



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
**SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN**

**COMPARACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE VIH /
SIDA EN MUJERES PERUANAS “NINI” Y AQUELLAS
QUE PARTICIPAN EN EL SISTEMA EDUCATIVO Y/O
LABORAL SEGÚN LA ENDES 2023**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN SALUD PÚBLICA
Y SALUD GLOBAL

AUTORAS:

Danitza Camero Rodriguez
Mariana Valeria Naveda Castagnola

ASESOR:

Gabriel Carrasco Escobar

Lima, 2025

DEDICATORIA

A nuestros padres, Zaida, Daniel, Edda y Fernando, por su amor y fortaleza.

A nuestros hermanos, Ximena, Rodrigo y Rafaela, por ser compañeros y nuestro apoyo incondicional.

A nuestras abuelas Margarita y Suca, por ser ejemplo constante de resiliencia.

A nuestras familias Camero-Rodriguez y Naveda-Castagnola, por llenar este camino de palabras de aliento y por inculcarnos los principios que hicieron posible completar esta investigación.

A todas las mujeres del Perú, especialmente a aquellas que, en el silencio de sus hogares, enfrentan cada día la invisibilidad de sus necesidades y la ausencia de oportunidades. A las mujeres que ni estudian ni trabajan no por elección, sino por las circunstancias que nuestro país les ha impuesto. A las más jóvenes que sueñan con un futuro diferente.

Y a nosotras mismas, por el esfuerzo compartido, las risas, el compromiso y la constancia que nos trajo hasta aquí.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro asesor, Gabriel Carrasco, gracias por su guía, paciencia y compromiso durante esta investigación. Su generoso apoyo constante no solo enriqueció nuestro trabajo, sino también nuestra formación personal y profesional. A todo el equipo del laboratorio que siempre estuvieron dispuestos a darnos una mano cuando lo necesitábamos.

A las Dra. Inés Bustamante, cuyo legado académico y humano continúa guiando nuestro camino. A nuestros docentes de la facultad de Salud Pública y Administración, por compartir su vocación, conocimiento y ejemplo durante nuestra etapa universitaria.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N ^o	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	Camero Rodriguez, Danitza
2.	Naveda Castagnola, Mariana Valeria

Pertencientes al programa de la carrera profesional de Salud Pública y Salud Global, autores del trabajo titulado: Comparación del conocimiento sobre VIH/SIDA en mujeres peruanas "NINI" y aquellas que participan en el sistema educativo y/o laboral según la ENDES 2023, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el Título Profesional bajo la modalidad de Tesis.

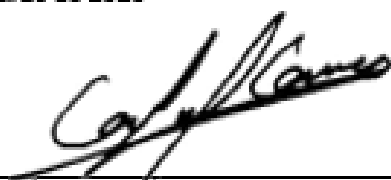
En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N ^o	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORIA
1.	Carrasco Escobar, Gabriel	Salud Pública y Administración	Asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de 14%, según el reporte emitido por el software Turnitin® (identificador de entrega: 3454062066; fecha de entrega: 7-01-2026).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: Lima 13 de marzo de 2026



Firma del asesor
N^o DNI: 47223865
ORCID: 0000-0002-6945-0419

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. MARCO CONCEPTUAL	11
V. OBJETIVOS	29
VI. HIPÓTESIS	30
VII. METODOLOGÍA.....	30
VIII. RESULTADOS	42
IX. DISCUSIÓN	62
X. CONCLUSIONES	67
XI. RECOMENDACIONES	68
XII. REFERENCIAS	69
XIII. ANEXOS	79

RESUMEN

El acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, en particular el conocimiento sobre el VIH/SIDA, presenta diferencias entre mujeres peruanas.

En ese contexto, se busca determinar las diferencias en el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA entre mujeres peruanas de 15 a 24 años que ni estudian ni trabajan (NINI) y aquellas que estudian y/o trabajan, a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023. Asimismo, se caracteriza a la población de mujeres NINI y se analizan estas diferencias según índice de riqueza, condiciones sociodemográficas y localización geográfica.

Palabras clave: VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Mujeres en edad fértil, Conocimientos en salud, Factores socioeconómicos.

ABSTRACT

Access to information on sexual and reproductive health, particularly knowledge about HIV/AIDS, varies among Peruvian women.

In this context, this study aims to determine differences in the level of knowledge about HIV/AIDS between Peruvian women aged 15 to 24 who are neither in school nor employed (NEET) and those who are in school and/or employed, based on data from the 2023 Demographic and Family Health Survey (ENDES). Furthermore, the population of NEET Peruvian women is characterized, and these differences are analyzed according to wealth index, sociodemographic conditions, and geographic location.

Keywords: HIV, sexually transmitted infections, women of childbearing age, health knowledge, socioeconomic factors.

I. INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), genera una cantidad significativa de enfermedades que pueden prevenirse. Estas continúan siendo un gran desafío para los sistemas de salud a nivel global a consecuencia de la exacerbación de las desigualdades económicas y la desinformación en salud a partir de la pandemia por COVID-19 (OMS, 2024).

El contexto comunitario e individual de las personas, tales como la ubicación geográfica, la cultura, las vivencias de cada individuo, puede determinar si una persona accede a información y servicios de salud. En el Perú, según Cueto (2001), las acciones de prevención de las ITS y especialmente el VIH, se encuentran intrínsecamente relacionadas con la discusión en el ámbito público de la sexualidad, tema que anteriormente se conversaba en la esfera privada.

El acceso a información a temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, como por ejemplo el conocimiento en prevención, mecanismos de transmisión y los riesgos de adquirir el VIH es fundamental para hacerle frente a esta problemática. Según Bolaños (2013), las desigualdades de género y el poco acceso a información que se brinda por parte de los Estados, se relacionan con la capacidad que cuentan las mujeres para discernir y negociar prácticas sexuales seguras y en consecuencia, terminan afectando gravemente la salud de la población femenina.

En ese sentido, planteamos como objetivo general de nuestra investigación determinar las diferencias en el nivel de conocimiento sobre el VIH entre mujeres peruanas de 15 a 24 años que ni estudian ni trabajan (NINI) y aquellas que estudian y/o trabajan, a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, enfocándonos específicamente en variables como: región, edad, índice de riqueza, máximo nivel educativo y estado conyugal. Es importante investigar sobre ello con el fin de generar políticas e intervenciones diferenciadas que se ajusten a las necesidades de los subgrupos de mujeres más afectados por la falta de acceso y conocimiento.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Las infecciones de transmisión sexual, también conocidas como (ITS), son infecciones que se propagan de persona a persona por medio de actividades sexuales como las de tipo oral, vaginal o anal, asimismo, un grupo de ellas puede adquirirse por medio de contacto con productos sanguíneos (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], n.d). Las ITS contribuyen de forma significativa a la carga de enfermedad a nivel mundial. Cada día, más de un millón de personas adquieren una infección de transmisión sexual curable. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se detectaron 374 millones de nuevos casos de infecciones, correspondiendo 156 millones por tricomoniasis, 129 millones a causa de clamidia, 82 millones por gonorrea y 7.1 millones debido a sífilis (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f). En cuanto al VIH y la hepatitis viral, se presentaron 3.5 millones de casos nuevos en el año 2022 OMS (2024). Las infecciones de transmisión sexual impactan la salud de las personas que las contraen, generando consecuencias muy graves si no se tratan a tiempo, como alteraciones neurológicas, infertilidad e incluso cáncer. De acuerdo al informe Estrategias Globales del Sector de la Salud sobre VIH, hepatitis viral e infecciones de transmisión sexual para el período 2022–2030 de la OMS, 2.5 millones de personas mueren debido a las ITS (OMS, 2022).

En América Latina y el Caribe, el número de nuevas infecciones por VIH ha aumentado 8 puntos porcentuales entre 2010 y 2023. El brote de VIH en la región tiene un efecto desproporcionado en poblaciones clave, como hombres que participan en actividades sexuales con otros hombres (HSH), mujeres transgénero y trabajadores sexuales. Además, alrededor de 38 millones de individuos de 15 a 49 años en las Américas padecen una ITS que puede ser tratada a tiempo (Clamidia, gonorrea, sífilis y/o tricomoniasis). Asimismo, 3,36 millones de nuevos casos de sífilis se registraron en 2022 (un aumento del 30% desde el año 2020 (OPS, 2022).

A nivel nacional, las ITS representan la segunda causa más común de enfermedad en la población en edad reproductiva. A inicios del 2024, aproximadamente 3 de cada 4 casos de los nuevos diagnósticos de VIH reportados fueron hombres. La franja etaria más impactada en

población masculina es la de 20 a 34 años (55%), mientras que en la población femenina fue de 15 a 39 años (59%). En esa misma línea, en el caso de la población femenina, alrededor del 86% de los nuevos casos en mujeres corresponden a aquellas en edad reproductiva (Ministerio de Salud del Perú [MINSAL], 2024).

Si bien existe una mayor incidencia de casos de VIH en población masculina, las niñas, adolescentes y adultas jóvenes actualmente siguen siendo una de las poblaciones más impactadas por la epidemia del VIH, en parte, debido a las desigualdades de género que frecuentemente impiden que ellas negocien relaciones sexuales seguras, (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia [UNICEF], 2023). De acuerdo con Richardson et. al. (2014), la incidencia desproporcionada del VIH entre las mujeres jóvenes, principalmente en situación de pobreza, coloca en evidencia cómo las desigualdades sociales y económicas determinan la epidemia del VIH. Las presiones sociales impiden la igualdad de acceso a una atención eficaz, pero sobre todo limitan la capacidad de acción de las mujeres para combatir las ITS. Unos de los grupos más olvidados y afectados después de la pandemia producto del abandono del Estado peruano y la falta de políticas públicas a nivel regional son los jóvenes que ni estudian ni trabajan entre los 15 a 24 años de edad (Alcazar & Balarin, 2022). En la última encuesta de la Secretaría Nacional de la Juventud en el 2024, este grupo se ve representado por 1, 589 414 millones de peruanos, de los cuales alrededor del 61% es población femenina. Según Carter et. al. (2013), los factores sociales, tales como el acceso a la educación y una fuente de ingresos estable, suelen ser factores determinantes que predisponen a las mujeres a exponerse a prácticas sexuales y estilos de vida no saludables. De acuerdo con Scheerens (2016), existe una necesidad de generar políticas públicas diferenciadas con perspectiva de género en nuestro país con el fin de abordar las necesidades específicas de las mujeres peruanas “NINI”.

Frente a esta problemática, las principales estrategias e intervenciones alrededor del mundo son de tipo educacionales (Faust L, 2018). La concientización de la población sobre temas relacionados con el VIH, como el entender las formas principales de transmisión y métodos preventivos para contraer estas enfermedades, cumple un papel crucial en la reducción de estas cifras (Zaboli F, 2017). Desde la llegada de la epidemia de VIH/SIDA a territorio nacional, ocurrieron dos momentos históricos a nivel de políticas: la incorporación del Programa Nacional de Educación en Población en los años ochenta y noventa centrados en la reducción de la pobreza; y el Programa Nacional de Educación Sexual desde el año 1996 hasta el 2000 influenciado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo llevada a cabo

en Egipto. A nivel normativo, se cambió la mirada hacia un enfoque de respetar los derechos sexuales y reproductivos, enfatizando incluir temas de violencia sexual, planificación familiar y la prevención de ITS. No obstante, no se ha alcanzado implementar la educación sexual desde un enfoque integral como una política de Estado, lo cual restringe su abordaje en todo el país (Motta et al . 2017).

Asimismo, frente a los últimos cambios realizados a nivel ejecutivo y legislativo en el país, como la variación de nombre del ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables a Ministerio de la Familia y Poblaciones Vulnerables, así como, la aprobación del proyecto de ley N 7579 que permite a padres restringir que sus hijos aprendan de educación sexual en las escuelas, generan un panorama incierto en el respeto y enseñanza de temas relaciones al conocimiento de las ITS y cómo prevenir las mismas (Ramos & Romero, 2024). En ese sentido, se considera crucial investigar y generar evidencia respecto a si existen diferencias en la distribución del conocimiento del VIH/SIDA en los diversos subgrupos de mujeres peruanas entre los 15 a 24 años en función a su nivel educativo y laboral, identificar grupos de riesgo y generar estrategias diferenciadas.

Por tanto, planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las diferencias en el conocimiento sobre el VIH /SIDA entre las mujeres peruanas “NINI” y aquellas que participan en el sistema educativo y/o el mercado laboral, según la ENDES 2023?

III. JUSTIFICACIÓN

El VIH sigue representando un desafío crítico de salud pública en el Perú, afectando de manera desproporcionada a poblaciones en situación de vulnerabilidad. Entre ellas, las mujeres jóvenes que ni estudian ni trabajan (NINI) enfrentan barreras estructurales que las colocan en un riesgo aún mayor. La desigualdad de género, la dependencia económica, el acceso limitado a educación y servicios de salud, y la exposición a contextos de violencia sexual incrementan su vulnerabilidad frente a estas infecciones, dificultando la prevención y el tratamiento.

Se ha planteado que el conocimiento limitado o erróneo sobre el VIH/SIDA en este grupo podría influir en la transmisión de estas enfermedades y en la demora en buscar atención médica adecuada. Considerar el papel de las variables sociodemográficas en el nivel de conocimiento de las mujeres NINI, es importante para evidenciar brechas de información y sustentar intervenciones más pertinentes y equitativas. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 proporciona datos actualizados y representativos a nivel nacional, lo que permitirá examinar niveles de conocimiento en esta población y orientar políticas de salud más inclusivas y eficaces.

La condición de ser NINI afecta de manera particular a las mujeres jóvenes, quienes tienen una mayor predisposición a entrar en este estatus debido a factores sociales y de género. Las mujeres NINI suelen ser más vulnerables a la exclusión social, la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y la pobreza, lo que incrementa su exposición a riesgos, como las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Dado que las mujeres en esta situación tienen una menor oportunidad de acceder a una educación o empleo adecuado, se encuentran en una posición de desventaja que incrementa las probabilidades de conductas de riesgo. Es crucial que las políticas públicas de salud y educación aborden estas desigualdades de manera diferenciada, priorizando la salud sexual y reproductiva de las mujeres NINI, para así reducir los riesgos a los que se ven expuestas y mejorar su calidad de vida.

IV. MARCO CONCEPTUAL

IV. 1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1 INTERNACIONALES

En un análisis reciente sobre el conocimiento del VIH/SIDA en mujeres en edad reproductiva en India, Bhattacharyya et al. (2023) se exploraron los posibles factores que influyen en la comprensión de la enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario. Cabe tener en cuenta, que en la India es el tercer país con mayor carga de VIH, especialmente entre mujeres, quienes representan una proporción significativa de los casos reportados. El estudio se basó en información obtenida de la Quinta Encuesta Nacional de Salud Familiar de India, con una muestra de 95,541 mujeres entre 15 y 49 años. Mediante un análisis de regresión logística multinivel, se llegó a encontrar que solo el 24.8% de las participantes que habían oído hablar de VIH contaban con un conocimiento integral sobre la enfermedad.

Estos hallazgos evidencian que el nivel educativo fue un factor clave, ya que las mujeres con educación secundaria superior contaban con más probabilidades, respectivamente, de contar con conocimientos completos sobre el VIH en comparación con aquellas sin educación formal. Otros factores individuales, como la edad y la realización previa de una prueba de VIH, también se asociaron con un mayor conocimiento. A nivel comunitario, las mujeres pertenecientes a un grupo de mayor nivel de riqueza, educación y empleo en la comunidad incrementaban la probabilidad de poseer conocimientos adecuados sobre la enfermedad. Estos descubrimientos evidencian la persistente brecha de información en salud entre las mujeres en India, lo que podría incidir en la efectividad de las estrategias de prevención del VIH/SIDA.

En Egipto, Bekhatroh Rashed et al. (2021) en un estudio titulado “Women’s Knowledge, Beliefs, and Attitude Towards Sexually Transmitted Diseases, Especially HIV” exploró el nivel de conocimiento, creencias y actitudes de 268 mujeres casadas sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS), con énfasis en el VIH. Mediante un enfoque transversal en dos centros de salud materno-infantil, utilizando cuestionarios estructurados. Los resultados reflejan que más de un tercio de las mujeres encuestadas tenía un conocimiento limitado sobre las ETS, mientras que una proporción considerable mantenía creencias y actitudes negativas

respecto a estas infecciones. Se observó una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, la residencia, los ingresos y la ocupación. El estudio destaca que la importancia de mejorar el acceso a la educación y la información es clave para contribuir a transformar creencias erróneas y minimizar la desinformación sobre las ETS.

En una investigación realizada por Zegeye et al. (2022), se exploró la relación entre la capacidad de toma de decisiones de las mujeres y el su nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA en distintas naciones de África Subsahariana, utilizando datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (2010-2020). Los resultados mostraron que menos del 40% de las mujeres casadas poseían un conocimiento adecuado sobre el VIH, aunque este porcentaje variaba ampliamente según el país, con cifras especialmente bajas en Chad y mucho más altas en Ruanda. El análisis reveló que la autonomía en la toma de decisiones tenía un vínculo significativo con el nivel de conocimiento sobre el VIH, mostrando una asociación positiva en los modelos de regresión ajustados. Se identificaron diversas variables que influyen en el nivel de información sobre el VIH, entre ellas la edad de la mujer, el nivel educativo tanto propio como de su pareja, el acceso a fuentes de información masiva, el contexto socioeconómico de la comunidad y la accesibilidad a los servicios de salud.

