Salud-Perú*, 1–9.
- Choi, J. Y. (2013). Mental health of HIV-infected patients: A severe, but overlooked problem. *Infection and Chemotherapy*, 45(2), 239–240.
<https://doi.org/10.3947/ic.2013.45.2.239>
- Dale, S. K., Bogart, L. M., Wagner, G. J., Galvan, F. H., & Klein, D. J. (2016). Medical mistrust is related to lower longitudinal medication adherence among African-American males with HIV. *Journal of Health Psychology*, 21(7), 1311–1321.
<https://doi.org/10.1177/1359105314551950>
- Division of HIV/AIDS Prevention. (2021). About HIV/AIDS | HIV Basics | HIV/AIDS | CDC. In *Centers for Disease Control and Prevention*.
<https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>
- Dong, L., Bogart, L. M., Mutchler, M. G., Lawrence, S. J., Klein, D. J., Gizaw, M., & Wagner, G. J. (2022). Perceived discrimination, adherence to antiretroviral therapy, and HIV care engagement among HIV-positive black adults: the mediating role of medical mistrust. *Journal of Behavioral Medicine*.
<https://doi.org/10.1007/s10865-021-00277-z>
- Ebrahim, S. H., Anderson, J. E., Weidle, P., & Purcell, D. W. (2004). Race/Ethnic Disparities in HIV Testing and Knowledge about Treatment for HIV/AIDS: United States, 2001. *AIDS Patient Care and STDs*, 18(1), 27–33.
<https://doi.org/10.1089/108729104322740893>
- Eugene Kofuor, M. D. (2020). Individual and Contextual predictors of Comprehensive HIV Knowledge in Ghana. *Afr J AIDS Res Ther*, 17(51), 1–6.
- Gaston, G. B., & Alleyne-Green, B. (2013). The impact of African Americans' beliefs about HIV medical care on treatment adherence: A systematic review and recommendations for interventions. *AIDS and Behavior*, 17(1), 31–40.
<https://doi.org/10.1007/s10461-012-0323-x>
- Gutiérrez, J. P., & Trossero, A. (2021). Socioeconomic inequalities in HIV knowledge, HIV testing, and condom use among adolescent and young women in Latin America and the Caribbean. *Pan American Journal of Public Health*, 45(e47).
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.47>
- HIV.gov. (2022). *Impact on Racial and Ethnic Minorities*. HIV.Gov.
<https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/impact-on-racial-and-ethnic-minorities>

- Huayhua, M. (2006). Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas. In *Documento de trabajo*, 147. <http://www.uclm.es/CU/csociales/pdf/documentosTrabajo/2012/19.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019a). Ficha Técnica – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. *INEI*. <http://inei.inei.gob.pe/inei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2019-5/FichaTecnica.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019b). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 - Nacional y Departamental. *INEI*, 414. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Endes2019/
- Iqbal, S., Maqsood, S., Zafar, A., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2019). Determinants of overall knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS transmission among ever-married women in Pakistan: Evidence from the Demographic and Health Survey 2012-13. *BMC Public Health*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7124-3>
- Kalichman, S. C., Eaton, L., Kalichman, M. O., Grebler, T., Merely, C., & Welles, B. (2016). Race-based medical mistrust, medication beliefs and HIV treatment adherence: test of a mediation model in people living with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 1056–1064. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9767-1>
- Lardier, D. T., Opara, I., Reid, R. J., Garcia-Reid, P., Herrera, A., & Cantu, I. (2021). Increasing HIV/AIDS knowledge among urban ethnic minority youth: Findings from a community-based prevention intervention program. *Journal of HIV/AIDS and Social Services*, 20(1), 76–96. <https://doi.org/10.1080/15381501.2021.1910097>
- Leddy, A. M., Weiss, E., Yam, E., & Pulerwitz, J. (2019). Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: A scoping review. *BMC Public Health*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7192-4>
- Lofgren, S. M., Bond, D. J., Nakasujja, N., & Boulware, D. R. (2020). Burden of Depression in Outpatient HIV-Infected adults in Sub-Saharan Africa; Systematic Review and Meta-analysis. In *AIDS and Behavior* (Vol. 24, Issue 6, pp. 1752–1764). Springer. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02706-2>
- Meneses-Navarro, S., Freyermuth-Enciso, M. G., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Campos-Navarro, R., Meléndez-Navarro, D. M., & Gómez-Flores-Ramos, L. (2020). The challenges facing indigenous communities in Latin America as they confront the COVID-19 pandemic. In *International Journal for Equity in Health* (Vol. 19, Issue 1, pp. 1–3). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01178-4>
- Mezones-Holguín, E., Amaya, E., Bellido-Boza, L., Mougenot, B., Murillo, J. P., Villegas-Ortega, J., & Del Carmen Sara, J. C. (2019). Health insurance coverage: The peruvian case since the universal insurance act. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 196–206. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.3998>