Tadesse et al. (2020) en Etiopía, en una investigación titulada *“Knowledge of sexually transmitted infections and its associated factors among polytechnic college students in Southwest Ethiopia”*, examinó los factores vinculados al nivel de conocimiento sobre ITS en una muestra de 453 estudiantes. Los resultados arrojaron que ser hombre, tener mayor grado de estudios, contar con una o ninguna pareja sexual y contar con acceso a medios de comunicación (los considerados en el estudio: radio y televisión), fueron factores que se asociaron con un mayor nivel de conocimiento sobre las ITS. Este estudio hace énfasis en el desarrollo de actividades de promoción y prevención de las ITS mediante los medios de comunicación, que en el caso de este estudio en particular y en esta localidad del Suroeste de Etiopía fueron la radio y la televisión.

Las investigaciones sobre jóvenes que ni estudian ni trabajan (NINI) han señalado diversos factores asociados a esta condición, tales como el género, el nivel educativo, la estructura familiar y la situación económica del hogar. No obstante, un aspecto menos explorado es la

relación entre el estatus NINI y la salud, en particular, la salud sexual y reproductiva y su vínculo.

En este sentido, el estudio *“Health status among NEET adolescents and young adults in the United States, 2016–2018”* (Chandler & Santos Lozada, 2021) evalúa la posible asociación entre el estatus NINI y la autopercepción de salud de jóvenes en Estados Unidos. Se identificó que este grupo NINI presenta mayores tasas de consumo de tabaco y una menor prevalencia de consumo de alcohol.

Asimismo, el estudio *“How does the sexual, physical and mental health of young adults not in education, employment or training (NEET) compare to workers and students?”* (Tanton et al., 2021) analiza el impacto del estatus NINI en diferentes dimensiones de la salud, incluyendo la salud mental y sexual. Los hallazgos sugieren que los hombres NINI tienen mayor probabilidad de incurrir en conductas de riesgo como el consumo de tabaco y drogas, mientras que las mujeres NINI presentan una mayor acumulación de problemas de salud en diversas áreas, incluyendo embarazos no planificados y peores resultados en salud mental.

Estos hallazgos adquieren particular relevancia al analizar el nivel de conocimiento sobre VIH. Diversas investigaciones previas han evidenciado que el acceso a la educación y la inserción en el mercado laboral están estrechamente ligados a un mayor conocimiento sobre VIH y conductas preventivas. En este sentido, entender cómo la condición de NINI influye en el conocimiento y las actitudes frente al VIH es fundamental para el desarrollo de estrategias de salud pública más eficaces y adaptadas a esta población en situación de vulnerabilidad.

Si bien diversas investigaciones han analizado la relación entre el estatus de los NINI y diversos factores socioeconómicos y de salud, aún son limitados los estudios que abordan de manera integral el impacto de este fenómeno en la salud sexual y reproductiva, particularmente en mujeres. La evidencia sugiere que los jóvenes NINI enfrentan un mayor riesgo de conductas de salud perjudiciales, como el consumo de sustancias o la falta de protección en las relaciones sexuales, lo que podría llevar a una mayor vulnerabilidad a problemas de salud física y mental. Además, persiste una clara brecha en la literatura relacionada con las mujeres, especialmente en la dificultad de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, además de factores como la pobreza y las responsabilidades domésticas, que pueden agravar su situación de desventaja en términos de bienestar y salud.

4.1.2 REGIONALES

Un estudio llevado a cabo por De León y Pérez (2021), analizó cómo los factores familiares influyen en el conocimiento de prácticas de riesgo relacionadas con el VIH en adolescentes. A partir de un estudio observacional y transversal con 84 participantes de un instituto en Potosí, México, los investigadores demostraron que el conocimiento sobre VIH varía según la estructura y dinámica familiar. Los resultados de esta investigación destacan la relevancia de tener en consideración el entorno familiar en el diseño de estrategias educativas y de prevención dirigidas a los adolescentes.

El estudio de Palacios Chafra y Pérez Chicaiza (2022), analizó la relación entre el nivel de conocimiento sobre ITS y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes. Aplicando un enfoque cuantitativo correlacional, se encuestó a 171 adolescentes. Los resultados indicaron que la mayoría de los participantes contaban con alto conocimiento sobre ITS y que, en general, no contaban con conductas sexuales de riesgo significativas. Empleando un análisis de Chi-cuadrado, se confirmó la existencia de una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre ITS y la reducción de conductas sexuales de riesgo.

Asimismo, un estudio realizado por Martínez Benicio (2023) titulado *“Jóvenes que ni estudian ni trabajan en Argentina: una caracterización enfocada en diferencias de género en Argentina”* examinó la situación de los jóvenes de 15 a 24 años que no estudian ni trabajan NINI entre 2003 y 2018, enfocándose en las diferencias de género. A partir del análisis de datos de la Encuesta Permanente de Hogares, se halló que los factores asociados a la probabilidad de convertirse en NINI incluyen la edad, el género, el estado civil y el nivel de ingresos. En cuanto a las mujeres, la presencia de menores a su cargo y las tasas de desocupación fueron factores que incrementaron significativamente esta probabilidad.

El estudio también reveló que las mujeres tienden a permanecer en la condición NINI por más tiempo que los hombres. Pasado un año del inicio del estudio, se observó que el 60% de las jóvenes que eran NINI seguían siéndolo después de un año, en comparación con el 40% de los

hombres. Además, entre los jóvenes que lograban incorporarse al mercado laboral tras 12 meses, lo hacían en condiciones de informalidad. La investigación concluye que en América Latina, la principal causa de que las mujeres sean NINI es la carga de trabajo doméstico y de cuidado, mientras que el acceso al empleo formal sigue siendo una barrera para quienes dejan la escuela.

4.1.3 NACIONALES

La investigación realizada por Fernández y Milvia (2022), titulada “Variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual en mujeres peruanas de 12 a 49 años.” ENDES 2017-2019”, examinó cómo factores sociodemográficos influyen en el conocimiento sobre la prevención, riesgo de adquisición y transmisión vertical del VIH/SIDA en mujeres peruanas. A partir del análisis de datos de la ENDES 2017-2019 mediante un modelo de regresión de Poisson, se evaluaron variables como edad, estado civil, nivel educativo, quintil de riqueza, área de residencia y región natural. Los resultados mostraron que las mujeres con nivel educativo superior, aquellas en el quintil de riqueza más alto, y las residentes en la región Selva, presentaban un mayor conocimiento sobre VIH/SIDA. Los hallazgos demuestran que las condiciones socioeconómicas y educativas influyen significativamente en el acceso a la información y la prevención de estas infecciones, resaltando la necesidad de intervenciones dirigidas a poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, Amaya Mendoza y Ochoa Cuya (2022), en el estudio titulado “Asociación entre la etnicidad y el nivel de conocimientos sobre VIH en mujeres peruanas”. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, ENDES 2019”, evaluaron la relación entre la etnicidad, el idioma y el nivel de conocimientos sobre VIH en mujeres en edad fértil en Perú. A partir de un análisis transversal de datos de 29,509 mujeres encuestadas en la ENDES 2019, se encontró que solo el 26,88% tenía conocimientos adecuados sobre el VIH. Los modelos de regresión de Poisson mostraron que pertenecer a las etnias quechua, aymara, afroperuana, blanca u otras se asoció con una menor probabilidad de tener conocimientos adecuados sobre VIH, al igual que hablar una lengua materna o nativa, con asociaciones estadísticamente significativas. Estos

hallazgos subrayan la importancia de considerar factores culturales y lingüísticos en las estrategias de educación y prevención del VIH dirigidas a mujeres peruanas en edad fértil.

Por otro lado, en el entorno clínico, Changanahui Aquino (2020), en la investigación de nombre “Nivel de conocimiento y factores asociados al uso de anticonceptivos en puérperas, Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”, febrero 2020”, analizó la relación entre el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos y su uso en 100 puérperas. A través de un diseño observacional, transversal y analítico, se encontró que más del 65% de las puérperas tenía un nivel de conocimiento deficiente sobre anticonceptivos, mientras que el 33% poseía un nivel bueno. El análisis bivariado reveló la existencia de una fuerte asociación significativa entre el uso de anticonceptivos y el nivel de conocimiento de mujeres postparto. No obstante, no se encontró una asociación entre el nivel de conocimiento y otras variables como grado de instrucción, estado civil y edad.

A nivel Perú, la relación entre el estatus NINI y la salud, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, ha sido poco explorada. La falta de evidencia local sobre su acceso a información y servicios de salud dificulta el desarrollo de estrategias efectivas para reducir su vulnerabilidad.

IV. 2 BASES TEÓRICAS

4.2.1 El EFECTO COHORTE

El efecto cohorte hace referencia a las influencias particulares que afectan a un grupo de personas que comparten las mismas experiencias o etapas vitales durante un mismo periodo histórico, como puede considerarse haber crecido en una era de avances tecnológicos o educativos específicos. Esta perspectiva se ha utilizado generalmente en estudios epidemiológicos y sociales para analizar como factores generacionales afectan variables como el comportamiento, el riesgo o el acceso a servicios de salud (Regidor, 2002).

En la presente investigación, el efecto cohorte resulta pertinente para poder analizar al grupo de mujeres jóvenes identificado como NINI en el Perú. Este grupo ha crecido y atravesado su

juventud en un contexto marcado por la pandemia del COVID-19, una profunda crisis política y limitaciones estructurales en el acceso a la educación y salud. Estos elementos no solo afectan su formación y oportunidades, sino también la posibilidad de acceso a información y servicios en salud sexual y reproductiva. Reconocer este efecto, permite entender cómo su experiencia generacional específica puede influir en sus niveles de conocimiento sobre VIH/SIDA.

Incorporar el enfoque de efecto cohorte en el presente estudio permite contextualizar los hallazgos en función de las experiencias y circunstancias históricas compartidas por las mujeres jóvenes NINI en edad reproductiva. Al analizar cómo los eventos sociales, económicos y sanitarios específicos de su generación han influido en su acceso a educación, empleo e información en salud sexual y reproductiva (Anexo 1), es posible identificar diferencias que no serían evidentes sin considerar dicha perspectiva. Así, se plantea que el contexto generacional constituye un elemento clave que puede mediar en la relación entre condición NINI y el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, justificando la pertinencia de aplicar este enfoque en el análisis.

4.2.2 ENFOQUE DE CICLO DE VIDA

The Life Course Perspective o el enfoque de Ciclo de Vida ha sido ampliamente empleado en investigaciones sociodemográficas y, de forma más reciente, en el campo de la salud pública. Esta perspectiva nos permite analizar cómo los eventos, transiciones y trayectorias individuales se desarrollan a lo largo de la vida, moldeados por factores sociales, biológicos e históricos. Nos es útil, ya que nos permite entender cómo experiencias en etapas tempranas, la adolescencia o la juventud pueden tener efectos acumulativos sobre la salud y el comportamiento en etapas posteriores (Cenobio-Narcizo et al., 2019).

Desde este punto de vista, la vida de una persona no solo se ve compuesta por una serie de eventos aislados, sino como una *trayectoria*, formada por *transiciones* (terminar la universidad, ingresar al mercado laboral o contraer matrimonio) y los llamados *puntos de inflexión*, momentos críticos que pueden modificar de forma significativa el rumbo de esa trayectoria, sea esperado o inesperado (Cenobio-Narcizo et al., 2019). Volviendo al caso de las mujeres NINI, eventos como la deserción escolar, el desempleo sostenido o la maternidad temprana,

pueden representar transiciones y/o puntos de inflexión que podrían impactar en las decisiones y capacidades en torno a la salud sexual y reproductiva.

Son cuatro principales principios que integran el enfoque de ciclo de vida. El primer principio clave es la influencia del *tiempo histórico y lugar*: las condiciones culturales, sociopolíticas y económicas propias del contexto en que vive una cohorte influyen en su desarrollo. Otro principio relevante es el de *vidas interconectadas*, que reconoce la importancia de las relaciones significativas de unas personas (familia, pareja, redes sociales) en la toma de decisiones. Además, el principio de *agencia humana* sostiene que las personas toman decisiones dentro de las oportunidades y limitaciones que les ofrece su contexto. Por último, *el tiempo en las vidas* sostiene que los roles y comportamientos que los individuos van adoptando a lo largo de su vida, están asociados con grupos de edad biológica, psicológica, social y espiritual (Hutchinson, 2005).

4.2.3 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

Una de las teorías más utilizadas en la promoción de la salud para comprender y predecir conductas individuales relacionadas con la prevención de enfermedades. Surgió en la década de los cincuenta por iniciativa de psicólogos estadounidenses con el fin de explicar la escasa participación de la población en programas preventivos, como la prueba de detección precoz de VIH. El Modelo de Creencias en Salud (MCS) sostiene que ciertos factores cognitivos y perceptivos influyen directamente en la probabilidad de que una persona adopte comportamientos que protejan su salud. En esencia, plantea que el conocimiento no es suficiente por sí solo; ya que las creencias personales sobre la enfermedad y sus consecuencias, desempeñan un rol decisivo en la toma de decisiones en salud (Soto Mas et al., 2010).

El MCS se fundamenta en los siguientes componentes clave:

- Percepción de susceptibilidad: grado en que una persona se siente vulnerable a una enfermedad o problema de salud.
- Percepción de severidad: creencia sobre la gravedad de los efectos que la enfermedad tendría en su vida.

- Percepción de beneficios: evaluación de las ventajas esperadas al adoptar una conducta de prevención o tratamiento.
- Percepción de barreras: obstáculos percibidos que dificultan la adopción de una conducta saludable, como el costo, el tiempo o el estigma.
- Autoeficacia: confianza en la propia capacidad para llevar a cabo la acción preventiva deseada.
- Estímulos para la acción (cues to action: factores internos o externos que impulsan a actuar, como síntomas físicos, campañas de información o el consejo de profesionales de salud. (Ayelti & Easton-Carr, 2024).

4.2.4 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son los factores que influyen en las circunstancias en que las personas nacen, se desarrollan, habitan, laboran y envejecen. Estos factores están moldeados por estructuras sociales, económicas y políticas que los sustentan. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos determinantes no solo influyen en los estilos de vida individuales, sino también en cómo se distribuye el poder, el acceso a los recursos y las oportunidades que impactan directamente la salud de la población.

El marco conceptual que establece la OMS, distingue dos tipos de determinantes: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios. Los primeros incluyen factores como el contexto económico, social y político, así como la distribución desigual del poder y de los recursos entre diferentes grupos sociales, definidos por género, clase o etnicidad. Estas desigualdades estructurales generan inequidades en salud, entendidas también como diferencias sistemáticas, evitables e injustas en los resultados de salud entre la población. Por otro lado, los determinantes intermedios, se relacionan con condiciones inmediatas de la vida cotidiana, como el acceso a empleo digno, condiciones laborales seguras, acceso a educación, vivienda adecuada, transporte, entorno social y factores psicosociales. Estos determinantes son consecuencia directa de los estructurales, siguiendo una logística de causalidad jerárquica (OPS, 2023).

Diversos estudios en salud pública y sociología han demostrado que la prevalencia, gravedad y consecuencias de diversas enfermedades siguen un patrón claramente influenciado por variables socioeconómicas. Factores como el nivel educativo, el ingreso económico, la posición laboral y el género no solo pueden determinar la aparición de enfermedades, sino también las oportunidades de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. A pesar de los cambios históricos en los perfiles epidemiológicos, pasando de enfermedades transmisibles a crónicas, el gradiente social de la salud persiste, evidenciado que las personas que cuentan con menos recursos, tienden a enfermar más y recibir menos atención (López Álvarez, 2023).

IV.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

4.3.1 CONOCIMIENTO

Cuando se habla de conocimiento, se pueden encontrar distintas definiciones para este amplio concepto a lo largo de la historia. Diferentes disciplinas han tratado de abordar su naturaleza, clasificación y formas de obtención, destacando su papel en la asimilación y transformación del entorno. En términos generales, se podría decir que el conocimiento puede entenderse como la capacidad de interpretar, procesar y aplicar información adquirida en diferentes contextos. Sin embargo, su definición varía según el enfoque teórico y la perspectiva de cada autor.

Para Davenport y Prusak (1998), “el conocimiento es una mezcla fluida de experiencia formulada, valores, información contextual y visión experta.” (p.5). En la psicología educativa, los autores suelen hacer la distinción entre conocimiento procesal (saber cómo), conocimiento declarativo (saber qué), conocimiento condicional (saber cuándo y dónde), metacognoscimiento (saber acerca de) y conocimiento de interrelación (saber quién) (Iles y Altman ,2002). En el contexto de esta investigación, el conocimiento se conceptualiza como la capacidad de las mujeres peruanas en edad reproductiva para reconocer, comprender y aplicar información sobre el VIH. Esto incluye tanto el conocimiento declarativo- identificación de VIH, vías de transmisión, métodos de prevención -como el conocimiento procesal- capacidad para tomar decisiones informadas sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva. De este modo, el conocimiento no se limita al reconocimiento “superficial”, sino abarca la comprensión y el uso

práctico de la información para la prevención de VIH, integrando así elementos declarativos y procesales para esta variable.

4.3.2 CONOCIMIENTO ADECUADO SOBRE VIH/SIDA

El presente estudio considera que una persona tiene un conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA si responde correctamente a una serie de cinco preguntas que evalúan tanto conocimientos acertados sobre la prevención como el rechazo de creencias falsas relacionadas con el VIH/SIDA. Esta variable ha sido construida con base en el indicador N° 1.16 del sistema Global AIDS Monitoring (GAM) de ONUSIDA (2024). Para evaluar el conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA, se plantearon cinco preguntas clave: si se reconoce que el riesgo de transmisión se reduce al mantener relaciones sexuales únicamente con una pareja no infectada sin otras parejas; si se identifica el uso consistente del preservativo como una medida efectiva de prevención; si se comprende que una persona puede tener VIH incluso si aparenta estar saludable; si se rechaza la creencia errónea de que el VIH puede transmitirse por picaduras de mosquitos; y si se descarta la idea falsa de que compartir alimentos con una persona que vive con VIH representa un riesgo de infección.

4.3.3 VIH/SIDA

DEFINICIÓN:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un agente que infecta y ataca los linfocitos T CD4 del sistema inmunológico, un tipo de glóbulo blanco esencial para el sistema inmunitario. Estas células desempeñan un papel fundamental al coordinar la respuesta inmune, activando y dirigiendo a otras células inmunitarias, como los linfocitos B y los linfocitos T citotóxicos.

El virus se multiplica dentro de los linfocitos T CD4, lo que acaba debilitándolos y destruyéndolos. Sin un tratamiento eficaz basado en medicamentos antirretrovirales, el sistema inmunológico se debilita gravemente, perdiendo su capacidad para combatir infecciones y enfermedades.

Cabe aclarar la diferencia entre los términos *VIH* y *Sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)*, ya que frecuentemente estos términos son utilizados para referirse a la misma condición, lo cual no es del todo correcto. La OMS (2024) nos explica que el sida, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se define como una condición avanzada del VIH. En esta etapa, el sistema inmunitario está extremadamente debilitado, lo que permite que infecciones oportunistas y enfermedades graves se desarrollen con mayor facilidad. Las infecciones oportunistas se llaman así porque se aprovechan de la debilidad del sistema inmunitario. Esta situación era más común antes del desarrollo de tratamientos antirretrovíricos eficaces, aunque con el tiempo y el acceso a tratamientos antirretrovíricos (TAR), la prevalencia del sida ha disminuido notablemente. Sin embargo, aún es una preocupación clave en las personas con un diagnóstico tardío o con una adherencia inconsistente a los tratamientos. Es importante señalar que no se puede tener SIDA sin estar infectado con el VIH. Pero las personas pueden vivir, y de hecho viven, una larga vida (con tratamiento) con el VIH y nunca desarrollar el SIDA.

TRANSMISIÓN:

A medida que se comprende mejor la definición del VIH, es crucial examinar los mecanismos por los cuales se transmite. El VIH solo se transmite por medio de actividades específicas. Frecuentemente, el virus se transmite únicamente por medio de conductas sexuales, fluidos corporales o al compartir agujas. Para que ocurra la transmisión, estos fluidos deben tener contacto con membranas mucosas, tejido dañado o ingresar directamente al torrente sanguíneo mediante agujas o jeringas. Cabe resaltar que una persona con VIH bajo tratamiento antirretroviral efectivo y con estado indetectable no genera una transmisión a sus parejas sexuales (HIV Care, 2024).

El VIH se transmite principalmente a través de relaciones sexuales sin preservativo, especialmente cuando no se utilizan medicamentos para prevenir la infección. El sexo anal es una de las formas de transmisión más comunes, aunque también el sexo vaginal es una vía importante. Como se explicó anteriormente, una actividad de alto riesgo para la transmisión del virus es compartir agujas o jeringas, solución de enjuague e implementos (de trabajo) usados para administrar medicamentos vía intravenosa con alguien que tiene VIH.

Aunque es menos común, el VIH también puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Si bien el riesgo no es significativo cuando la madre no recibe tratamiento, las estrategias actuales que incluyen la prueba del VIH en mujeres embarazadas y el inicio inmediato del tratamiento han logrado disminuir considerablemente los casos de transmisión vertical. El personal de salud enfrenta un riesgo significativo de exposición al VIH si sufre de una lesión con agujas u otros objetos punzocortantes contaminados. Aunque es poco común, también existe la posibilidad de transmisión del virus a través del sexo oral. En situaciones aún más raras, el VIH puede adquirirse mediante transfusiones de sangre, productos sanguíneos o trasplantes de órganos o tejidos infectados. No obstante, estos tipos de transmisión fueron más frecuentes en los inicios de la epidemia; en la actualidad, gracias a los rigurosos controles, el riesgo es mínimo. En raras ocasiones, el VIH se ha transmitido por contacto con sangre en heridas abiertas, mordidas graves, alimentos masticados por personas con VIH (en bebés), o besos profundos con sangrado en ambas personas. La saliva por sí sola no transmite el virus. (OMS, 2024).

CARGA VIRAL Y ETAPAS:

Con este contexto sobre la transmisión del VIH, es crucial entender otro aspecto esencial: la carga viral y su impacto en la propagación del virus. La carga viral del VIH se refiere a la cantidad de virus presente en una muestra de sangre. El tratamiento del VIH tiene como meta reducir esta carga viral hasta niveles indetectables, es decir, a un punto en el que no se pueda detectar en una prueba de laboratorio. Conocer la carga viral es fundamental para las personas que viven con VIH, ya que proporciona información sobre la eficacia de su medicación antirretroviral. El recuento de CD4 es un indicador clave de la salud del sistema inmunitario, y las personas sin VIH suelen tener entre 500 y 1,500 células CD4. Una carga viral elevada puede disminuir este recuento, y cuando las células CD4 caen por debajo de 200, el riesgo de desarrollar enfermedades e infecciones graves aumenta. Esto ocurre porque un bajo recuento de CD4 debilita la capacidad del cuerpo para combatir infecciones, elevando así las probabilidades de enfrentar complicaciones como infecciones graves y ciertos tipos de cáncer. (National Institutes of Health, 2024)

Como toda enfermedad, el VIH tiene distintas etapas. Cuando las personas contraen VIH y no reciben tratamiento, se espera que pasen por 3 etapas de enfermedad. Los tratamientos

antirretrovirales, si se toman según lo indicado, ayudan a las personas en todas las etapas, previniendo o retrasando la progresión de una etapa a otra. Las etapas del VIH son las siguientes:

- 1) Infección aguda por VIH: periodo posterior a la infección por VIH (2 a 4 semanas). Dentro de esta etapa, pueden presentarse síntomas muy similares a la gripe, siendo esta la reacción natural del cuerpo ante la infección. Durante esta etapa, la carga viral es extremadamente alta, aumentando el riesgo de contagio. Ya que durante este periodo las personas probablemente no sepan que han contraído el virus, puede que no se sientan mal de inmediato o en lo absoluto.
- 2) Latencia clínica (inactividad o latencia del VIH) : Esta etapa es también conocida como infección crónica por VIH o infección asintomática, ya que el virus todavía está activo, pero se reproduce a niveles bajos. Para aquellos que no reciben tratamiento, esta etapa puede durar más de diez años o incluso un poco más, aunque algunos podrían avanzar más rápidamente. Pero, para aquellos que sí reciben tratamiento, de la manera correcta, todos los días, pueden permanecer en esta etapa por varias décadas. No se debe olvidar que, durante esta etapa, las personas que tienen VIH, aún pueden transmitir el virus. Las personas en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida tienen una probabilidad significativamente menor de transmitir el VIH que aquellas sin control viral.
- 3) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): La tercera fase es considerada la más severa. Durante esta etapa, el sistema inmunológico de las personas está más dañado, por lo que sufren a mayor intensidad y frecuencia las llamadas enfermedades oportunistas. Una persona con SIDA que no recibe tratamiento, tiene una esperanza de vida de unos 3 años aproximadamente. Los síntomas más comunes durante este periodo incluyen: debilidad, pérdida de peso, inflamación de los ganglios linfáticos, sudores y escalofríos. Durante esta etapa, las personas tienen una alta carga viral, por lo que son muy contagiosas.

Una vez que una persona tiene VIH, el virus permanece en su cuerpo de por vida. No existe una cura para el VIH, pero los medicamentos antirretrovirales pueden controlar el virus y mantener a la persona sana. Estos medicamentos no solo ayudan a gestionar la enfermedad, sino que también pueden prevenir la transmisión del virus a otras personas. Cuando la carga viral es "indetectable" y no se puede detectar en el cuerpo, el riesgo de transmitir el VIH a

través de relaciones sexuales o cualquier otra vía se reduce significativamente (National Institutes of Health, 2024).

SÍNTOMAS:

Conocer los síntomas del VIH puede ser clave para el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de la enfermedad. Según la OMS (2024), pueden pasar años antes de que los síntomas del VIH se hagan presentes, ya que los síntomas del VIH varían según la etapa de infección. En las primeras semanas tras el contagio, no se presenta síntoma alguno, mientras que otros pueden experimentar un cuadro similar a la gripe, con fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, erupciones en la piel y malestar en la garganta.. A medida que la infección progresa, pueden aparecer otros signos y síntomas, como lo son: pérdida de peso, inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre, diarrea y tos. Si es que no se identifica y por ende no se trata, podrían presentarse afecciones más graves como la tuberculosis, infecciones bacterianas graves, meningitis por criptococos, cánceres como linfomas o el Sarcoma de Kaposi. Durante el período inicial, hay una gran cantidad de virus en el organismo, por lo que es muy fácil transmitir el VIH a otras personas. Los síntomas solo duran unas pocas semanas y, luego, normalmente, no vuelven a aparecer durante años. Pero el VIH se puede transmitir a otras personas, ya sea que tengas síntomas o te sientas enfermo o no.

Es importante resaltar que el VIH en hombres y mujeres son los mismos, pero pueden presentarse algunos síntomas más en las mujeres. Los síntomas comunes del VIH en mujeres incluyen cambios en el ciclo menstrual, ocasionando que los periodos sean más ligeros o intensificando el síndrome premenstrual, dolor durante las relaciones sexuales, infecciones vaginales por hongos y dolor en el abdomen inferior debido a una enfermedad inflamatoria pélvica.

FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN:

Existen factores que pueden aumentar el riesgo de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Uno de los principales factores es tener relaciones sexuales, anales o vaginales, sin preservativo. Contar con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), también aumentan el riesgo. Además, el consumo nocivo de alcohol es un factor importante durante el acto sexual. Compartir jeringas y/o material de inyección contaminado, recibir inyecciones o transplantes

de tejidos sin las medidas de seguridad apropiadas, son también factores de riesgo asociados a contraer VIH (Organización Panamericana de la Salud[OPS], 2024).

El conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VIH ha permitido el desarrollo de estrategias preventivas específicas y accesibles. Según la OMS, el uso del preservativo masculino o femenino es esencial para prevenir la transmisión del VIH. Otras estrategias de prevención incluyen; el empleo de pruebas de detección VIH, estrategias de reducción de daños para personas que usan drogas inyectables y la circuncisión masculina voluntaria. El tratamiento de las ITS juega un papel muy importante, ya que estas infecciones puede aumentar el riesgo de contraer VIH si no se tratan a tiempo, y realizarse pruebas frecuentes es esencial, ya que muchas de estas ITS no presentan síntomas evidentes. Existen otros dos métodos eficaces para prevenir el VIH son el PrEP (profilaxis preexposición) y el PEP (profilaxis postexposición). El PrEP es un medicamento que se toma de forma preventiva antes de exponerse al VIH, es ideal para personas con alto riesgo de contraer el virus. El PEP, por otro lado, se considera un tratamiento de emergencia, el cual debe ser consumido dentro de las 72 horas posteriores al contacto. En cuanto a la prevención vertical durante el embarazo, las personas gestantes, durante su control prenatal, deben realizarse una prueba de VIH, si es que se detecta el virus, el tratamiento antirretroviral reduce significativamente el riesgo de transmisión al bebé (AHF Perú, 2024).

DIAGNÓSTICO:

Además de las estrategias de prevención, la detección temprana del VIH mediante pruebas diagnósticas es esencial para iniciar un tratamiento oportuno y prevenir complicaciones. El VIH puede detectarse mediante pruebas rápidas que brindan resultados en veinticuatro horas. Sin embargo, ninguna prueba por sí sola puede garantizar un diagnóstico completo de seropositividad para el VIH, por lo que es necesario realizar una prueba confirmatoria bajo la supervisión de un profesional de la salud capacitado en un centro comunitario o dispensario.

Las pruebas más comunes detectan anticuerpos contra el VIH, que suelen aparecer en los primeros 28 días. En el caso de menores de 18 meses se requieren pruebas virológicas. Hoy en día, es posible obtener resultados el mismo día gracias al avance tecnológico (Mayo Clinic, 2024).

El diagnóstico es el primer paso hacia la gestión efectiva del VIH, seguido por el tratamiento médico necesario. Aunque no existe una cura para la infección por VIH, los tratamientos antirretrovirales (TAR) son fundamentales para detener la multiplicación del virus y prevenir el debilitamiento del sistema inmunitario, permitiendo que este continúe luchando contra otras infecciones. Los TAR se toman de por vida y reducen la cantidad de virus en el cuerpo, evitando la aparición de síntomas y permitiendo una vida plena y saludable.

4.3.4 NINI

El término NINI hace referencia a los jóvenes que ni estudian ni trabajan, surgió en el año 1990 a raíz de los intentos de abordar las diferentes ramas de la separación juvenil del mercado laboral, más allá del desempleo. Los NINI son aquellos jóvenes que ocupan diferentes espacios en el ámbito de la precariedad que existe entre una situación de empleo estable y el desempleo (Furlong, 2007).

En el Perú, aún no hay consenso en cuanto al rango de edad y a lo que hace referencia el término "NINI". Según Malaga y Oré (2017), la población NINI son jóvenes entre 15 a 29 años que no trabajan ni estudian y si es que tuvieran algún tipo de capacitación formal, no la utilizan. Es decir los jóvenes "NINI" se podrían dividir en tres grupos principales: a) jóvenes que no buscan trabajo/estudio ni desean trabajar/estudiar b) jóvenes que no buscan activamente trabajo, pero desean pertenecer a la fuerza laboral c) jóvenes que buscan activamente trabajo. No obstante, Alcázar et al. (2018) menciona que para el contexto nacional considerar los escenarios socioculturales es de vital importancia debido a que el grupo de jóvenes entre 15 a 29 años no es homogéneo y por tanto, algunos están más expuestos a situaciones de informalidad y precariedad, especialmente las mujeres jóvenes por lo que la definición anterior no aborda esta problemática.

En esa misma línea, Maguire (2015) explica que el término NINI desde su creación se utilizó para definirse a jóvenes menores de 18 años sin trabajo, sin embargo, el término ha ido ajustándose según distintos contextos y se aplica internacionalmente a cohortes mucho más amplias, típicamente desde los 15 hasta los 24 años (y en algunos países, se consideran hasta los 29 años).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), aterriza el concepto a un grupo más específico; jóvenes que no cuentan con una ocupación y no cursan estudios ni reciben formación. Estos jóvenes no están matriculados en la escuela ni en un programa de formación formal. A efectos estadísticos, la OIT define a los jóvenes como personas entre 15 a 24 años (OIT, 2025). La OIT obtiene este corte de 15 a 24 años basándose en la definición de la Organización de las Naciones Unidas, quien define como jóvenes a quienes se encuentran entre los 15 y 24 años de edad (ONU, 1985). El conjunto de organizaciones mundiales afirma que no existe definición internacional universalmente aceptada del grupo de edad que comprende la juventud. Sin embargo, la mayoría llega a un consenso, por fines estadísticos y con el fin de realizar comparaciones entre los Estados miembros, de aceptar la definición de la ONU (personas entre 15 a 24 años). Desde ese periodo, todas las estadísticas de la ONU se basan en esta definición.

En ese sentido, una de las organizaciones más importantes en materia de medición de indicadores NINI es el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el cual dentro de su plataforma CIMA (Centro de Información para la Mejora de los Aprendizajes), presenta 40 indicadores comparables a lo largo de 26 países y promueve el desarrollo e implementación de políticas públicas educativas y basadas en evidencia con el fin de mejorar la calidad de la educación, siendo NINI uno de los indicadores. Cabe resaltar, que nuestro país se encuentra considerado dentro de esta medición (CIMA, 2023).

Así, a partir de la revisión de la literatura, debido a los objetivos que el presente estudio posee de poder generar comparaciones con otros contextos, se define la variable NINI en base a la definición internacional que establece "NINI" como aquellos jóvenes entre los 15 a 24 años que no trabajan y no cursan estudios ni reciben formación durante el periodo de análisis. En este caso, representa un momento específico del 2023 en el que se recogen los datos de la ENDES.

V. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO PRINCIPAL:

Determinar las diferencias en el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA entre mujeres peruanas “NINI” en edad reproductiva y aquellas que estudian o trabajan, a partir de los datos de la ENDES 2023

5.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- a. Caracterizar la población de mujeres NINI según su nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.
- b. Analizar las diferencias en el conocimiento sobre el VIH/SIDA entre mujeres peruanas “NINI” y mujeres que estudian o trabajan, según índice de riqueza, de acuerdo a la ENDES 2023
- c. Analizar las diferencias en el conocimiento sobre el VIH/SIDA en mujeres peruanas “NINI” y mujeres que estudian o trabajan, según condiciones socio-demográficas, de acuerdo a la ENDES 2023
- d. Analizar las diferencias encontradas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA en mujeres peruanas “NINI” y mujeres que estudian o trabajan de acuerdo a su localización geográfica, según la ENDES 2023

VI. HIPÓTESIS

Las mujeres peruanas “NINI” presentan un menor nivel de conocimiento de VIH/SIDA en comparación a aquellas que estudian o trabajan. Estas diferencias se ven influenciadas de forma significativa por factores como el índice de riqueza, condiciones socio-demográficas y su localización geográfica.

VII. METODOLOGÍA

7.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es un análisis de bases secundarias utilizando la ENDES 2023. Es de tipo observacional, analítico, descriptivo y de tipo transversal. A través del análisis de asociaciones, se exploraron las diferencias en el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA entre mujeres peruanas NINI en edad reproductiva y aquellas que estudian o trabajan.

7.2 POBLACIÓN

La población de estudio fueron mujeres peruanas de 15 a 24 años de edad quienes fueron las informantes en el cuestionario individual de la ENDES 2023. Esta encuesta recopila información general sobre la salud materna e infantil de todo el Perú.

Si bien el cuestionario individual de la ENDES recopila información de mujeres peruanas desde los 15 años hasta los 49 años, para fines del presente estudio se consideró a la cohorte de 15 a 24 años debido a que a este grupo se le considera a nivel nacional e internacional como población “NINI”. Además, según el Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI), en las etapas de adolescencia y adulto joven se le da prioridad a nivel de salud y políticas públicas a la prevención de infecciones de transmisión sexual por lo que resulta pertinente el análisis de este grupo poblacional (MINSa 2020).

7.3 MUESTREO

Respecto a la muestra utilizada en el estudio original (ENDES), esta se generó en dos etapas, de forma probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.

El Censo Nacional XII de Población y VII de Vivienda del año 2017 (CVP2017) se utilizó en su totalidad para el diseño del marco muestral de la ENDES 2023. La Unidad Primaria de Muestreo (conglomerados) se escogió basándose en el número de hogares ocupados y fue calculada a partir de la probabilidad en función al tamaño utilizando el muestreo equilibrado del CVP 2017. Por otro lado, la Unidad Secundaria de Muestreo (hogares) se seleccionó a partir del registro oficial de viviendas, pero tomando en cuenta las variables de interés como: mujeres de 15 a 49 años de edad, niños menores a 5 años y otras poblaciones específicas

En cuanto a la representatividad de la población seleccionada, la ENDES 2023 utilizó los siguientes factores de ponderación:

Factor Hogar (HV005): Utilizado para el cálculo de indicadores que corresponden a la vivienda, anemia y desnutrición en menores de 5 años, ajustado a la no respuesta de viviendas.

Factor Mujer (V0005): Ajustado a la no respuesta, este factor permite reestructurar poblacionalmente a las mujeres entre 15 y 49 años. Es utilizado para asegurar indicadores como, por ejemplo, el conocimiento sobre VIH/SIDA.

En cuanto a la representación urbanística, se consideró el área de empadronamiento rural y la vivienda particular para el caso de las unidades de muestreo en áreas rurales. En cambio, en las unidades de muestreo en el área urbana se contempló el conglomerado y la vivienda particular (INEI, 2023).

Para fines de la investigación, se utilizó un submuestreo de los datos recopilados por la ENDES. En base a la muestra original, se seleccionó sólo a las mujeres de 15 a 24 años de edad que hayan respondido el cuestionario individual y a las preguntas que abarcan el conocimiento de VIH y otras ITS. Cabe resaltar, que no se alteró la naturaleza probabilística de la muestra

original puesto que se utilizó el peso muestral (variable V005) en el análisis de los datos, ajustando de esta manera las estimaciones del perfil demográfico de la población femenina en edad reproductiva.

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Del total de 36 760 viviendas a nivel nacional:

- 14 840 hogares corresponden a Lima Metropolitana
- 9 260 hogares al resto urbano
- 12 660 hogares al área rural

De estas viviendas, 35 678 fueron entrevistadas. Dentro de las mismas, se identificaron 38 352 mujeres de 12 a 49 años. Para fines del estudio, se consideran los siguientes criterios:

7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Mujeres de 15 a 24 años de edad que respondieron las preguntas sobre VIH/SIDA y otras ITS.

7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Mujeres de 15 a 24 años de edad que no respondieron las preguntas de la encuesta sobre VIH/SIDA y otras ITS.

7.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES

Para la operacionalización de variables se extrajo la información de los siguientes módulos de la ENDES 2023: Módulo 1631(REC91, REC0111); Módulo 1635 (RE516171) y el Módulo 1636 (RE758081). Se elaboró el presente cuadro a partir del Diccionario de Variables del Cuestionario Individual (INEI, 2023).

Objetivos	Variable	Código ENDES	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Descripción de la variable	Unidad de medida
Transversal	Conocimiento adecuado de VIH/SIDA	V754DP V754CP V756 V754JP S802E	Conocimiento de conceptos del VIH/SIDA y sus formas de transmisión y prevención	Dependiente	Categoría dicotómica	Nominal	<u>Conocimiento adecuado:</u> Responde correctamente las siguientes 5 preguntas (todas ellas): a. ¿Cree usted que las personas tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA	0: No/No Sabe 1: Sí

							<p>(VIH) si tienen una sola pareja sexual que no esté infectada y que no tenga otras parejas?</p> <p>b. Cree usted que las personas que usan condón cada vez que tienen relaciones sexuales ,tienen menos riesgo de adquirir el virus que causa el SIDA (VIH)</p> <p>c. ¿Es posible que una persona que parece saludable esté infectada con el virus que causa</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>el SIDA (VIH)?</p> <p>d. ¿Cree usted que las personas pueden adquirir el virus del SIDA por la picadura de mosquito?</p> <p>e. ¿Cree Ud. que la gente puede contraer el SIDA (VIH) a través de utensilios compartidos con una persona infectada?</p> <p><u>Conocimiento</u> <u>inadecuado: responde</u> correctamente ≤ 4 preguntas.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>O. Específico 1: Caracterizar la población de mujeres NINI según su nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA.</p>	<p>NINI</p>	<p>V714 S111</p>	<p>Situación económica y laboral actual</p>	<p>Independiente</p>	<p>Catagórica dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Variable construida a partir de las covariables de la ENDES V714 Y S111</p> <p>S111: ¿Actualmente asiste a la escuela, colegio, instituto o universidad?</p> <p>V714: ¿Actualmente se encuentra trabajando?</p>	<p>0: No 1: Sí</p>
<p>O.Específico 2: Analizar las diferencias en el conocimiento sobre el VIH/SIDA entre mujeres peruanas</p>	<p>Índice de riqueza</p>	<p>V190</p>	<p>Medición del nivel económico</p>	<p>Independiente</p>	<p>Catagórica politómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Índices establecidos por la base del ENDES</p>	<p>1: El más pobre 2: Pobre 3: Medio 4: Rico 5: Más rico</p>

“NINI” y mujeres que estudian o trabajan, según índice de riqueza, de acuerdo a la ENDES 2023								
O. Específico 3: Analizar las diferencias en el conocimiento sobre el VIH/SIDA en mujeres peruanas “NINI” y mujeres que estudian o	Grupo etario	V013	Edad actual en grupos de 5 años	Independiente	Categórica politómica	Nominal	Grupo de edad en donde se encuentra la entrevistada	1: De 15 a 19 años de edad 2: De 20 a 24 años de edad
	Situación de pareja	V501	Vínculo sentimental actual	Independiente	Categórica dicotómica	Nominal	Respuesta de la encuestada sobre la pregunta de estado civil. Se considera sin pareja a las que responden como “Soltera” “Viuda” “Divorciada” y “No viven	0: Sin Pareja 1: Con Pareja

trabajan, según condiciones socio-demográficas, de acuerdo a la ENDES 2023							juntos”. Se considera con pareja a las que responden como “Casada” “Viviendo juntos”.	
	Edad en la primera relación sexual	V531	Edad de inicio de vida sexual	Independiente	Categórica politómica	Nominal	Respuesta de la encuesta sobre a los cuántos años inició su vida sexual	0, 97: Nunca tuvo relaciones sexuales 1-14: <15 años 15-17: “15-17 años” 18-19: “18-19 años” 20 a más: “+20 años”
	Nivel educativo más alto	V106	Nivel educativo más alto alcanzado	Independiente	Categórica politómica	Nominal	Respuesta de la encuestada respecto a su nivel educativo alcanzado	0: Sin educación 1: Primario 2:

								Secundario 3: Superior
O.Específico 4: Analizar las diferencias encontradas en el conocimiento sobre el VIH/SIDA en mujeres peruanas “NINI” y mujeres que estudian o trabajan de acuerdo a su localización geográfica, según la ENDES 2023	Lugar de residencia	V102	Zonificación	Independiente	Categórica dicotómica	Nominal	Zona donde reside	1: Urbano 2: Rural
	Región natural	V101,	Región política	Independiente	Categórica politómica	Nominal	Región donde reside	1: Costa 2: Sierra 3: Selva

7.5 INSTRUMENTO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento utilizado fue el cuestionario estructurado realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI) y la técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista directa realizada por los encuestadores de la ENDES. En relación al VIH/SIDA, se examinaron varios puntos de vista de la entrevistada respecto a si tiene conocimiento sobre la existencia del VIH/SIDA, maneras de prevenir la infección por VIH y cuáles son las principales formas de adquirir la infección, así como algunos mitos respecto a las formas de contagio.

7.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para el procesamiento de datos, se llevó a cabo una limpieza de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023. Esto implica la identificación y eliminación de registros con datos faltantes o inconsistentes en las variables clave del estudio. Asimismo, se realizó una recodificación de variables para agrupar respuestas relacionadas con el conocimiento sobre VIH en categorías dicotómicas o politómicas que permitan un análisis más preciso. Además, se generó una nueva variable derivada de las variables “situación educativa” y “situación laboral”: la variable “NINI” (ni estudian ni trabajan). De esta forma, quedaron cuatro grupos principales para analizar: mujeres “NINI”, mujeres que estudian y trabajan, mujeres que solo estudian y mujeres que solo trabajan.

En la fase de análisis descriptivo, se utilizó el programa RStudio. Se calcularon medidas de tendencia central, con el objetivo de describir las características sociodemográficas de la población estudiada. Se emplearon tablas de frecuencias y gráficos para representar la distribución de respuestas sobre el conocimiento adecuado en VIH/SIDA, diferenciando entre grupos según variables de interés como el índice de riqueza, localización geográfica y condiciones socio-demográficas.

Posteriormente, en el análisis comparativo, se aplicaron pruebas estadísticas bivariadas para identificar diferencias entre los grupos previamente mencionados. Para las variables

categorías, se empleó la prueba de Fisher y se calculó el valor de p entre las mujeres NINI y las que estudian y/o trabajan.

7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se fundamentó en los datos de la ENDES 2023 llevada a cabo por el INEI, por tanto no se mantuvo contacto directo con individuos. No obstante, es crucial destacar que la ENDES implementó su propio proceso de cuidados éticos con los individuos, utilizando un consentimiento informado verbal, señalando en relación a la autonomía, considerando que las personas entrevistadas manifestaron su deseo de participar en la encuesta de manera voluntaria tras entender el objetivo del estudio. Respecto al empleo de la encuesta, aquellos que acataron los criterios de selección, no sufrieron discriminación y disfrutaron de igualdad de oportunidades para ser parte del estudio, respetando el principio de equidad. De igual manera, se mantuvo el principio de la no maleficencia dado que los entrevistadores de la ENDES 2023 se esforzaron por no suprimir ninguna emoción o trauma de la vida de los participantes.

Asimismo, el estudio antes de ser llevado a cabo, se revisó y aprobó previamente por el Comité Institucional de Ética de la UPCH (Código: 218343).

VIII. RESULTADOS

8.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

El total de mujeres fue de 9,305, de este número 1,943 mujeres son NINI y 7,362 estudian y/o trabajan. En la tabla 1, vemos que la mayoría (56%) de las mujeres se encuentran en el grupo etario de 15 a 19 años, el resto (44%) en el grupo de 20 a 24 años. Las mujeres NINI se concentran mayormente en el grupo de 20 a 24 años (55%), el resto (45%) entre los 15 a 19 años. Las mujeres que estudian y/o trabajan se encuentran mayoritariamente en el rango de 15 a 19 años de edad (58%), mientras que 42% en el grupo de 20 a 24 años.

El 83 % de la muestra total vive en la zona urbana. Las mujeres que estudian y/o trabajan (84%) tienen una mayor proporción en zonas urbanas. Las mujeres NINI también están ubicadas mayoritariamente en zonas urbanas (77%).

El 70 % del total de mujeres vive en la costa, 20 % en la sierra y 10% en la selva. Las mujeres NINI siguen un patrón similar; costa (71%), sierra (15%) y selva (13%). De igual manera, las mujeres que estudian y/o trabajan, se concentran en la costa mayoritariamente (70%), luego en la sierra (21%) y en la selva (10%).

En cuanto al índice de riqueza, las mujeres tanto en el grupo NINI como en el grupo que estudian y/o trabajan, se encuentran distribuidas de forma equilibrada entre los niveles más pobre, pobre, medio, rico y más rico con porcentajes similares y sin diferencias relevantes.

Del total de mujeres, el 45% reportó nunca haber tenido relaciones sexuales, mientras que el 30% reportó haber iniciado entre los 15 a 17 años de edad. Las mujeres NINI reportaron en su mayoría haber iniciado su vida sexual entre los 15 a 17 años de edad (42%), mientras que el 27% reportó nunca haber tenido relaciones sexuales. En cuanto a las mujeres que estudian y/o trabajan, el 50% reportó nunca haber tenido relaciones sexuales, mientras que un 26% la inició entre los 15 a 17 años de edad.

El 80% del total de mujeres no tiene pareja, y un 20 % sí. Dentro de las mujeres NINI, el 54% tiene pareja, mientras que dentro de las mujeres que estudian y/o trabajan el 87% no tiene pareja.

El 66% de las mujeres del total alcanzaron el nivel secundario, y el 32% alcanzó el nivel superior. El 79% de las mujeres NINI alcanzó como nivel más alto el secundario. El 62% de las mujeres que estudian y/o trabajan alcanzaron el nivel secundario y 36% el nivel superior.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

VARIABLES	Total N=9,305	NINI N=1,943	Estudian y/o trabajan N=7,362
Grupo de edad			
15 a 19 años	5,179 (56%)	875 (45%)	4,304 (58%)
20 a 24 años	4,126 (44%)	1,067 (55%)	3,058 (42%)
Zona de residencia			
Rural	1,599 (17%)	442 (23%)	1,157 (16%)
Urbano	7,706 (83%)	1,501 (77%)	6,205 (84%)
Región natural			
Costa	6,507 (70%)	1,383 (71%)	5,124 (70%)
Sierra	961 (10%)	261 (13%)	700 (10%)
Selva	1,838 (20%)	299 (15%)	1,539 (21%)
Índice de riqueza			
El más pobre	1,636 (18%)	435 (22%)	1,201 (16%)

Pobre	1,997 (21%)	534 (27%)	1,463 (20%)
Medio	2,050 (22%)	433 (22%)	1,617 (22%)
Rico	1,940 (21%)	356 (18%)	1,583 (22%)
Más rico	1,682 (18%)	183 (9%)	1,498 (20%)
Edad en la primera relación sexual			
<15 años	771 (8%)	278 (14%)	493 (7%)
15–17 años	2,749 (30%)	810 (42%)	1,939 (26%)
18–19 años	1,144 (12%)	262 (13%)	883 (12%)
20+ años	417 (4%)	76 (4%)	341 (5%)
Nunca tuvo relaciones	4,224 (45%)	518 (27%)	3,706 (50%)
Estado civil			
Con pareja	1,849 (20%)	890 (46%)	959 (13%)
Sin pareja	7,456 (80%)	1,053 (54%)	6,403 (87%)
Nivel educativo más alto			
Sin Educación	5 (0%)	4 (0%)	1 (0%)
Primario	229 (2%)	126 (6%)	103 (1%)
Secundario	6,123 (66%)	1,532 (79%)	4,591 (62%)
Superior	2,948 (32%)	281 (14%)	2,667 (36%)

--	--	--	--

8.1.1 CARACTERÍSTICAS DE MUJERES NINI SEGÚN SU NIVEL DE CONOCIMIENTO EN VIH/SIDA

Del total de las mujeres NINI, solo el 17 % cuenta con conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA. 53% de las mujeres NINI entre 15 a 19 años cuentan con conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA . Las mujeres NINI con conocimiento adecuado se concentran mayoritariamente en la zona urbana, mientras que la gran parte de las mujeres NINI con conocimiento inadecuado, tienen mayor presencia de igual manera en la zona urbana (77%). El 71% de las mujeres NINI con conocimiento adecuado se encuentran en la costa, de igual manera las mujeres NINI con conocimiento inadecuado (71%).

De las mujeres NINI con conocimiento adecuado, el 35% reportó haber iniciado su vida sexual entre los 15-17 años, las mujeres NINI con conocimiento inadecuado, también indicaron haber iniciado su vida sexual en este mismo rango de edad (43%) en su mayoría. En cuanto al índice de riqueza, tanto las mujeres NINI como las mujeres que estudian y/o trabajan se encuentran distribuidas de forma equilibrada en todos los niveles (Tabla 2).

El 81% de las mujeres NINI con conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA alcanzó el nivel educativo secundario, de igual manera un con un porcentaje alto (79%) las mujeres NINI con conocimiento inadecuado también alcanzaron el nivel secundario. Por último, el 58% de las mujeres NINI que cuentan con un conocimiento adecuado reportó tener pareja, mientras que dentro de las mujeres con conocimiento inadecuado, el 53% también reportó no tener pareja.

Tabla 2. Características de mujeres NINI según su nivel de conocimiento en VIH/SIDA

Características sociodemográficas	Conocimiento adecuado	Conocimiento inadecuado	valor de p
-----------------------------------	-----------------------	-------------------------	------------

	N=327	N=1,616	
Grupo etario			0,067
15 a 19 años	53% (173)	43% (702)	
20 a 24 años	47% (154)	57% (914)	
Zonificación			0,3
Rural	20% (65)	23% (377)	
Urbano	80% (261)	77% (1,239)	
Región natural			0,7
Costa	71% (233)	71% (1,150)	
Selva	15% (48)	13% (213)	
Sierra	14% (46)	16% (253)	
Edad en primera relación sexual			0,13
<15 años	12% (39)	15% (239)	
15–17 años	35% (113)	43% (697)	
18–19 años	13% (43)	14% (219)	
20+ años	6.2% (20)	3.4% (55)	
Nunca tuvo relaciones	34% (112)	25% (406)	
Índice de riqueza			0,4
El más pobre	19% (63)	23% (373)	

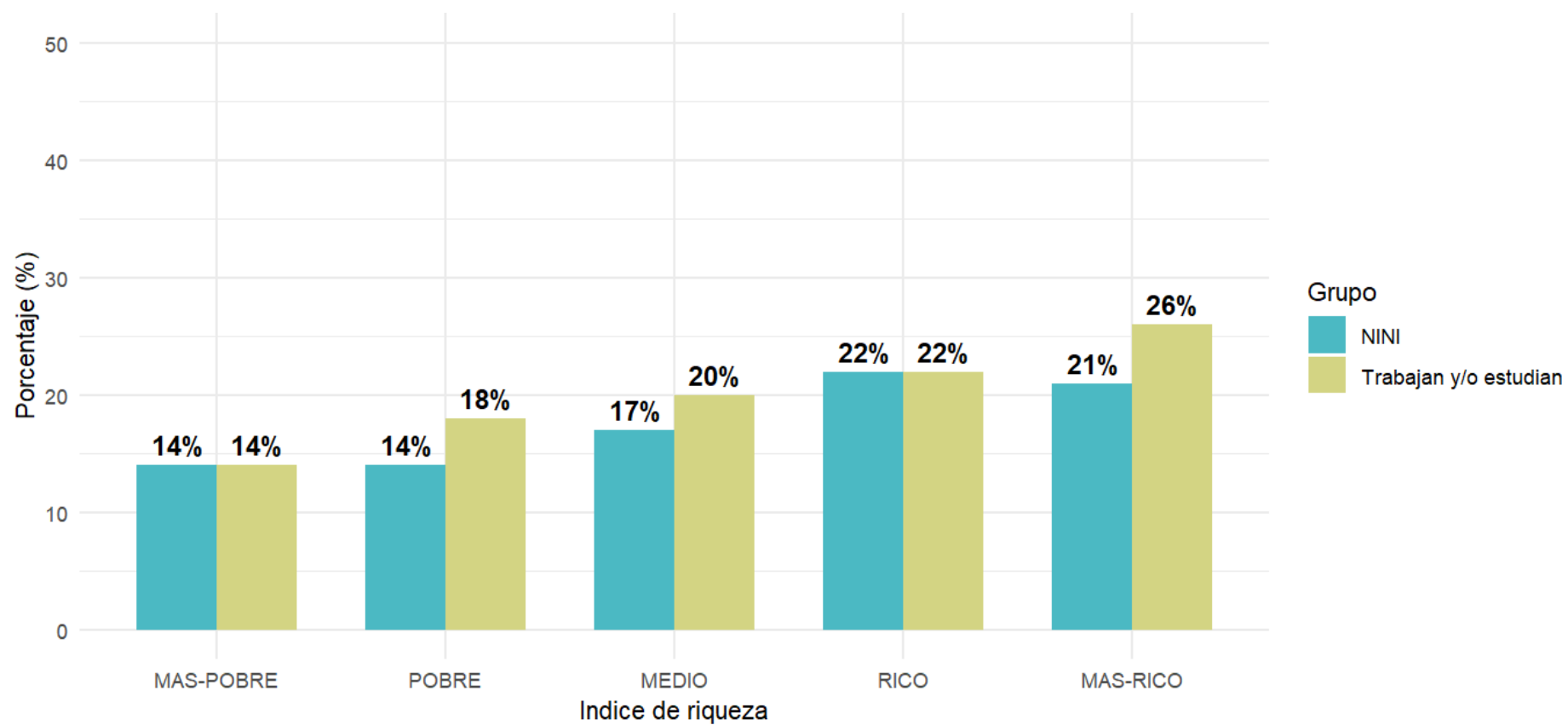
Pobre	23% (75)	28% (459)	
Medio	22% (71)	22% (362)	
Rico	24% (79)	17% (277)	
Más rico	12% (38)	9.0% (146)	
Nivel educativo más alto			0,30
Sin Educación	0.1% (0)	0.2% (3)	
Primario	4.1% (13)	7.0% (112)	
Secundario	81% (263)	79% (1,269)	
Superior	15% (50)	14% (231)	
Situación de pareja			0,30
Con pareja	42% (136)	47% (754)	
Sin pareja	58% (191)	53% (862)	

8.2. DISTRIBUCIÓN DEL CONOCIMIENTO ADECUADO DE VIH/ SIDA SEGÚN SU ÍNDICE DE RIQUEZA

Dentro del nivel más pobre, el 86% del total de mujeres cuenta con un conocimiento inadecuado sobre VIH/SIDA (gráfico 1). En el nivel pobre, la situación es similar con un 83% teniendo un nivel de conocimiento inadecuado. De igual forma, en los niveles medio (81%), nivel rico (78%) y nivel más rico (75%) la situación se repite; niveles más altos de conocimiento adecuado, disminuyendo gradualmente según aumenta el nivel de riqueza. En el nivel más pobre tanto las mujeres NINI como las que estudian y/o trabajan cuentan con solo 14% de conocimiento adecuado. En el pobre, el 18% de las mujeres que estudian y/o trabajan cuentan con un conocimiento adecuado, mientras que las mujeres NINI 14%. En el nivel medio, las mujeres que estudian y/o trabajan 20% y las mujeres NINI 17%. Dentro del nivel más rico, las mujeres que estudian y/o trabajan y las NINI tienen el mismo porcentaje 22%. Por último, en el nivel más rico, las mujeres que estudian y/o trabajan 26% mientras que las mujeres NINI 21%.

El conocimiento adecuado, tanto en mujeres NINI como en mujeres que estudian y/o trabajan aumenta ligeramente mientras que el nivel económico es más alto, sin embargo, las diferencias no son significativas.

Gráfico 1. Conocimiento adecuado en VIH/SIDA de mujeres peruanas de 15 a 24 años por índice de riqueza



Legenda: *valor de $p < 0.05$

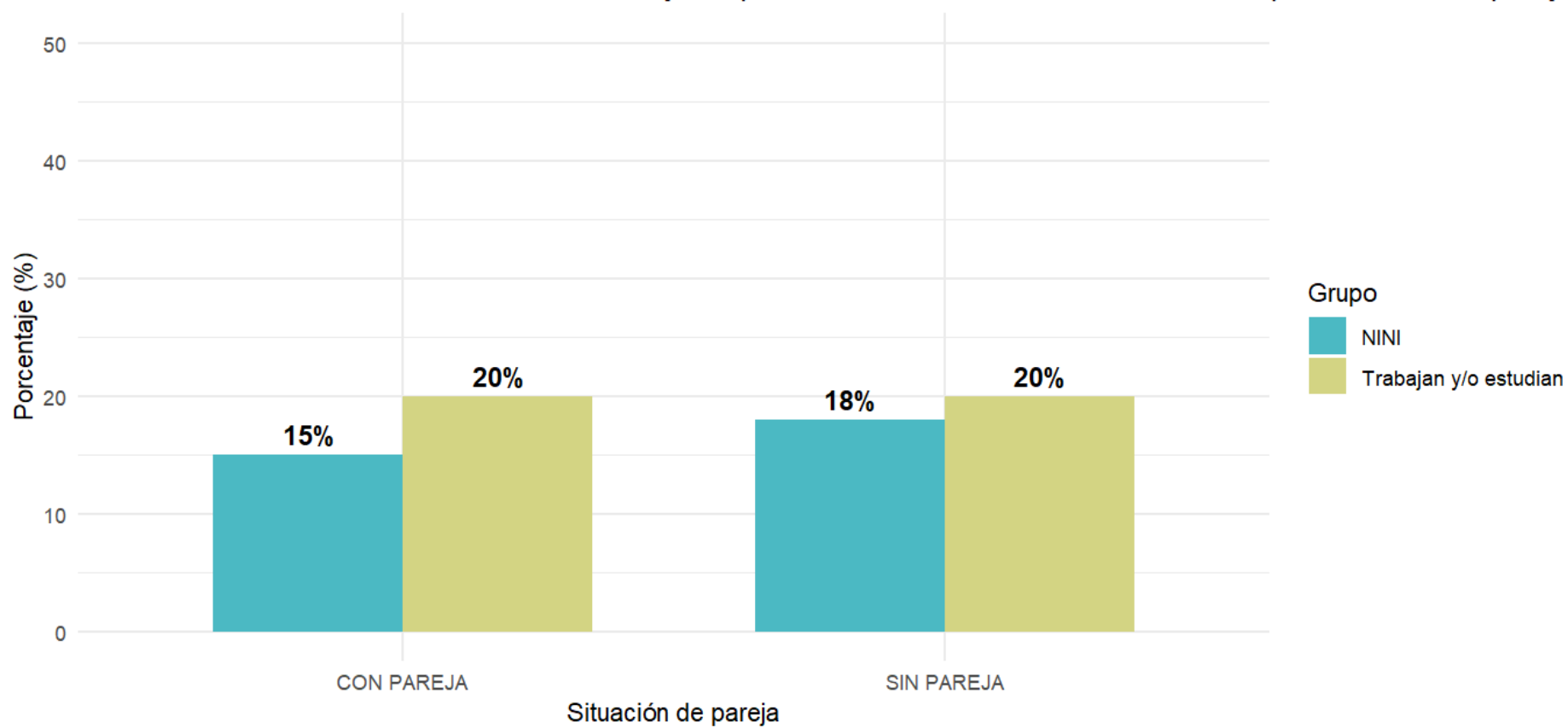
8.3 DISTRIBUCIÓN DEL CONOCIMIENTO ADECUADO DE VIH/SIDA SEGÚN SUS CONDICIONES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

8.3.1 Situación de pareja

Solo el 18% de las mujeres que tienen pareja cuenta con un conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA. Dentro las mujeres que reportaron no tener pareja, las mujeres que tienen un conocimiento adecuado fue del 20%. El 15% de las mujeres NINI con pareja cuenta con un conocimiento adecuado sobre VIH, mientras que las mujeres que estudian y/o trabajan cuentan con un 20%. En el caso de las mujeres NINI sin pareja, 18% cuenta con conocimiento adecuado, al mismo tiempo, 20% de las mujeres que estudian y/o trabajan tienen un conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA.

Se puede observar en el gráfico 2 que, de manera general, los niveles de conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA son bajos tanto en mujeres con pareja y sin pareja, de igual manera entre las mujeres NINI y las que estudian y/o trabajan, con porcentajes menores a 25%.

Gráfico 2. Conocimiento adecuado en VIH/SIDA de mujeres peruanas de 15 a 24 años por situación de pareja



Leyenda: *valor de p < 0.05

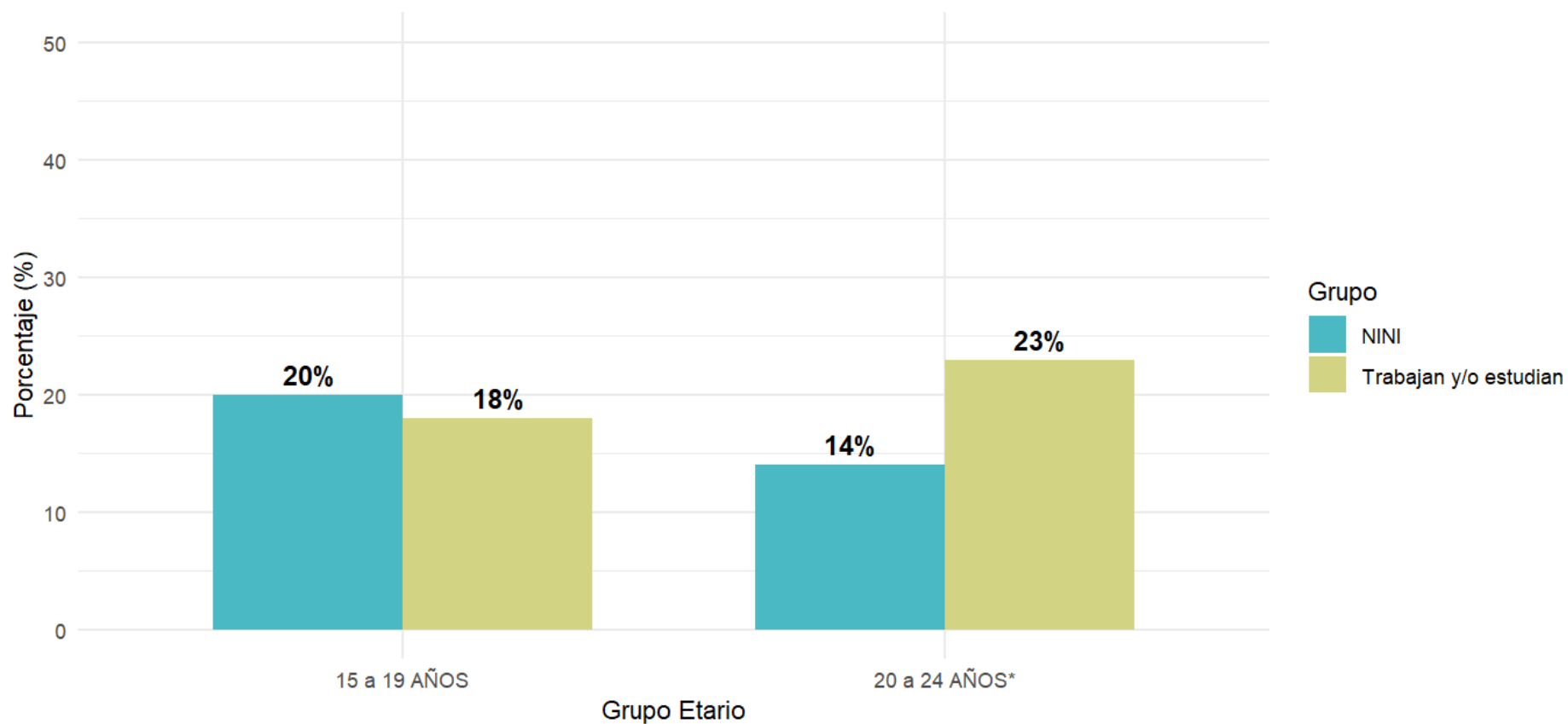
8.3.2 Grupo etario

El 19% de mujeres entre los 15 a 19 años presentó un conocimiento adecuado en VIH/SIDA. En cuanto al análisis por situación educativa y laboral, se encontró que el 20% de las mujeres NINI cuentan con un conocimiento adecuado, a diferencia de las mujeres que estudian y/o trabajan con un 18%. Sin embargo, esta diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa (Gráfico 3).

En el caso de las mujeres entre los 20 a 24 años de edad, solo 21 jóvenes de cada 100 poseían conocimiento adecuado en VIH/SIDA. En este caso, sí se encontraron diferencias significativas entre mujeres NINI (14%) y mujeres que estudian y/o trabajan (23%) (valor de valor de valor de $p=0.001$)

En ambos grupos etarios, la mayoría de las participantes obtuvo como resultado conocimiento inadecuado en VIH/SIDA, siendo un 81% para el caso de mujeres entre los 15 a 19 años y 79% en mujeres entre los 20 a 24 años.

Gráfico 3. Conocimiento adecuado en VIH/SIDA de mujeres peruanas de 15 a 24 años por grupo etario



Leyenda: *valor de $p < 0.05$

8.2.3 Nivel educativo más alto

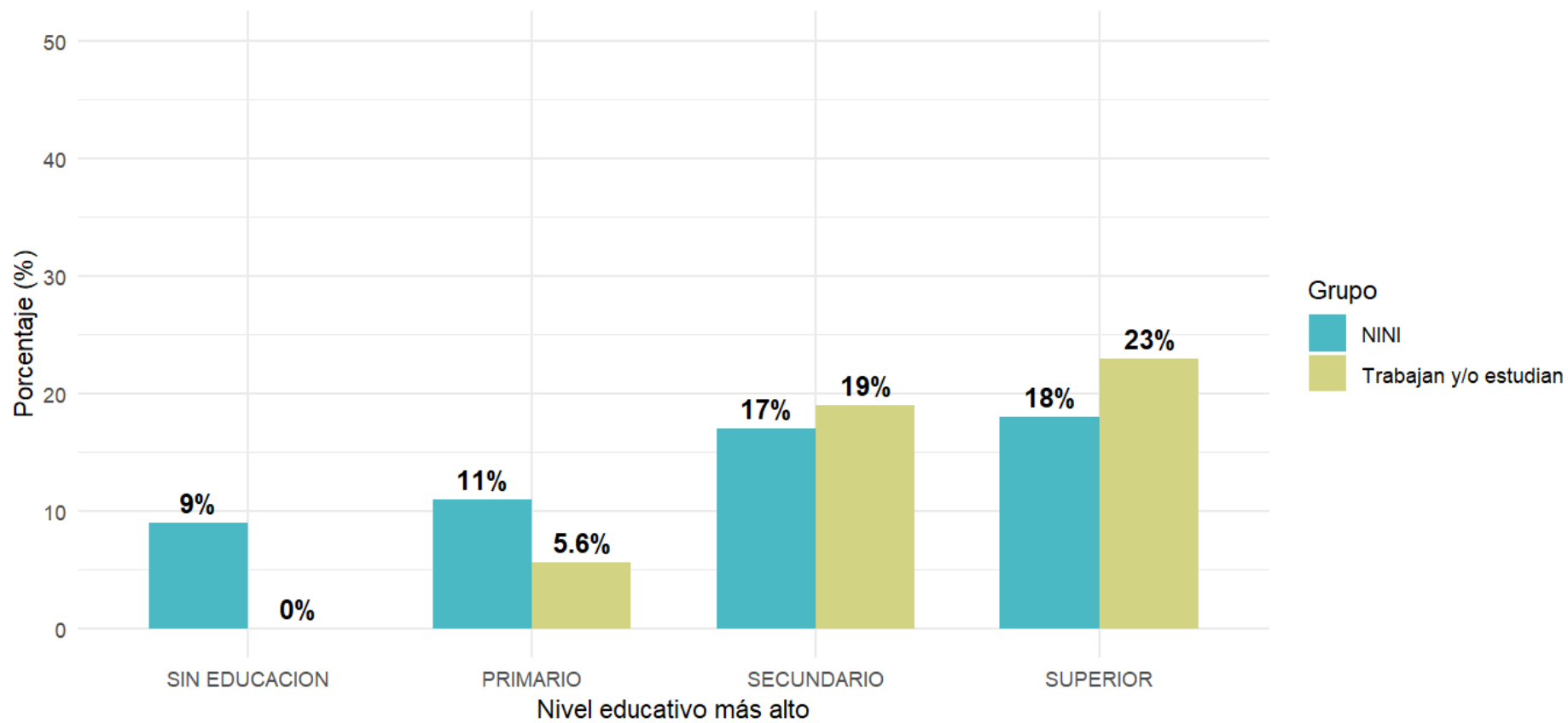
En el gráfico 4, debido al bajo número de observaciones en el grupo de mujeres que reportaron no haber recibido educación (N=5), se halló que ninguna presentaba un conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA. Por esta razón, el 91% de las mujeres NINI y la totalidad de las mujeres que estudian y/o trabajan fueron clasificadas con conocimiento inadecuado. Cabe destacar que las estimaciones presentan intervalos de confianza amplios y también no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

A nivel de educación primaria, el 8.4% presentó un conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA. En el caso de las mujeres NINI, 11 de cada 100 respondieron correctamente todas las preguntas, mientras que en las mujeres que estudian y/o trabajan solo 6 de cada 100 contaban con un conocimiento adecuado. En ambos grupos, se observa que casi la totalidad de las mujeres entrevistadas no cuentan con un conocimiento adecuado en VIH/SIDA.

En el caso de las mujeres con secundaria completa, se nota un incremento notable en donde el 18% de las participantes contaban con un conocimiento adecuado en VIH/SIDA. En el caso de la comparación por subgrupos, solo hubo una diferencia del 2% entre las mujeres NINI (17%) y las que estudian y/o trabajan (19%). En cuanto al nivel educativo superior, se observa que el 23% cuenta con un conocimiento adecuado en VIH/SIDA en general, representando un 18% para el caso de las mujeres NINI y un 23% en las mujeres que estudian y/o trabajan.

Si bien no se hallaron diferencias significativas en ninguno de los subgrupos, es importante mencionar que conforme aumentó el nivel educativo, incrementó la proporción de mujeres con conocimiento adecuado, iniciando en 0% a 23% en el nivel más alto.

Gráfico 4. Conocimiento adecuado en VIH/SIDA de mujeres peruanas de 15 a 24 años por nivel educativo más alto



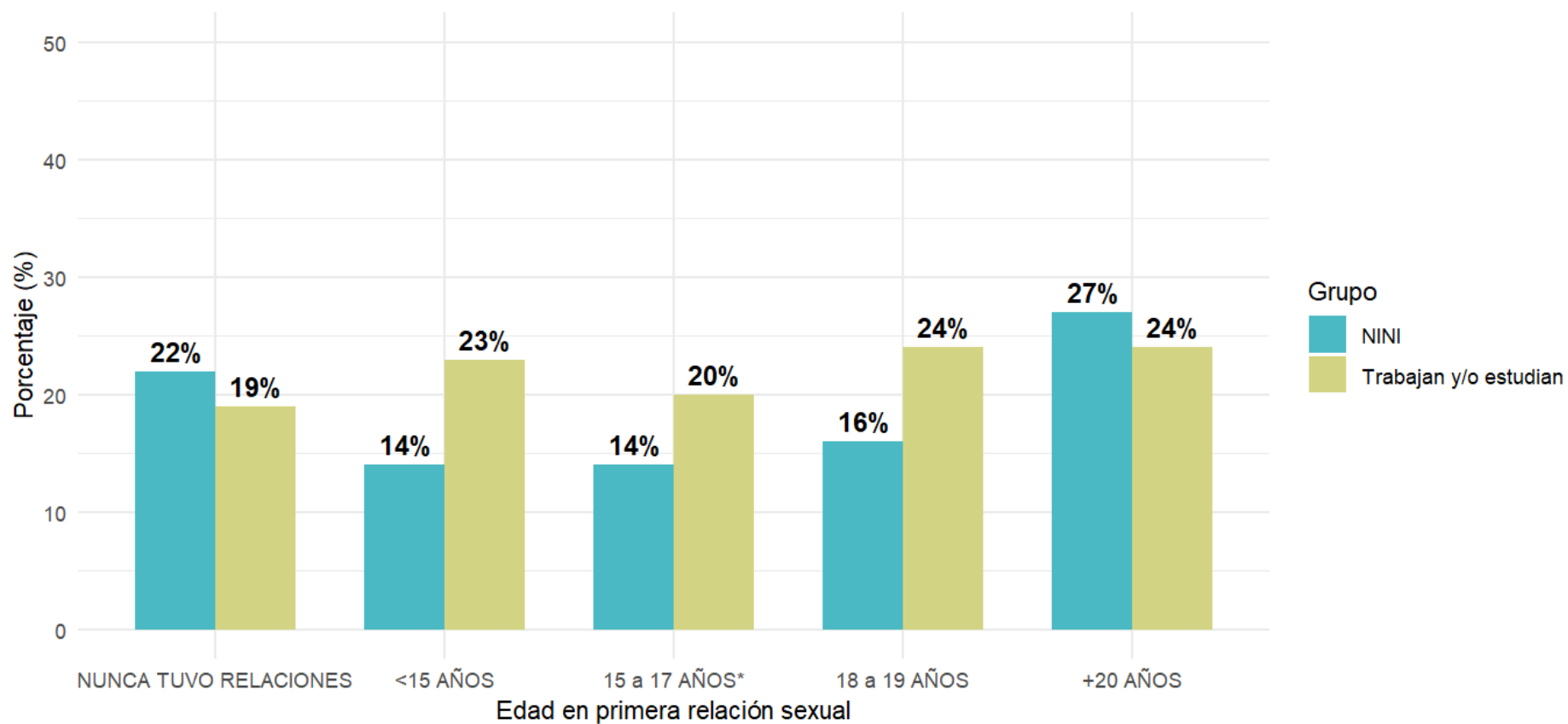
Leyenda: *valor de $p < 0.05$

8.2.4 Edad en primera relación sexual

El 20 % de las mujeres que iniciaron su primera relación antes de los 15 años cuentan con conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA. De las mujeres que reportaron haber iniciado su vida sexual entre los 15 y 17 años, solo el 18 % tiene conocimiento adecuado. Mujeres que dieron inicio a su vida sexual entre los 18 y 19 años (23%), mujeres de 20 años a más (24%) y mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales (19%).

Las mujeres que estudian y/o trabajan (23%) que iniciaron su vida sexual antes de los 15 años tienen más conocimiento que las mujeres NINI (14%) de este mismo grupo. En el grupo de mujeres que tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 17 años, las mujeres que estudian y/o trabajan (20%) tienen mayor conocimiento que las mujeres NINI (14%) de este mismo grupo, siendo esta una diferencia significativa (valor de $p < 0,05$). De igual manera, las mujeres que estudian y/o trabajan del grupo que iniciaron su vida sexual entre los 18 y 19 años cuentan con mayor conocimiento que las mujeres NINI de este mismo grupo, pero sin diferencias significativas. La situación cambia ligeramente en el grupo de mujeres que inició su vida sexual teniendo 20 o más; en este caso, las mujeres NINI (27%) tienen mayor conocimiento que las mujeres que estudian y/o trabajan (24%). Por último, dentro de las mujeres que reportan nunca haber tenido relaciones sexuales, la situación es similar, en este caso las mujeres NINI (22%) también reportan mayor conocimiento que las mujeres que estudian y/o trabajan (19%) como se muestra en el gráfico 5.

Gráfico 5. Conocimiento adecuado en VIH/SIDA de mujeres peruanas de 15 a 24 años por edad en primera relación sexual



Leyenda: *valor de p < 0.05

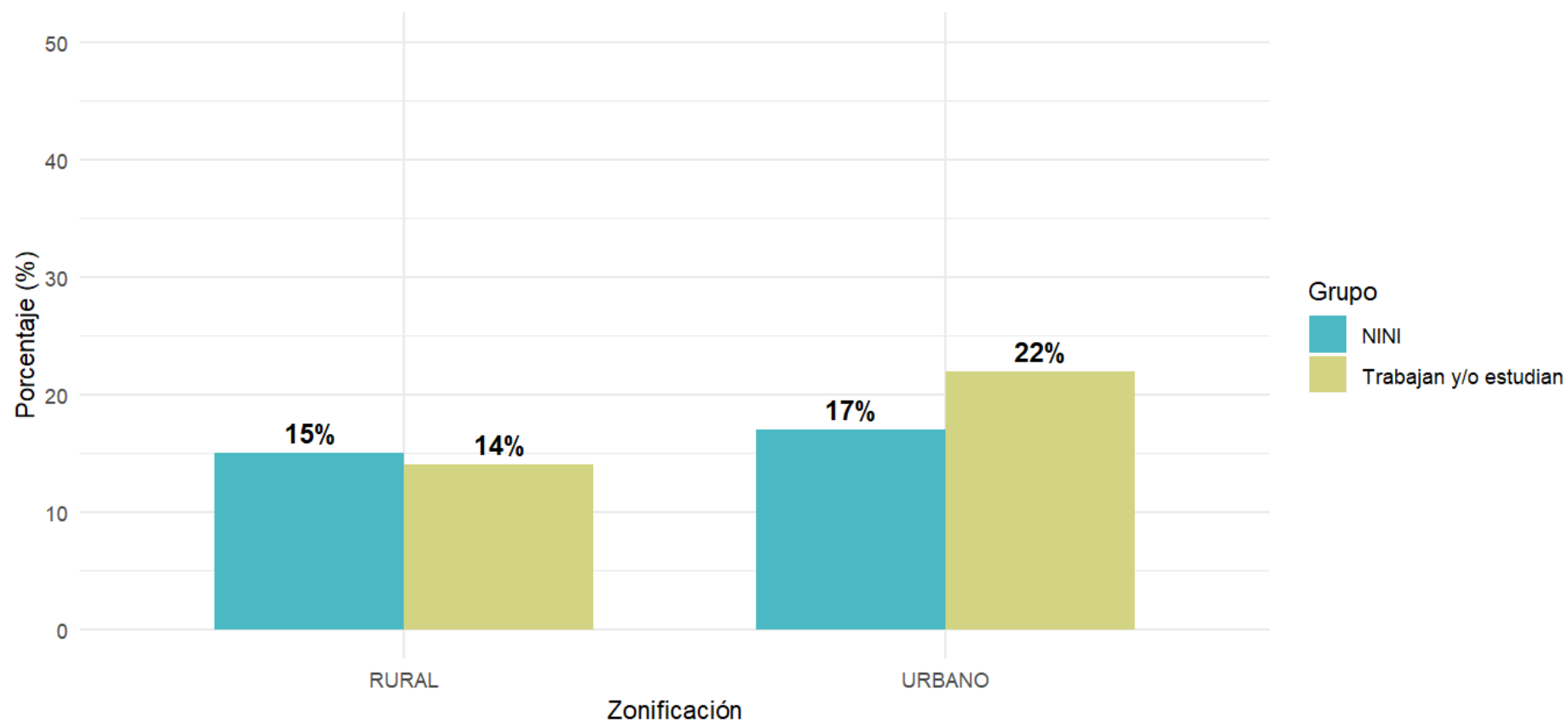
8.3. DISTRIBUCIÓN DEL CONOCIMIENTO ADECUADO DE VIH/SIDA SEGÚN SU LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

8.3.1 Zonificación

En el gráfico 6, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres NINI y aquellas que estudian y/o trabajan según zona de residencia. En la zona rural, ambos grupos presentaron niveles similares de conocimiento adecuado: 15% en NINI versus 14% en mujeres que estudian y/o trabajan. En la zona urbana de nuestro país, aunque se observó una diferencia porcentual mayor (17% vs 22%), esta no alcanzó significancia (valor de $p=0.068$).

De igual forma, es notoria la diferencia en el conocimiento adecuado en VIH/SIDA entre ambas zonas, mujeres pertenecientes a zonas rurales poseían un 14.5% un correcto conocimiento en promedio. Por otro lado, en las zonas urbanas el total porcentual aumenta 5 puntos porcentuales.

Gráfico 6. Conocimiento adecuado en VIH/SIDA de mujeres peruanas de 15 a 24 años por zonificación



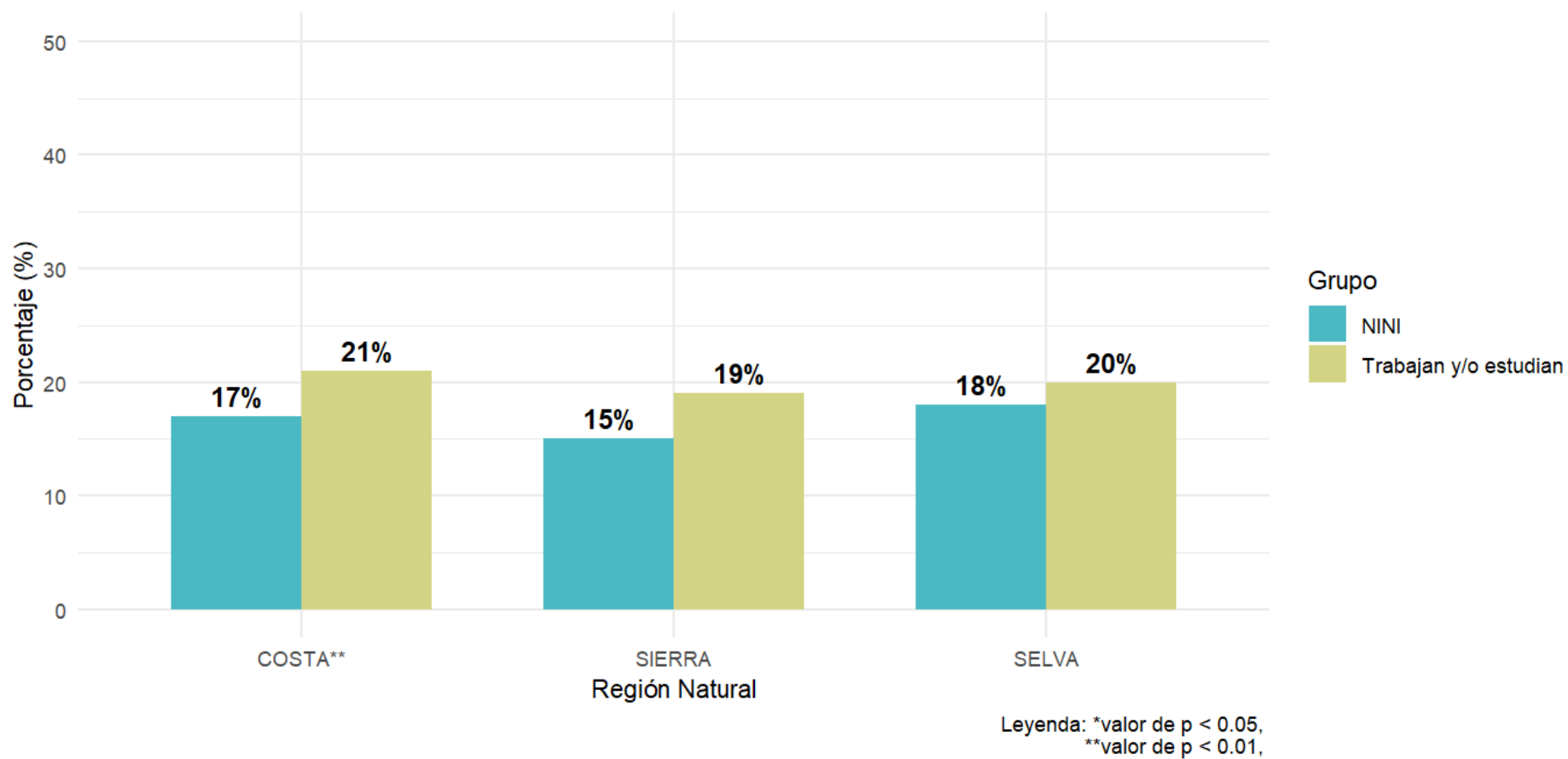
Leyenda: *valor de $p < 0.05$

8.3.2 Región

En el análisis por región natural, se halló que en la Costa existe una diferencia significativa entre mujeres NINI (17%) y aquellas que estudian y/o trabajan (21%) (valor de $p=0.005$). Esta diferencia de 4 puntos porcentuales sugiere que, en la región más urbanizada, la condición educativa y laboral sí representan un factor diferencial en el acceso a información sobre VIH/SIDA (Gráfico 7).

En contraste, ni en la Selva (valor de $p=0.5$) ni en la Sierra (valor de $p=0.3$) se encontraron diferencias significativas entre mujeres NINI y aquellas que estudian y/o trabajan. En la Selva, ambos grupos presentaron proporciones similares de conocimiento adecuado: 18% en mujeres NINI y 20% en mujeres que estudian y/o trabajan. La Sierra mostró el nivel más bajo de conocimiento adecuado de las tres regiones, con apenas 15% en mujeres NINI y 19% en aquellas mujeres de 15 a 24 años que estudian y/o trabajan.

Gráfico 7. Conocimiento adecuado en VIH/SIDA de mujeres peruanas de 15 a 24 años por región natural



IX. DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue determinar las diferencias en el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA entre mujeres peruanas “NINI” en edad reproductiva y aquellas que estudian y/o trabajan. De esta forma, nuestra investigación ha logrado evidenciar que aún prevalece una brecha de conocimiento en VIH/SIDA en mujeres peruanas NINI, las cuáles son particularmente vulnerables en contextos específicos.

La hipótesis inicial planteaba que las mujeres NINI presentan menor conocimiento sobre VIH/SIDA en comparación con aquellas que estudian y/o trabajan y que la diferencia sería significativa según índice de riqueza, condiciones sociodemográficas y ubicación geográfica. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio muestran un patrón más complejo que valida la hipótesis en solo contextos específicos (región Costa, grupo etario de 20 a 24 años e inicio de vida sexual entre 15 a 17 años), mientras que la rechaza en los otros. Esta heterogeneidad en los resultados evidencia que la relación entre condición de ser NINI y conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA es contextualmente dependiente y está modificada por múltiples factores estructurales. Según Málaga, Oré & Tavera (2012), el grupo NINI en nuestro país es heterogéneo y no es posible considerarlos en un solo grupo afrontando las mismas dificultades, existe un subgrupo en situación de vulnerabilidad real con riesgo de exclusión social, mientras que otros recaen en esta categoría por decisión propia a pesar de tener capital social y educativo. Aunque existe muy poca información e investigaciones sobre los resultados en salud sexual de la población NINI, nuestros hallazgos contribuyen a llenar este vacío de conocimiento en el contexto peruano y latinoamericano.

Uno de los puntos más preocupantes y alarmantes del estudio es el hecho de que solo el 20% de las mujeres jóvenes en nuestro país conozcan adecuadamente sobre el VIH/SIDA. Según ONU Mujeres, el promedio de conocimiento adecuado en mujeres entre los 15 a 24 años de edad es del 30%. Asimismo, un estudio realizado en Bolivia, país andino que comparte un contexto similar al peruano, reporta que el 33% de las mujeres jóvenes cuentan con conocimiento en VIH/SIDA (Calderón et al, 2015). Esto indica que el Perú se encuentra incluso por debajo del promedio global, y es particularmente crítico considerando que el

número de reportes de casos de VIH está en aumento en la población femenina en los últimos 5 años (DGE s.f.). Además, lo más significativo es que este déficit de conocimiento es prácticamente universal, afectando tanto a mujeres NINI (83%) como a aquellas que estudian o trabajan (78%). Esta similitud en las proporciones entre ambos grupos muestra que el problema no radica exclusivamente en la condición de exclusión educativa o laboral, sino en fallas sistemáticas más profundas del sistema de salud pública y las políticas en educación sexual en el país.

Por ejemplo, en cuanto al índice de riqueza, los resultados del estudio mostraron que la pobreza no explica por sí sola las brechas de conocimiento sobre VIH/SIDA entre las mujeres jóvenes, es un problema que trasciende la clase socioeconómica. Si bien se observa que existe un gradiente en el que mientras mayor es el nivel de riqueza, el nivel de conocimiento es mayor, este patrón es débil y no alcanza significancia estadística. Este hallazgo contrasta con la evidencia encontrada, tanto a nivel nacional e internacional, Fernández y Milvia (2022) identificaron que pertenecer a un quintil de riqueza alto, junto con un mayor nivel educativo, incrementa significativamente el conocimiento sobre VIH en mujeres peruanas. Asimismo, en India, Bhattacharyya et al. (2023) encontraron que el acceso a empleo, educación y mejores condiciones económicas en la comunidad se asocia a un conocimiento más integral de la enfermedad. Cabe tener en cuenta que el presente estudio se ha centrado principalmente en analizar las diferencias entre mujeres NINI y aquellas que estudian y/o trabajan. Esta orientación puede explicar, en parte, la discrepancia respecto a otros hallazgos de la literatura, dado que existen pocos estudios a nivel nacional e internacional que aborden específicamente este corte poblacional.

Por otro lado, el hallazgo más significativo del estudio es que la edad modifica sustancialmente la asociación entre la condición NINI y el conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA. En el grupo de 20 a 24 años se obtuvo una brecha de 9 puntos porcentuales, lo que constituye una inequidad crítica en el conocimiento. Este patrón sugiere un efecto acumulativo de exclusión: las adolescentes que son NINI pueden estar en una situación transitoria, manteniendo aún sus redes sociales y contacto con información de salud, mientras que las jóvenes adultas NINI experimentan un aislamiento social progresivo que limita dramáticamente su exposición a información sobre prevención de VIH/SIDA.

Este hallazgo tiene implicaciones importantes para las políticas de promoción de la salud desde el enfoque de ciclo de vida. Las intervenciones no pueden esperar hasta que las mujeres lleguen al grupo de 20-24 años, momento en el cual las brechas ya son amplias y posiblemente más difíciles de revertir. Se requiere un enfoque integral que identifique a adolescentes en riesgo de convertirse en NINI de largo plazo. Aunque la literatura internacional ha documentado intervenciones efectivas para prevenir que adolescentes se conviertan en NEET—incluyendo orientación vocacional, educación técnica, seguimiento temprano de riesgo y coordinación entre servicios educativos y de salud (Public Health England, 2014)— persiste un vacío notable en cuanto a intervenciones que integren específicamente la prevención de población NINI con educación sexual integral. Las intervenciones documentadas típicamente abordan estos componentes de manera separada: por un lado, programas de reintegración educativa y laboral; por otro, educación sexual integral basada en la currícula educativa (UNESCO et al., 2018). Nuestros hallazgos sugieren la necesidad de desarrollar y evaluar intervenciones integradas que mantengan el acceso de adolescentes en riesgo de convertirse en NINI a información y servicios de salud sexual y reproductiva, independientemente de su trayectoria educativa o laboral.

De acuerdo al nivel educativo más alto alcanzado, se observó que la educación formal es el principal determinante modificable del conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA. El salto más importante ocurre entre educación primaria a secundaria, con un incremento de aproximadamente 10 puntos porcentuales. Esto sugiere que la educación sexual debería ser intensificada precisamente en el nivel secundario, donde existe mayor receptividad y capacidad de comprensión de conceptos relacionados con salud sexual y reproductiva. Esta recomendación está respaldada por evidencia robusta a nivel internacional.

Por ejemplo, un meta-análisis de 47 estudios sobre programas escolares de educación sexual encontró que estos aumentaron significativamente el conocimiento, las actitudes hacia la sexualidad y condones, la autoeficacia y la intención de usar condones (Rodríguez-Rivas et al., 2024). Sin embargo, es crítico notar que incluso entre mujeres con educación superior, solo el 23% tiene un conocimiento adecuado. Este hallazgo señala una falla estructural en la calidad y efectividad de la educación sexual en el sistema educativo peruano, independientemente del nivel alcanzado.

Además, desde el enfoque de ciclo de vida, los eventos tempranos en la trayectoria vital, como el inicio de la vida sexual, pueden convertirse en puntos de inflexión que marcan la salud y las oportunidades futuras. Nuestros hallazgos muestran un resultado paradójico: las mujeres NINI que nunca han tenido relaciones sexuales reportan mayor conocimiento sobre VIH/SIDA que sus pares que estudian y/o trabajan. Esto puede deberse a que representan un grupo más joven o con mayor supervisión familiar, lo cual refleja cómo la etapa del ciclo vital condiciona la exposición y el acceso a información.

Centrándonos específicamente en las mujeres que iniciaron su vida sexual más temprano (entre los 15 y 17 años), las NINI muestran niveles significativamente menores de conocimiento que las mujeres que estudian y/o trabajan. Esta brecha puede significar una doble vulnerabilidad al combinarse con la condición NINI probablemente vinculada a procesos de deserción escolar o maternidad/convivencia temprana como puntos de inflexión que limitan la acumulación de capital educativo y social.

En ese sentido, también observamos que las mujeres con vínculos afectivos estables reportan niveles más bajos de conocimiento sobre VIH/SIDA que aquellas que no los tienen. Este resultado es particularmente relevante porque desafía la noción común de que estar en una relación íntima favorece conversaciones abiertas o acceso a información sobre salud sexual. Por el contrario, podría reflejar dinámicas relacionales marcadas por desigualdades de poder, sentimientos de falsa seguridad o normas culturales que asocian la monogamia con protección automática frente al VIH.

Además, factores como el estigma contribuyen a reforzar la idea de que el VIH es “un problema de otros”, lo que limita la motivación para informarse y adoptar conductas preventivas (Andrasik 2025). Desde el enfoque de determinantes sociales, la prevención no depende solo del acceso individual a la información, sino también de los contextos, normas, actitudes y habilidades de negociación que se construyen en la relación. Esto sugiere que las intervenciones deben considerar las dinámicas íntimas como un espacio clave donde se juegan la autonomía, la comunicación y las posibilidades reales de ejercer conductas protectoras (Chapola et al., 2021).

En cuanto a la ubicación geográfica, se pudo observar una gran brecha de conocimiento entre la zona urbana y rural (22 % vs. 15%). Esto puede deberse a que el territorio es un factor más determinante para acceder a información en temas de salud sexual y reproductiva que el factor NINI, en donde ser una mujer perteneciente a zonas rurales afecta el nivel de conocimiento en VIH/SIDA y otras ITS. Resultados similares se muestran en el estudio de Pasco-Salcedo, Puentes-Sánchez & Sánchez-Velez del año 2021, en el cual también se encontraron resultados muy bajos de conocimiento adecuado en población femenina en edad reproductiva de zonas rurales. Según Muchari (2024), factores como la falta de incentivos y oportunidades para desarrollarse profesionalmente perpetúan un círculo de inequidad en el acceso a servicios de salud en zonas rurales.

En esa misma línea, la región costeña muestra mayor conocimiento adecuado en VIH/SIDA en comparación con la sierra y selva, siendo estadísticamente significativa. Este patrón sugiere que en la Costa, donde existe mayor concentración de instituciones educativas, servicios de salud y medios de comunicación, estudiar o trabajar efectivamente amplía la exposición a información sobre VIH/SIDA. En contraste, en la Sierra y Selva, las limitaciones estructurales son tan generalizadas que la condición individual de actividad pierde relevancia frente a las barreras colectivas de acceso a información y servicios. Estos contextos ya han sido identificados en estudios del INEI y MINSA como zonas con acceso limitado a campañas preventivas y educación sexual formal (OPS 2023).

El análisis de características de las mujeres NINI según su nivel de conocimiento en VIH/SIDA permite identificar el perfil de aquellas con conocimiento adecuado: 53% tiene entre 15-19 años, 77% vive en zona urbana, 71% reside en la Costa, y 81% alcanzó nivel educativo secundario. Este perfil confirma que incluso dentro del grupo de NINI, los determinantes estructurales (edad más joven, residencia urbana, región Costa y educación secundaria) son los principales factores asociados con conocimiento adecuado.

Esta caracterización tiene implicancias directas para la focalización de intervenciones en salud pública: las mujeres NINI que combinan múltiples factores (mayor edad + vivir en una zona rural + pertenecer a la región Sierra/Selva + baja educación) deberían ser el grupo prioritario para estrategias focalizadas de educación en salud sexual y reproductiva.

Cabe mencionar que el presente estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, debido a que nuestra investigación es de tipo transversal, no se pueden generar inferencias causales entre las variables presentadas. También, se trabajó con preguntas ya incluidas en la encuesta ENDES por lo que no se tuvo control por parte de las investigadoras en la recolección de datos. Por otro lado, otra limitación de nuestro estudio es el no poder contar con datos de la población masculina del mismo grupo etario para poder contrastar entre los posibles hallazgos de ambos géneros lo cual enriquece mucho más los hallazgos al contar con el 100% de la población NINI. A pesar de estas limitaciones, la rigurosidad del muestreo realizado por la ENDES es útil para generar aproximaciones estadísticas a nivel nacional, con el fin de continuar generando evidencia para abordar esta importante problemática en el Perú. Para futuras investigaciones, se podría explorar con mayor profundidad, desde un enfoque cualitativo, los obstáculos subjetivos y culturales que enfrentan las mujeres NINI para acceder a información sobre VIH/SIDA, incluyendo la influencia de factores no abordados en el presente estudio como el embarazo adolescente, el rol de la pareja, y el acceso a medios de comunicación.

X. CONCLUSIONES

El estudio mostró que sí existen diferencias en el conocimiento sobre VIH/SIDA entre mujeres NINI y aquellas que estudian o trabajan, pero estas variaciones no son constantes y dependen del contexto sociodemográfico y del territorio. Si bien se observan desventajas claras en algunos subgrupos, como mujeres NINI de 20 a 24 años, de la Costa y con inicio sexual temprano, el bajo nivel de conocimiento adecuado en VIH/SIDA es un problema estructural entre todas las mujeres jóvenes. Es decir, la condición NINI, aunque relevante en ciertos casos, no es el factor decisivo por sí solo; las brechas responden más bien a limitaciones sistémicas en el acceso a educación sexual y a la prevención del VIH en el país.

Como parte del objetivo de caracterizar a la población NINI, se identificó que aquellas con mayor conocimiento adecuado son más jóvenes (15–19 años), de zonas urbanas, residentes de la Costa y con educación secundaria. En contraste, las mujeres NINI de 20 a 24 años, que viven en zonas rurales de la Sierra o Selva y presentan menor nivel educativo, muestran los niveles más bajos de conocimiento.

Las diferencias encontradas en el conocimiento sobre VIH/SIDA entre mujeres NINI y aquellas que estudian y/o trabajan se explican principalmente por determinantes sociales estructurales, más que por características individuales como el nivel de riqueza. La ausencia de diferencias significativas según índice de riqueza evidencia que la brecha informativa trasciende lo económico y se enmarca en desigualdades más profundas vinculadas al acceso desigual a contenidos de educación sexual integral y poco adaptados a las necesidades de las juventudes. Asimismo, condiciones sociodemográficas como la edad y el inicio temprano de la vida sexual funcionan como modificadores importantes: las mujeres de 20 a 24 años —especialmente aquellas que son consideradas NINI— muestran menores niveles de conocimiento, reflejando un efecto acumulativo de exclusión informativa que se intensifica con el paso del tiempo.

De manera consistente con la literatura sobre determinantes sociales de la salud, el territorio emerge como uno de los ejes más críticos. Las mujeres jóvenes residentes en zonas rurales presentan los niveles más bajos de conocimiento, independientemente de su condición educativa o laboral, lo que subraya la persistencia de brechas históricas en infraestructura educativa, acceso a servicios de salud y disponibilidad de información confiable. En la Costa —particularmente en áreas con mayor urbanización— las oportunidades educativas y de acceso a contenidos preventivos generan diferencias significativas a favor de las mujeres que estudian o trabajan; sin embargo, en la Sierra y la Selva estas ventajas se diluyen frente a barreras estructurales que limitan por igual la exposición informativa. En conjunto, los hallazgos reafirman que el territorio, las trayectorias educativas y las oportunidades de acceso a información segura son determinantes que modelan de manera decisiva el conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA en mujeres jóvenes peruanas.

XI. RECOMENDACIONES

En base a los objetivos del presente estudio, sugerimos estrategias diferenciadas en base al contexto para el caso de población femenina joven:

- a. Focalizar estrategias de educación sexual intercultural mediante la capacitación de promotores comunitarios bilingües, el desarrollo de materiales en idiomas originarios co-diseñados con agentes comunitarios en la sierra y selva, reconociendo que en estas

regiones las limitaciones estructurales afectan transversalmente a toda la población independientemente de su condición de NINI, requiriendo intervenciones universales con pertinencia cultural para mejorar el conocimiento adecuado en VIH/SIDA.

- b. Incorporar módulos obligatorios de educación en salud sexual y prevención del VIH/SIDA dentro de programas del Estado, especialmente el programa Juntos del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), asegurando sesiones presenciales cada 6 meses dirigidas a mujeres jóvenes de hogares en situación de pobreza.
- c. Desarrollar un programa nacional de identificación temprana de adolescentes en riesgo de convertirse en NINI de largo plazo, coordinado entre el Ministerio de Educación (MINEDU), el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y los Centros de Salud del MINSA, para incluir consejería preventiva y módulos básicos de educación sexual antes de que alcancen la adultez joven.
- d. Fortalecer la difusión de información sobre VIH/SIDA en zonas rurales de Sierra y Selva mediante brigadas itinerantes de salud del MINSA y alianzas con radios comunitarias locales, coordinadas con el apoyo de los Gobiernos Regionales de Salud.

XII. REFERENCIAS

Andrasik, M. (2025, March 10). HIV stigma among women. AIDSvU.

<https://aidsvu.org/michele-andrasik-on-hiv-stigma-among-women/>

AHF, Perú. (2024). *La importancia de estar informades: 5 estrategias para prevenir la transmisión del VIH*. <https://pruebadevihgratis.pe/la-importancia-de-estar-informades-5-estrategias-para-prevenir-la-transmision-del-vih>.