- Miners, A., Phillips, A., Kreif, N., Rodger, A., Speakman, A., Fisher, M., Anderson, J., Collins, S., Hart, G., Sherr, L., Lampe, F. C., Johnson, M., McDonnell, J., Aderonke, A., Gilson, R., Edwards, S., Haddow, L., Gilson, S., Broussard, C., ... Burman, B. (2014). Health-related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment: A cross-sectional comparison with the general population. *The Lancet HIV*, 1(1), e32–e40. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(14\)70018-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(14)70018-9)
- MINSA. (2020). *Sala Situacional | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. CDC - Perú*. <https://www.dge.gob.pe/vih/>
- Montenegro, R. A., & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. In *Lancet* (Vol. 367, Issue 9525, pp. 1859–1869). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68808-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68808-9)
- Orellana, E. R., Alva, I. E., Cárcamo, C. P., & García, P. J. (2013). Structural factors that increase HIV/STI vulnerability among indigenous people in the Peruvian Amazon. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1240–1250. <https://doi.org/10.1177/1049732313502129>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Derechos Humanos y Salud: Pueblos Indígenas. *OPS*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6184>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2016). Avanzando hacia una mejor educación para Perú. *OECD Development Centre*, 3, 38. <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/5200>
- Patrício, A. C. F. de A., Bezerra, V. P., Nogueira, J. A., Moreira, M. A. S. P., Camargo, B. V., & Santos, J. de S. (2019). Knowledge of sex workers about HIV/AIDS and its influence on sexual practices. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1311–1317. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0590>
- Pernaz-Linsuy, G., & Cárcamo-Cavagnaro, C. (2015). Knowledge, attitudes and practices about HIV/AIDS in Peruvian women. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(4), 667–672. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2015.324.1756>
- Pinzon-Fernández, M. V., & Vernaza-Pinzón, P. (2017). Riesgos para infecciones de transmisión sexual o VIH en adolescentes Risk for sexual transmission infections or HIV infection among adolescents. *Revista de La Facultad Ciencias de La Salud*, 19(1), 20–26. <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/165>
- Priddy, F. H., Cheng, A. C., Salazar, L. F., & Frew, P. M. (2006). Racial and ethnic differences in knowledge and willingness to participate in HIV vaccine trials in an urban population in the Southeastern US. *International Journal of STD and AIDS*, 17(2), 99–102. <https://doi.org/10.1258/095646206775455667>
- Puig Borràs, C., & Montalvo, P. (2011). Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 35, 41–58. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100004

- Pullen, E., Gupta, A., Stockman, J. K., Green, H. D., & Wagner, K. D. (2022). Association of social network characteristics with HIV knowledge, stigma, and testing: findings from a study of racial and ethnic minority women in a small Western city. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 34(1), 39–46. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1913717>
- Salazar Saucedo, J. A. (2021). *FACTORES ASOCIADOS AL BUEN NIVEL DE CONOCIMIENTO Y BUENAS ACTITUDES FRENTE A LA INFECCIÓN DE VIH/SIDA EN MUJERES PERUANAS: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENDES 2019* [Universidad Ricardo Palma]. [http://168.121.49.87/bitstream/handle/URP/4143/T030_76371583_T_SAUCEDO SALAZAR JOSSELIN ARLET.D.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://168.121.49.87/bitstream/handle/URP/4143/T030_76371583_T_SAUCEDO_SALAZAR JOSSELIN ARLET.D.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Shahmanesh, M., Cowan, F., Wayal, S., Copas, A., Patel, V., & Mabey, D. (2009). The burden and determinants of HIV and sexually transmitted infections in a population-based sample of female sex workers in Goa, India. *Sexually Transmitted Infections*, 85(1), 50–59. <https://doi.org/10.1136/sti.2008.030767>
- Stöckl, H., Kalra, N., Jacobi, J., & Watts, C. (2013). Is Early Sexual Debut a Risk Factor for HIV Infection Among Women in Sub-Saharan Africa? A Systematic Review. In *American Journal of Reproductive Immunology* (Vol. 69, Issue SUPPL.1, pp. 27–40). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1111/aji.12043>
- Suárez Lugo, N., & Aguilar Rivero, L. A. (2014). VIH/SIDA: prevención y mercadeo social. Isla de la Juventud. Cuba. *HORIZONTE SANITARIO*, 13(2), 177. <https://doi.org/10.19136/hs.a13n2.48>
- Taylor, T. M., Hembling, J., & Bertrand, J. T. (2015). Ethnicity and HIV risk behaviour, testing and knowledge in Guatemala. *Ethnicity and Health*, 20(2), 163–177. <https://doi.org/10.1080/13557858.2014.893562>
- Ugarte, W. J., Högberg, U., Valladares, E., & Essén, B. (2013). Assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS in Nicaragua: A community-level perspective. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 4(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.11.001>
- United Nations Programme on HIV/aids. UNAIDS. (2021). *UNAIDS data 2021*. 4–38.
- Valdivia, N. (2012). La discriminación en el Perú y el caso de los servicios de salud: resultados de un estudio cualitativo en el Valle del Mantaro. In *La discriminación en el Perú: balance y desafíos* (pp. 85–111). <http://www.perusindiscriminacion.pe/publicaciones/la-discriminacion-en-el-peru-y-el-caso-de-los-servicios-de-salud/>
- Yaya, S., Bishwajit, G., Danhouno, G., Shah, V., & Ekholuenetale, M. (2016). Trends and determinants of HIV/AIDS knowledge among women in Bangladesh. *BMC Public Health*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3512-0>
- Zambrano, R., Castro, D., Lozano, M., Gómez, N., & Rojas, C. (2013). Conocimientos sobre VIH y comportamientos en salud sexual y reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. *Investigaciones Andina*, 15(26), 640–652. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462013000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es

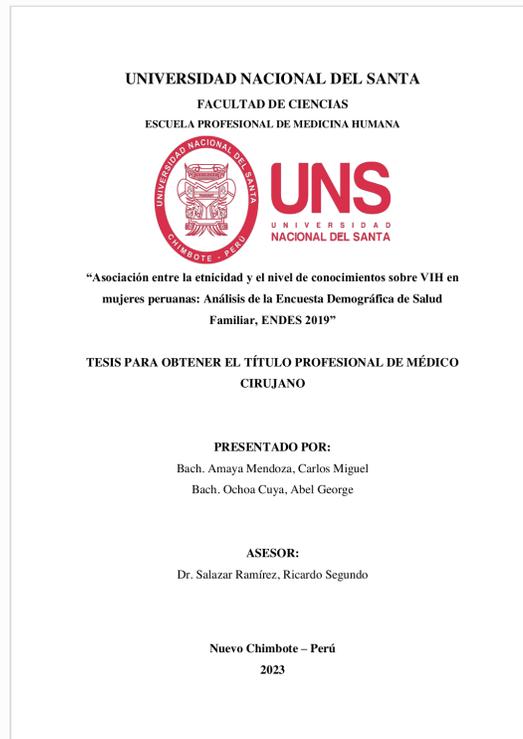


Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Turnitin Report
Assignment title: Clase 1
Submission title: Reporte_Amaya & Ochoa
File name: INFORME_FINAL_DE_TESIS_AMAYA_Y_OCHOA.docx
File size: 329.25K
Page count: 48
Word count: 12,221
Character count: 69,665
Submission date: 21-Feb-2023 05:49PM (UTC-0500)
Submission ID: 2019953236



Amaya & Ochoa

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.scielo.cl Fuente de Internet	4%
2	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
7	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	

1 %

10

search.scielo.org

Fuente de Internet

1 %

11

helvia.uco.es

Fuente de Internet

1 %

12

[Submitted to Universidad Cientifica del Sur](#)

Trabajo del estudiante

<1 %

13

www.redalyc.org

Fuente de Internet

<1 %

14

repositorio.unan.edu.ni

Fuente de Internet

<1 %

15

webinei.inei.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

16

preprints.scielo.org

Fuente de Internet

<1 %

17

José Marcos de Jesus Santos. "Planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento numa região do nordeste brasileiro: análise da realidade e proposta de matriz de avaliação", Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), 2022