Alarcon-Ruiz, C. A., Vargas, M., Heredia, P., Huamán, M. O., Yovera-Aldana, M., & Mejia, C. R. (2020). Asociación entre conocimiento y prácticas sobre la infección por VIH en mujeres peruanas: análisis secundario de encuesta nacional. *Revista Chilena de Infectología*, 37(6), 719–726. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182020000600719>

Alcázar, Balarin, M., Cueto, S., & Fort, R. (2022). El Perú pendiente: Ensayos para un desarrollo con bienestar. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE).

<https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/GRADELibroElPeruPendiente.pdf>

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(51).

<https://doi.org/10.1186/s12981-020-00294-4>

Amaya Mendoza, C. M., & Ochoa Cuya, A. G. (2022). *Asociación entre la etnicidad y el nivel de conocimientos sobre VIH en mujeres peruanas: Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, ENDES 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Santa]. Repositorio Institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.14278/4211>

Bhattacharyya, A., Chakraborty, R., Raj, T., Padhi, B. K., Khubchandani, J., Satapathy, P., Rustagi, S., & Chattu, V. K. (2023). *Comprehensive knowledge about HIV/AIDS among women of reproductive age in India*. *Epidemiologia (Basel)*, 4(4), 492-504.

<https://doi.org/10.3390/epidemiologia4040041>

Bolaños Gutiérrez, M. R. (2013). Implicaciones éticas, legales y sociales del diagnóstico de VIH/sida en la mujer. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 124-134.

Bertolio, M. J. (2013). Observaciones acerca del pensamiento ciego en Leibniz. *Tópicos*, 44, México. Recuperado de

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-66492013000100005

Balarín, M., Cueto, S., & Fort, R. (Eds.). (2022). El Perú pendiente: Ensayos para un desarrollo con bienestar. GRADE. <https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/GRADELibroElPeruPendiente.pdf>

Cristóbal Fernández, K. L. M. (2022). Variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual en mujeres peruanas de 12 a 49 años. ENDES 2017-2019 [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo

Palma]. Repositorio institucional. Lima, Perú.

[<https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/53ba7872-f0d8-454a-80fe-5f8d50f172c3/content>]

Chapola, J. C., Hatfield-Timajchy, K., Bula, A. K., Hurst, S., Chinula, L., Kourtis, A. P., & Tang, J. H. (2021). Women's perspectives on relationship dynamics with their partners and their role in HIV acquisition, HIV disclosure, hormonal contraceptive uptake, and condom use. *African Journal of AIDS Research*, 20(1), 61–69.

<https://doi.org/10.2989/16085906.2021.1872664>

Caricote Lovera, N. (2005). Prevención de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual): una práctica por la vida. *Acta Odontológica Venezolana*, 43(1), 1–9.

https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000100007

Changanaqui Aquino, K. (2020). *Nivel de conocimiento y factores asociados al uso de anticonceptivos en puérperas, Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”, febrero 2020.* Universidad Ricardo Palma - URP. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2961>

Carter, A. J., Bourgeois, S., O'Brien, N., Abelsohn, K., Tharao, W., Greene, S., ... & CHIWOS Research Team. (2013). Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of holistic service delivery for women living with HIV/AIDS—*Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 17433.

Cueto, M. (2002). El rastro del SIDA en el Perú. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, 9(suppl), 17–40. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400002>

Cueto, M. (2001). *Culpa y coraje: Historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú.* Lima, Perú.

Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *About sexually transmitted infections (STIs).* <https://www.cdc.gov/sti/about/index.html>

Davenport, T. H. y Prusak, L. (1998). *Working Knowledge: how organisations manage what they know.* Boston: Harvard University Press.

De León Haw, Y. S., & Pérez Enríquez, D. (2021). Nivel de conocimiento sobre prácticas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA y su relación con determinantes familiares en adolescentes de 10 a 19 años de edad usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, San Luis Potosí. Repositorio Institucional UASLP. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7889>

Dirección General de Epidemiología del Perú. (s. f.). Informe nacional VIH/SIDA. https://www.dge.gob.pe/vih/uploads/nacional_vih.html

Endalamaw, A., Gilks, C. F., Ambaw, F., Shiferaw, W. S., & Assefa, Y. (2024). Explaining inequity in knowledge, attitude, and services related to HIV/AIDS: A systematic review. *BMC Public Health*, 24, 1815. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18436-9>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). (2023). Guía para implementar la estrategia de educación sexual integral fuera de la escuela o en contextos no formales (ESI-C). https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guiaeducacionsexualintegral-unfpa-promsex-f_1.pdf

Faust, L., & Yaya, S. (2018). The effect of HIV educational interventions on HIV-related knowledge, condom use, and HIV incidence in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 18, 1-14.

Furlong, A. (2006). Not a very NEET solution: Representing problematic labour market transitions among early school leavers. *Work, Employment and Society*, 20(3), 553-569. <https://doi.org/10.1177/0950017006067001>

HIV Care. (2024). Transmisión del VIH. <https://es.hivcare.org/espanol/transmision-del-vih/>

Hospital Clínic de Barcelona, Diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual, 2018. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/infecciones-de-transmision-sexual/diagnostico>

Iles, P., & Altman, Y. (2004). La gestión del conocimiento: en busca de una agenda transcultural. *Knowledge Management: Toward a Cross-Cultural Agenda*, 15, 1-15.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). Diccionario de datos individual – ENDES 2023. Plataforma Nacional de Datos Abiertos.

https://www.datosabiertos.gob.pe/sites/default/files/Diccionario_Individual_2023.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). *Ficha técnica de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2023*.

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/DOCUMENTOS/FICHA_TECNICA_ENDES_2023.pdf

Ministerio de Salud del Perú, Norma Técnica de Salud Para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú – NTS N°097-MINSA/DGSP VOL.01, 2009.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>

Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)*.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013). *Caminando hacia la igualdad de género: PLANIG 2012-2017 / Versión Amigable - Plan Nacional de Igualdad de Género*.

CEDAL - Centro de Derechos y Desarrollo.

<https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/publicaciones/Caminado-hacia-la-igualdad-de-genero.pdf>

Motta, A., Keogh, S. C., Prada, E., Núñez-Curto, A., Konda, K., Stillman, M., & Cáceres, C. F. (2017). De la normativa a la práctica: La política de educación sexual y su implementación en el Perú. Guttmacher Institute.

https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/de-la-normativa-a-la-practica-educacion-sexual-peru.pdf

1

Málaga, R., Oré, T., & Tavera, J. (2014). Jóvenes que no trabajan ni estudian: el caso peruano*. *Revista Economía*, 37(74), 153-190.

<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/download/11414/11931/45346>

Maguire, S. (2017). Una mirada a las mujeres jóvenes que se definen como NINIs y económicamente inactivas. *Cuadernos de Investigación en Juventud*, (3), 1–11.

<https://dialnet.unirioja.es/>

Ministerio de Salud del Perú. (2024). *Boletín epidemiológico de VIH y sida, 2024*.

https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_20246_16_153419.pdf

Mayo Clinic. (2024). HIV/AIDS - Diagnosis & treatment.

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hiv-aids/diagnosis-treatment/drc-2037353>

Muchari Candia, L. D. (2024). Inequalities in access to health services in Peru: Analysis of the gaps between rural and urban areas. *World Health Journal*, 5(2), 18.

<https://revistamedical.com/index.php/whj>

National Institutes of Health. (2024). Las fases de la infección por el VIH.

<https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>

Nueva Sociedad. (2021). Salud y desigualdad: la pandemia reforzó lo que ya sabíamos.

Nueva Sociedad, (293). <https://nuso.org/articulo/salud-y-desigualdad-la-pandemia-reforzo-lo-que-ya-sabiamos/>

Organización Mundial de la Salud. (2024, 21 de mayo). *Nuevo informe señala un aumento importante de las infecciones de transmisión sexual en medio de desafíos en el VIH y la hepatitis*. <https://www.who.int/es/news/item/21-05-2024-new-report-flags-major-increase-in-sexually-transmitted-infections---amidst-challenges-in-hiv-and-hepatitis>

Organización Mundial de la Salud. (n.d.)(2024). Infecciones de transmisión sexual (ITS).

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Organización Mundial de la Salud. (2024). VIH/SIDA: Preguntas y respuestas.

<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/hiv-aids>

Organización Mundial de la Salud.(2024). *Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis, and sexually transmitted infections, 2022–2030.*

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376814/9789240094925-eng.pdf> p.9

Organización Panamericana de la Salud. (2024). VIH/SIDA.

<https://www.paho.org/es/temas/vihsida>

Oliveira, K. da S., & Nóbrega, P. R. da C. (2025). “Resistir para existir”: conservadorismo, género e sexualidade no contexto educacional. *Educação & Formação*, (10),

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10208666>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2022–2030: Hacia la eliminación de las ITS como problema de salud pública* (N.º de publicación 9789240053830).

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361201/9789240053830-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact.*

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338901/9789240019003-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021*. OMS .

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Infecciones de transmisión sexual*. OPS.

<https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>

Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Determinantes sociales de la salud*.

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Internacional del Trabajo. (2025). Youth NEET rate. ILOSTAT.

<https://ilostat.ilo.org/data/snapshots/youth-neet-rate/>

O'Higgins, N. (2025, 12 de agosto). Medir lo importante: los NiNi frente al desempleo juvenil. Organización Internacional del Trabajo.

<https://www.ilo.org/es/resource/articulo/medir-lo-importante-los-nini-frente-al-desempleo-juvenil>

Organización de las Naciones Unidas. (2025). Juventud. ONU. <https://www.un.org/es/global-issues/youth>

Palacios Chafra, P.A., Pérez Chicaiza, J.A.(2022). Nivel de conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y la relación con las conductas sexuales de riesgo de los/las adolescentes de segundo de BGU de la “Institución Educativa Fiscal “Benito Juárez” en el periodo 2021-2022. []. UCE.

Pasco-Salcedo, C. V., Puentes-Sánchez, P. R., & Díaz-Vélez, C. (2021). Análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas de la población peruana femenina sobre el VIH-SIDA según encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2013-2017. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 38(3), 382–389.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.6721>

Pernaz-Linsuy, G., & Cárcamo-Cavagnaro, C. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32(4), 667–673.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.324.1849>

Ramos, B., & Romero, R. (2024, junio 13). Cómo las fuerzas antiderechos capturaron la agenda legislativa de la Comisión de la Mujer del Congreso. Salud con Lupa.

<https://saludconlupa.com/genero/como-las-fuerzas-antiderechos-capturaron-la-agenda-legislativa-de-la-comision-de-la-mujer-del-congreso/>

Rashed, A. B., Ismael, N. A. A., El Sayed, A. I., Alkhelaiwi, W. A., Alruwaili, M. J., Alfouzan, H. A., & Hamada, Z. A. E. F. A. (2021). Women's knowledge, beliefs and attitude toward sexually transmitted diseases such as AIDS (HIV). *HIV Nursing*, 21(1), 1–6.

<https://hivnursing.net/index.php/hiv/article/view/162>

Rodríguez, A., & Jiménez, M. (2020). Factores asociados al conocimiento sobre ITS y VIH en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 18(1), 255-270. <https://www.redalyc.org/journal/2650/265078247011/html/>

Richardson, E. T., Collins, S. E., Kung, T., Jones, J. H., Tram, K. H., Boggiano, V. L., ... & Zolopa, A. R. (2014). Gender inequality and HIV transmission: a global analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 19035. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19035>

Regidor, E. (2002). El efecto cohorte en los estudios epidemiológicos. *Revista Española de Salud Pública*, 76(3), 253-262.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000300012

Secretaría Nacional de la Juventud. (2024, 11 de junio). Empleabilidad y emprendimiento juvenil: el 18% de jóvenes peruanos ni estudian ni trabajan. Secretaría Nacional de la Juventud. <https://juventud.gob.pe/2024/06/empleabilidad-y-emprendimiento-juvenil-el-18-de-jovenes-peruanos-no-estudian-ni-trabajan/>

Teshale, A. B., & Tesema, G. A. (2023). *Socioeconomic inequality in knowledge about HIV in sub-Saharan Africa*. *HIV/AIDS* (Auckland, N.Z.), 15, 53–62.

<https://doi.org/10.2147/HIV.S392548>

Tadesse Nigussie et al. *Knowledge of sexually transmitted infections and its associated factors among polytechnic college students in Southwest Ethiopia*. *Pan African Medical Journal*. 2020;37:68. [doi: 10.11604/pamj.2020.37.68.22718]

Terán Calderón, C., Gorena Urizar, D., González Blázquez, C., Alejos Ferreras, B., Ramírez Rubio, O., & Bolumar Montrull, F. (2015). Knowledge, attitudes and practices on HIV/AIDS and prevalence of HIV in the general population of Sucre, Bolivia. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 19(4), 369-375. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2015.03.006>

The National Archives. (2015). *Review 3: Young people not in education, employment or training (NEETs) and health inequalities*.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/356062/Review3_NEETs_health_inequalities.pdf

UNAIDS. (2024). Indicators and questions for monitoring progress on the 2021 Political Declaration on HIV and AIDS — Global AIDS Monitoring 2025. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf

UNICEF. (2023, 1 de diciembre). América Latina y el Caribe: Diariamente 30 adolescentes y jóvenes se infectan por primera vez con VIH. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-diariamente-30-adolescentes-y-j%C3%B3venes-se-infectan-por>

UNESCO. (2018). International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach (Revised edition). <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>

UN Women. (s. f.). Facts and figures: HIV and AIDS. <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>

Vega-Centeno, P. & Ramos, R. (2012). Determinantes sociales de la salud: Un análisis crítico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 163-169.

<https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>

Zegeye, B., Anyiam, F. E., Ahinkorah, B. O., Ameyaw, E. K., Budu, E., Seidu, A.-A., & Yaya, S. (2022). *Women's decision-making capacity and its association with comprehensive knowledge of HIV/AIDS in 23 sub-Saharan African countries*. *Archives of Public Health*, 80(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00849-8>

Zoboli, F., Martinelli, D., Di Stefano, M., Fasano, M., Prato, R., Santantonio, T. A., & Fiore, J. R. (2017). Correlation between knowledge on transmission and prevention of HIV/STI and

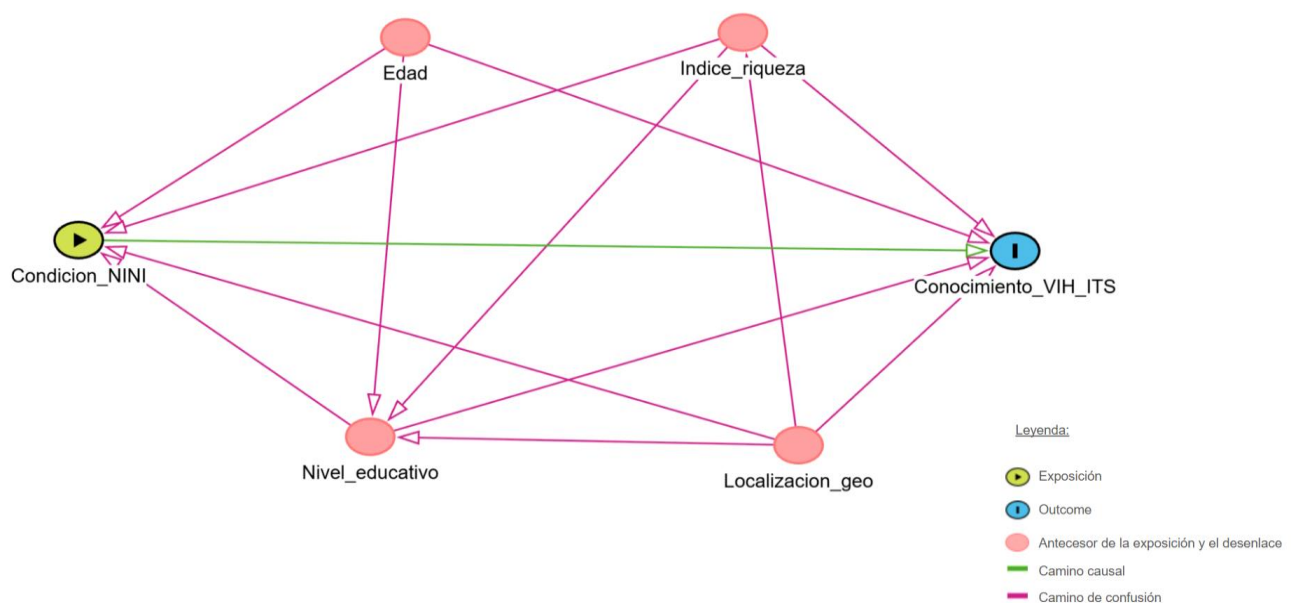
proficiency in condom use among male migrants from Africa and Middle East evaluated by a Condom Use Skills score using a wooden penile model. BMC Research Notes, 10, 1-6.

Winter, E. L., Maharjan, S., Micali, E., Stillman, C., Mason, C., & Gordon, P. (2024). Pro bono in the real world: A comprehensive review of the literature and recommendations for meaningful engagement. Children and Youth Services Review.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2024.104668>

XIII. ANEXOS

Figura 1. Diagrama Acíclico Dirigido (DAG) sobre la relación entre la condición NINI y el conocimiento sobre VIH en mujeres peruanas de 15 a 24 años.



En el presente diagrama se muestra la relación teórica entre la situación educativa/laboral (clasificada como NINI o las mujeres que trabajan y/o estudian) y el nivel de conocimiento sobre VIH en mujeres peruanas de 15 a 24 años, considerando además potenciales factores como el nivel educativo, índice de riqueza, edad y localización geográfica.

No obstante, es importante señalar que este estudio no tiene un carácter experimental ni pretende responder a una pregunta causal. El estudio se basa en un análisis descriptivo y comparativo de datos secundarios provenientes de la ENDES 2023, lo cual limita cualquier interpretación causal.