Publicación

<1 %

18

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1 %

19

issuu.com

Fuente de Internet

<1 %

20

Submitted to Universidad Europea de Madrid

Trabajo del estudiante

<1 %

21

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

22

www.eresvihda.es

Fuente de Internet

<1 %

23

iris.paho.org

Fuente de Internet

<1 %

24

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

<1 %

25

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

26

repositorio.upn.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

27

repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

28

es.biomedicalhouse.com

Fuente de Internet

<1 %

29

repositorio.uns.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

30	scielosp.org Fuente de Internet	<1 %
31	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
32	revista.paho.org Fuente de Internet	<1 %
33	alertachiapas.com Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
35	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
36	www.unaids.org Fuente de Internet	<1 %
37	www.rhsupplies.org Fuente de Internet	<1 %
38	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	repositorioinstitucional.uson.mx Fuente de Internet	<1 %
40	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	<1 %
41	Mary F. Reyes-Vega, M.Gabriela Soto-Cabezas, Fany Cárdenas, Kevin S. Martel et al.	<1 %

"SARS-CoV-2 prevalence associated to low socioeconomic status and overcrowding in an LMIC megacity: A population-based seroepidemiological survey in Lima, Peru",
EClinicalMedicine, 2021

Publicación

42

www.panoramas.pitt.edu

Fuente de Internet

<1 %

43

repositorio.usmp.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

44

www.compumedicina.us

Fuente de Internet

<1 %

45

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

<1 %

46

Ivonne M. Gutiérrez Zorrilla, Nataly D. Bernuy-Osorio, Otto Zea Mendoza, Carlos Vílchez-Perales. "Influencia de ácidos grasos en parámetros sanguíneos y adipogénesis. Estudio experimental en pollos eclosionados", Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 2022

Publicación

<1 %

47

Submitted to Universidad Señor de Sipan

Trabajo del estudiante

<1 %

48

www.manuela.org.pe

Fuente de Internet

<1 %

49

3c-digi-ifeng-com.fa3g.cn

Fuente de Internet

<1 %

50

iah.iec.pa.gov.br

Fuente de Internet

<1 %

51

portal2014.uaslp.mx

Fuente de Internet

<1 %

52

proyectos.inei.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

53

www.depeco.econo.unlp.edu.ar

Fuente de Internet

<1 %

54

www.med-estetica.com

Fuente de Internet

<1 %

55

1library.co

Fuente de Internet

<1 %

56

Salome Kuchukhidze, Dimitra Panagiotoglou, Marie-Claude Boily, Souleymane Diabaté et al. "The effects of intimate partner violence on women's risk of HIV acquisition and engagement in the HIV treatment and care cascade: a pooled analysis of nationally representative surveys in sub-Saharan Africa", The Lancet HIV, 2023

Publicación

<1 %

57

baixardoc.com

Fuente de Internet

<1 %

58	bibliotecavirtualoducal.uc.cl Fuente de Internet	<1 %
59	bvs.insp.mx Fuente de Internet	<1 %
60	consultorsalud.com Fuente de Internet	<1 %
61	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
62	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
63	documents.mx Fuente de Internet	<1 %
64	gtt-vih.org Fuente de Internet	<1 %
65	journal.sfctcv.org Fuente de Internet	<1 %
66	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
67	www.iladiba.com.mx Fuente de Internet	<1 %
68	www.pasca.org Fuente de Internet	<1 %
69	www.uteq.edu.ec Fuente de Internet	<1 %

70

Sam Hogan, Andrew Page, Felix Ogbo, Sameer Dixit, Rajesh Man Rajbhandari, Bir Rawal, Keshab Deuba. "Trends and determinants of HIV transmission among men who inject drugs in the Pokhara Valley, Nepal: Analysis of cross-sectional studies", Research Square, 2020

Publicación

<1 %

71

Seth C Kalichman, Lisa Eaton, Moira O Kalichman, Chauncey Cherry. "Medication beliefs mediate the association between medical mistrust and antiretroviral adherence among African Americans living with HIV/AIDS", Journal of Health Psychology, 2016

Publicación

<1 %

72

cdn.www.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

73

puceapex.puce.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

74

repositorio.ucss.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

75

vbook.pub

Fuente de Internet

<1 %

76

www.casede.org

Fuente de Internet

<1 %

77

www.scm.oas.org

Fuente de Internet

<1 %

78

www.socialwatch.org

Fuente de Internet

<1 %

79

www.tandfonline.com

Fuente de Internet

<1 %

80

zaguan.unizar.es

Fuente de Internet

<1 %

81

revistas.ujat.mx

Fuente de Internet

<1 %

82

Vicente A. Benites-Zapata, Percy Herrera-Añazco, Jerry K. Benites-Meza, Karen Bonilla-Aguilar et al. "Prevalence of parents' non-intention to vaccinate their children and adolescents against COVID-19: a comparative analysis in Colombia and Peru", Vaccine: X, 2022

Publicación

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo