



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con
VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el
embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora,
2019**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública

AUTOR

Cynthia Solange MEZA JIMÉNEZ

ASESOR

Dr. Oswaldo Eduardo SALAVERRY GARCÍA

Lima, Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Meza C. Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2022.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Cynthia Solange Meza Jiménez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	41666849
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-0196-6419
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Dr. Oswaldo Eduardo Salaverry García
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06609047
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3725-9633
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Dr. Oscar Fausto Munares García
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07493051
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Mg. Lauro Marcoantonio Rivera Félix
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09928576
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Mg. Lupe Antonieta Vargas Zafra
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	16662906
Datos de investigación	

Línea de investigación	Área Ciencias de la Salud - Medicina Línea Salud Pública
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Propia
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Juan de Miraflores 968, Avenida Miguel Iglesias, Latitud: -12.161086 Longitud: -76.9583034983919
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la salud: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Salud pública, Salud ambiental https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA



Vicedecanato de Investigación y Postgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGÍSTER

En la ciudad de Lima, a los 13 días del mes de diciembre del año dos mil veintidós siendo las 1:00 pm, bajo la presidencia del Dr. Oscar Fausto Munares García, con la asistencia de los Profesores: Mg. Lauro Marcoantonio Rivera Félix (Miembro), Mg. Lupe Antonieta Vargas Zafra (Miembro), y el Dr. Oswaldo Eduardo Salaverry García (Asesor); la postulante al Grado de Magíster en Salud Pública, Bachiller en Obstetricia, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **“Percepción de las Mujeres en Edad Fértil Viviendo con VIH y en Tratamiento, sobre la Maternidad y el Embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019”**, con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO (17)**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA** a la postulante **Cynthia Solange Meza Jiménez**.

Se extiende la presente acta en digital y siendo las 2:37 pm. se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dr. Oscar Fausto Munares García
Profesor Asociado
Presidente

Mg. Lauro Marcoantonio Rivera Félix
Profesor Auxiliar
Miembro

Mg. Lupe Antonieta Vargas Zafra
Profesor Asociado
Miembro



Dr. Oswaldo Eduardo Salaverry García
Profesor Asociado
Asesor



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado



INFORME DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD N° 051

El Vicedecano de Investigación y Posgrado y Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, deja constancia que:

La tesis (X) Proyecto de investigación () o trabajo de investigación ()

Titulada/o: **Percepción de las Mujeres en Edad Fértil Viviendo con VIH y en Tratamiento, sobre la Maternidad y el Embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019**

Presentada/o por: **CYNTHIA SOLANGE MEZA JIMÉNEZ**

Para optar el

Grado de Doctor () en

Grado de Magister (X) en **SALUD PÚBLICA**

Título de Segunda Especialidad () en

Diplomado () en

Ha sido sometida/o a evaluación de originalidad, con el programa informático de similitudes Software TURNITIN con **Identificador de la entrega N° 1969447867**

En la configuración del detector se excluyeron:

- Textos entrecomillados
- Bibliografía
- Cadenas menores de 40 palabras
- Anexos

El resultado final de similitudes fue del 10%

Por lo tanto, el documento arriba señalado * **CUMPLE** con los criterios de originalidad requeridos.

*cumple o no cumple

Operador del software: **DR. CARLOS ALBERTO DELGADO SILVA**

Lima, 02 de diciembre de 2022.



Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ GIUSTI VDA DE PELLA
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29.12.2022 10:37:59 -05:00

.....
Dra. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA
Directora (e) de la Unidad de Posgrado

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada en primer lugar a Dios por darme salud en estos tiempos difíciles que pasamos por el COVID 19 y sabiduría para realizar una de mis metas trazadas.

A mi amada madre, hermano/a y sobrino/as, quienes son mi inspiración para continuar avanzado, gracias por sus consejos y amor absoluto.

A mi compañero de vida que con esfuerzo, perseverancia y apoyo incondicional me ha acompañado en todo este proceso, siempre alentándome a no desfallecer en el camino.

A mis formadores en la maestría que me brindaron sus conocimientos y sabiduría durante esta etapa, logrando una formación integral como salubrista en mi persona.

Agradecimiento

La culminación de esta tesis no puedo catalogar como algo fácil, pero si puedo afirmar que en cada etapa y durante todo el proceso de ésta, he conocido personas maravillosas, quienes han sido colaboradores en todo momento.

Agradecer a todas las personas por su contribución a esta investigación; en especial a las personas involucradas en ella como son los sujetos de investigación y a todo el personal de Salud del Servicio de Infectología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora, quienes me abrieron las puertas y apoyaron desde el inicio brindándome su tiempo y su valioso apoyo técnico, por su ayuda en la recopilación de datos, en las recomendaciones brindadas y en el manejo de los instrumentos.

Asimismo; expresar mi agradecimiento al MD PhD Oswaldo Salaverry García, por haberme brindado su tiempo, guiándome en la culminación de esta tesis, en base a su experiencia y sabiduría ha sabido direccionar mis conocimientos, aportándome valiosas y constructivas sugerencias durante la planificación y desarrollo de este trabajo de investigación.

Índice general

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Lista de acrónimos	vii
Lista de cuadros.....	viii
Lista de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract	xi
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	12
1.1. Situación Problemática	12
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Justificación teórica	18
1.4. Justificación práctica.....	19
1.5. Objetivos.....	20
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación	22
2.2. Antecedentes de la investigación	27
2.3. Bases teóricas	37
2.4. Definición conceptual	54
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	57
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	65
4.1. Resultados	65

4.2. Discusión.....	74
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS	90

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACNUDH	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
ARN	Ácido Ribonucleico
ARV	Antirretrovirales
AZT	Zidovudina
CAPASITS	Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
CD4	Linfocitos T4 o célula T auxiliar
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CV	Carga Viral
ITIAN	Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleótidos
MEF	Mujeres en Edad Fértil
NVP	Nevirapina
MINSA	Ministerio de Salud
OEA	Organización de los Estados Americanos
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
PCR	Reacción de la Polimerasa en Cadena
PVVS	Personas viviendo con VIH y SIDA
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TORCH	(Síndrome de) Iniciales en inglés de Toxoplasmosis, Rubéola Citomegalovirus, Herpes simple y VIH.
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TARGA	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad
TC	Tomografía Computarizada
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WLHIV	Iniciales en inglés de Mujeres Viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Lista de cuadros

Cuadro 1 Ejercicio de derecho consecuencia de violación	39
Cuadro 2 Relación de Leyes, Resoluciones y Normativas jurídicas	41
Cuadro 3 Factores de riesgos maternos	49
Cuadro 4 Drogas antiretrovirales contraindicadas en el embarazo	53
Cuadro 5 Categorías del estudio	58
Cuadro 6 Presentación de resultados	109

Lista de figuras

Figura 1. Casos de VIH por sexos (2019).....	13
Figura 2. Evolución de los casos por VIH desde 1983-2019.....	15
Figura 3. Relación de transmisión en casos por VIH en Perú, 1983-2019	18

Resumen

La investigación analiza la percepción de las mujeres de edad fértil en tratamiento de VIH, sobre la maternidad y el embarazo. El estudio se situó en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, hospital público del distrito de San Juan de Miraflores, Lima; este centro de salud de nivel III-I cuenta con el Servicio de Infectología, y registra alrededor de 3000 portadores de VIH que reciben el TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad). El TARGA es gratuito en Perú, y reduce la mortalidad, hospitalizaciones, incidencia de infecciones oportunistas, el uso de servicios de salud, y mejora la salud biológica de los pacientes portadores. La investigación es de enfoque cualitativo, de tipo exploratoria y sigue un diseño fenomenológico. Los hallazgos recogen la experiencia subjetiva de 15 mujeres pacientes con la condición de VIH que reciben el TARGA, mediante entrevistas a profundidad. Los resultados revelaron conflictos y preocupaciones sobre la experiencia de ser mujer portadora de VIH, enfrentar esta condición representa a la vez temor y valor para las pacientes. También se demuestra que la maternidad representa un tema complejo para estas mujeres; y el embarazo, para algunas representa esperanza, y para otras, el riesgo de dar vida. Se concluye que, el prejuicio social es crítico en el entorno de las participantes, por ello ocultan su enfermedad y replantean sus planes de vida y socialización; también, aunque ellas temen la transmisión vertical del virus, muchas sí consideran la planificación de un embarazo debido al valor y sentimientos positivos asociados a la maternidad.

Palabras Claves: Percepción, mujeres con VIH, maternidad, embarazo, Tratamiento Antirretroviral.

Abstract

The research analyzes the perception of women of childbearing age in HIV treatment, about maternity and pregnancy. The study was carried out at the Hospital de Apoyo María Auxiliadora, a public hospital in the district of San Juan de Miraflores, Lima; this level III-I health center has an Infectious Diseases Service and registers around 3000 HIV carriers receiving HAART (Highly Active Antiretroviral Treatment). HAART is free of charge in Peru, and reduces mortality, hospitalizations, incidence of opportunistic infections, use of health services, and improves the biological health of carrier patients. The research is qualitative, exploratory and follows a phenomenological design. The findings capture the subjective experience of 15 female patients with HIV status receiving HAART, through in-depth interviews. The results revealed conflicts and concerns about the experience of being a woman with HIV, facing this condition represents both fear and courage for the patients. It is also shown that motherhood represents a complex issue for these women; and pregnancy, for some represents hope, and for others, the risk of giving life. It is concluded that social prejudice is critical in the participants' environment, which is why they hide their disease and rethink their life and socialization plans; also, although they fear vertical transmission of the virus, many do consider planning a pregnancy due to the value and positive feelings associated with motherhood.

Key words: Perception, women with HIV, motherhood, pregnancy, Antiretroviral Treatment.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática

La epidemia del VIH es un problema global, pero afecta en particular a los países en desarrollo. Es uno de los problemas de salud pública más relevantes de las enfermedades infecciosas: Según ONUSIDA alrededor de 36,7 millones de personas en el mundo vivían con VIH en 2016 y de ellos 2 millones están en Latinoamérica. El SIDA o las enfermedades relacionadas causaron la muerte de un millón de personas en todo el mundo en 2016 y cerca de 1,8 millones de personas más se infectaron.

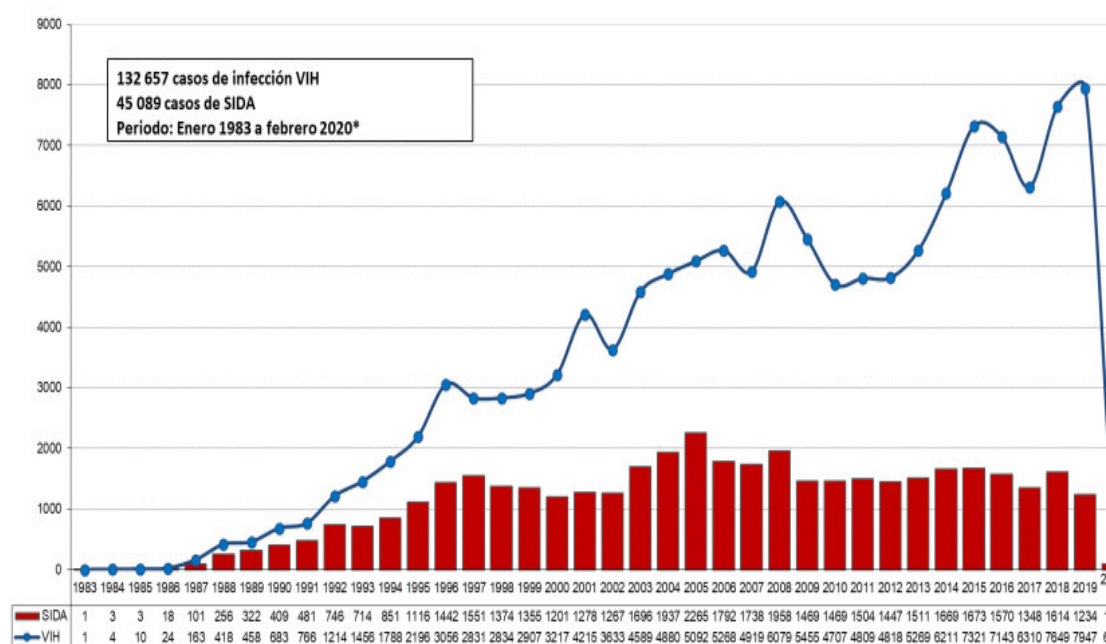
Según la OMS, a mediados de 2017, 20,9 millones de personas estaban recibiendo el tratamiento antirretroviral (TAR) en todo el mundo. Gracias a los adelantos recientes en tratamientos con antirretrovirales, y su mayor facilidad de acceso, las personas con VIH pueden vivir un mayor tiempo y tener una mejor calidad de vida. Además, se ha demostrado que la terapia con antirretrovíricos previene la transmisión del VIH. También se ha logrado conseguir avances en la prevención y la eliminación de la transmisión perinatal, y en la supervivencia materna también se han logrado grandes avances. En 2016, aproximadamente 8 de cada 10 embarazadas con VIH es decir 1,1 millones de mujeres recibieron tratamientos con antirretrovíricos (OMS, 2017).

Las investigaciones de la Fundación Bonaventura Clotet (2019) indican que, de 35 millones de personas infectadas por VIH, unos 15 millones son mujeres en edad fértil. El VIH/SIDA se cobra la vida de más personas en nuestro planeta cada día, un grupo importante de ellas son mujeres, que muchas veces no tienen posibilidad de reproducirse o realizar este deseo debido a que se infectan con el virus. Su mundo subjetivo, sus experiencias y peculiaridades psicológicas son completamente desconocidas.

Es así que, desde el punto de vista físico, las mujeres son más vulnerables al contagio entre otras causas por la violencia de género. La violencia contra las mujeres se considera una violación de los derechos humanos y se ha transformado en un problema de salud pública que se sobrepone de una manera peligrosa con la epidemia de VIH/SIDA. Los primeros encuentros sexuales de muchas niñas y mujeres jóvenes son forzados; los ataques o el medio a la violencia es una realidad diaria ya que el VIH/SIDA, cada vez más (OMS, 2009).

De acuerdo a Posadas (2018) la experiencia de las mujeres diagnosticadas con el VIH en relación con el embarazo y el parto es de angustia e incertidumbre, donde se presentan escenarios de culpa ante la trasmisión, desvalorización, transgresión de la moral sexual y miedo a la muerte (p.374).

Figura 1. Casos de VIH por sexos (2019)



Fuente. MINSA (2019)

Cuando el VIH infecta a las madres, afecta también su ámbito social, llegando a repercutir sus relaciones, especialmente ocurre cuando estas madres asumen la responsabilidad exclusiva en el cuidado del hogar y los hijos. Así la expansión epidemiológica de la infección hacia esta población tiene consecuencias sociales importantes. Viña et al. (2017) señalan que la sociedad mira al VIH con un sentido

moralista y estigmatizante, busca culpables por el contagio, lo asocia con muerte y miedo y otorga un castigo social a la población contagiada (p. 211). La experiencia de vivir con VIH en este contexto sociocultural representa un elemento que impacta el cuerpo, las ideas, proyectos, valores y la cotidianeidad que enfrentan estas personas. En particular afectan de forma significativa la maternidad por las tensiones sociales y metáforas de género entre lo aceptable, lo normal y lo normado; en este constructo, en ocasiones por los sentimientos de culpa generados conviven el ocultamiento del diagnóstico y la culpa.

En los últimos años la biomedicina ha mostrado gran interés en las mujeres que padecen de VIH, en el feto en gestación y en la prevención de la transmisión vertical (Posadas, 2018, p. 374).

Con el tratamiento adecuado y con la correcta administración de los medicamentos antirretrovirales, el riesgo de infección de los recién nacidos se reduce a una cantidad menor al 1%, ante lo cual, coloca a los padres, especialmente a las madres seropositivas, en una situación reproductiva favorable, debió a que pueden planificar y llevar a cabo embarazos deseados, ejerciendo así, el derecho a formar a una familia. Es así que, esta libertad de elección debe ser libre, debiendo estar acompañada con un adecuado asesoramiento reproductivo, ya que en las mujeres seropositivas el deseo de tener hijos tras conocer su estado es más débil que el de las mujeres no infectadas o seropositivas. Por ello, es importante generar la información y presentar alternativas, para que puedan planear sus embarazos y así ejercer sus derechos reproductivos (Gómez-Suarez, 2016).

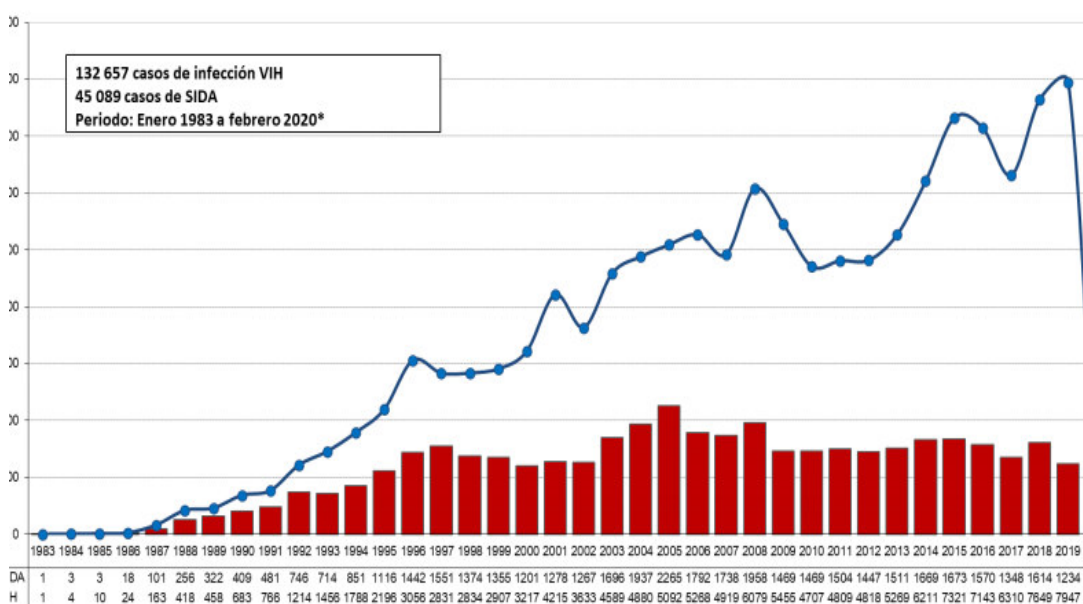
La maternidad para la mujer no es solo un derecho que le asiste, es un acto que representa una gran trascendencia personal, donde hay el cumplimiento de sueños y de la expresión de la felicidad, así mismo también existe el sentido de permanencia y continuidad de la vida que, además de tener una representación humana, implicará la creación de una persona, que se desarrollará en una dimensión social y la cultura (Griffith-Benjamín, 2006).

Ser madre con VIH, significa para muchas mujeres dejar de pensar en que puedes morir, para reconocer que puede dar vida, pese a que a comienzo de la década de los noventa se recomendaba a mujeres con VIH no tener descendencia (20 Minutos, 2012).

Los avances en el conocimiento de esta infección y sus consecuencias son notables, determinando cambios significativos en el tratamiento y pronóstico de las personas que viven con el VIH. Estos cambios han tenido un impacto en las diferentes situaciones cotidianas de las personas seropositivas. El embarazo o el deseo de tener hijos en mujeres y parejas infectadas por el VIH es una de estas situaciones. Durante la primera década de conocimiento sobre el VIH, la transmisión perinatal se identificó como una de las principales causas del SIDA en los niños, y las mujeres que se embarazaban o querían embarazarse durante este período han sido duramente criticadas, alentadas al aborto o estigmatizadas. Ahora bien, la realidad a la que se enfrentan estas mujeres es muy diferente, su esperanza de vida es mucho mejor gracias al tratamiento antirretroviral activo y la posibilidad de transmitir la enfermedad a sus hijos se reduce gracias a este tratamiento profiláctico (Zamorano, et al., 2004).

En el Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA) viven alrededor de 70.000 personas con VIH, de ellos una de cada cuatro personas desconoce que están infectados (MINSA, 2020). El Ministerio de Salud reportó cerca de 2.700 nuevas infecciones durante el 2016, cifra que indica que aún existe falta de prevención para adquirir el virus. La figura 2 muestra la evolución de los casos por VIH desde el caso índice en 1983 hasta el 2019. Del total de 132.657 registrados en ese periodo, 45.089 casos se encuentran en etapa de SIDA.

Figura 2. Evolución de los casos por VIH desde 1983-2019



Fuente. MINSA (2020)

La distribución de los casos según sexo ha variado en el periodo de registro; en la Figura 2 se muestra la correspondiente al año 2019. De los 7.947 casos, 1.573 son mujeres y 6.374 hombres.

La pandemia por el Covid-19 acentuó la crisis sobre esta población; así, en los últimos años, la situación sobre la condición de VIH se agravó, por un lado, debido al aumento de portadores del año 2020 al 2021. Actualmente, el contexto para esta población es de desabastecimiento de medicamentos, así como un recorte presupuestal. Hacia diciembre del año 2021, se registraron 91 000 personas viviendo con VIH, y a 20610 personas viviendo con SIDA, de los cuales la mayor proporción vive en Lima y Callao (La República, 2021).

La Comisión Nacional de los derechos Humanos (CNDH, 2019) es clara al mencionar que como derecho humano está establecido que las mujeres con VIH deben ser acompañadas en su decisión en ejercer su derecho a la maternidad, y los organismos públicos deben dispensarles los mecanismos seguros y atención médico-especializada en la etapa del embarazo, parto y puerperio. En el caso de que la mujer no desee salir embarazada debe contar con la información y acceso oportuno a los medios para lograr tal fin.

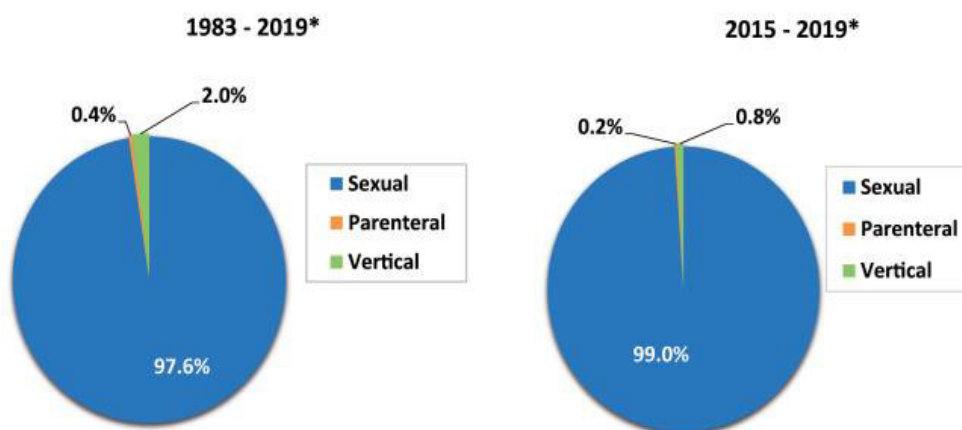
En la actualidad, la infección por el VIH ha perjudicado en su mayoría a mujeres con edad reproductiva entre 15 y 49 años, mostrando también un aumento de infección entre las mujeres que tienen una pareja estable, periodos y situaciones en los cuales se desarrolla el deseo de ser madre por una mujer infectada por el VIH. El embarazo en mujeres seropositivas debe ser considerado desde diversos puntos de vista, de las cuales uno de ellos se debe relacionar con la tasa de transmisión materno fetal, que represente entre el 25% y el 35% de los casos en los que se ha decidido por no utilizar alguna medida profiláctica, pero que se reduce al 2% cuando se toman precauciones específicas durante el embarazo y en el parto, ya sea usando antirretrovirales (ARV), o el uso de una cesárea cuando la carga viral es desconocida o mayor a mil copias del virus y cuando la ruptura de membranas ocurre dentro de las horas. En todos los casos se incluye la adecuada atención durante el embarazo y el parto, así como la supresión de la lactancia en la mujer tras el parto y las fórmulas infantiles con preparados para lactantes. También es importante mencionar los avances en el campo de los derechos humanos, tratando de garantizar el respeto de los ciudadanos hacia las personas que viven con el VIH (Matão et al., 2014).

A nivel nacional la estrategia sanitaria de ITS – VIH y Hepatitis B del MINSA, indica que la epidemia del VIH en el Perú se centra especialmente en grupos urbanos de varones que mantienen relaciones sexuales con otros varones (con prevalencias entre 10 y 30%, según región, subtipo y forma de medición) [1-3]. Pero si se presta atención a la evolución histórica de los casos notificados a las autoridades sanitarias, se ve que la epidemia del VIH está afectando con un ritmo creciente a las mujeres, por lo que se formula el objetivo de determinar cuál es el factor o los factores que determinan el crecimiento de esta tendencia (Ministerio de Salud, S.f.); de modo que, se tiene como antecedente que en el 2013 se presentó un aumento significativo de mujeres seropositivas, ante lo cual gracias al despliegue de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en los establecimientos del MINSA, la tendencia del número de infecciones por VIH se disminuyó en el 2019, esto representó un gran logro para el estado peruano, sobre todo para el Ministerio de Salud (MINSA, 2020).

Desde el año 2005, el MINSA ha incrementado los esfuerzos para el diagnóstico del VIH en mujeres que se encuentran embarazadas. De igual forma, a partir del año 2008 se ha intensificado y fortaleciendo de una manera sistemática el tamizaje a mujeres que están en una edad fértil para embarazarse. Aproximadamente el 22% del total de los casos reportados a nivel nacional son mujeres, quienes se encuentran vulnerables frente al VIH; debido al escaso acceso que poseen a información confiable de cómo prevenir la infección, así mismo, también tienen una limitada capacidad de fortaleza para utilizar medidas de protección como el condón antes de los encuentros sexuales. El porcentaje de gestantes VIH positivas y que recibió profilaxis o tratamiento con ARV, se ha incrementado también durante los últimos años (MINSA, 2015).

Datos del MINSA (2020) señalan que para el 2019 el 78% de los casos por VIH pertenecen a varones y hacen relación a una proporción de 4 varones por 1 mujer, tal como se muestra en la Figura 3.

Figura 3. Relación de transmisión en casos por VIH en Perú, 1983-2019



Fuente. MINSA (2020)

De lo anterior, se puede deducir que la situación de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH constituye una situación de salud compleja que constituye un problema de salud pública que merece ser revisado en sus diversos aspectos, en particular los relacionados al ejercicio del derecho a la maternidad y embarazo en tratamiento con TARGA y los mecanismos que soportan su vida como portadoras de VIH.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019?

1.3. Justificación teórica

La distribución de hombres y mujeres portadores del VIH/SIDA está cambiando de manera preocupante, debido a que hay un aumento alarmante en mujeres que no poseen o no realizan conductas riesgo. Esto hace que se cree un cuadro de creciente vulnerabilidad. Es así que, este fenómeno afecta la fertilidad y la sexualidad humana, así como el desarrollo social, por lo que diversos países están cada vez más

preocupados por el incremento incesante de la propagación del virus (Ford Foundation, 2005).

El ser diagnosticado con VIH puede desencadenar un evento estresante que, con el pasar del tiempo podría convertirse en un hecho traumático que, a su vez incluiría sentimientos de vergüenza, culpa, pérdida de autoestima, venganza y miedo. Este es un evento que puede hacer aparecer actitudes disfuncionales en las personas acompañado de patrones que presentan pensamientos negativos que llevaría a cambios en el ambiente familiar y conyugal, así como en la toma de decisiones que afectarían la propia vida de la persona embarazada (Quistian, 2010).

Las mujeres tienen derecho a decidir cuántos hijos quieren tener, así como a tener acceso a información, educación y medios necesarios para poder ejercer este derecho. Al ser el VIH uno de los mayores problemas de salud en el Perú y en el mundo, necesita ser estudiado desde diferentes perspectivas, lo que permitiría generar nuevas formas de enfrentar el virus y sus consecuencias, favoreciendo a las personas que lo padecen; sin embargo, de acuerdo con la revisión teórica realizada, han sido pocos los estudios encontrados e insuficientes para abordar y comprender la temática.

Con la presente investigación, se contribuirá a explicar y entender un aspecto de la realidad que está insuficientemente estudiado en nuestro país: cuál es la percepción de las mujeres en edad fértil, su significado para ejercer el derecho de la maternidad y embarazo cuando se encuentran en tratamiento con TARGA y los mecanismos que soportan su vida como portadoras de VIH; teniendo en cuenta sus conocimientos, experiencias y valores aprendidos, así como considerando el soporte emocional de su entorno familiar y las acciones y decisiones que adoptan individualmente y que identificaremos en las protagonistas del estudio.

1.4. Justificación práctica

El presente trabajo se realizó en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, en el Servicio de Infectología, con mujeres que están dentro de la edad fértil y estén en tratamiento contra el VIH. Por ello, se propone reconocer la percepción sobre la maternidad y el embarazo, identificar los mecanismos de apoyo con los que cuentan y la relación de su situación de ser una persona que está viviendo con VIH; por lo tanto,

los resultados obtenidos cooperaran a la mejora en la consejería y toma de decisiones del personal médico y los involucrados.

Según información verbal del Servicio de Infectología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora el total de población viviendo con VIH enrolados al TARGA, son aproximadamente 3000 casos, de los cuales la mitad son mujeres y de ellas el 33% son mujeres en edad fértil.

Esta población es numerosa y además representativa por el entorno y población que accede al Hospital de Apoyo, de lo que ocurre en vastos sectores del país por lo que consideramos que el estudio tendrá un impacto práctico y científico que se asocia con la capacidad de precaver la transmisión del VIH de madre a hijo así mismo se relaciona con las complicaciones que se pueden presentar antes y durante del parto. También esperamos que tenga un impacto social al permitir establecer lineamientos para el diseño y desarrollo de proyectos de salud que logren dar apertura a la toma de decisiones de una manera informada sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con el VIH. Por último, el impacto económico se asocia al aumento de la esperanza de vida, a la creación familiar, el empleo y la participación activa en la sociedad de las mujeres que poseen el VIH. Así mismo se busca contribuir a la adopción de medidas que buscan conservar la adherencia de las mujeres al tratamiento, para así puedan tener el desarrollo de una vida y, por ende, la disminución en el gasto de control que son destinados por el sistema de salud existente.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Reconocer la percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo, en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar los significados atribuidos a la maternidad y el embarazo por las mujeres en edad fértil viviendo con VIH, durante su tratamiento en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019.
- Identificar la perspectiva de la maternidad y el embarazo en relación con su condición de mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento con TARGA, en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019.
- Identificar mecanismos de soporte de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

2.1.1. La Maternidad como constructo

La percepción individual de la maternidad es un constructo social aportado por la sociedad desde la antigüedad y representa un control jerárquico impuesto por el hombre, lo que devino en la reconstrucción social del instinto maternal, que se considera que toda mujer debe tener y ser madre. Esta cualidad era requerida para el sexo femenino y al negarse a ejercerla ubicaba a una mujer como inadecuada (DiQuinzio, 1999).

Desde el punto de vista universal, el instinto maternal se basa en la capacidad o función biológica que tiene la mujer de procrear y siguió la misma línea desde las sociedades de la antigüedad para ejercer dominio sobre el sexo femenino. Con la imposición de esta norma social a las mujeres, estas asumen el papel de madres como su obligación. Esta visión no ha cambiado hasta la actualidad, por el contrario, se ha generado un significado identitario entre mujer y maternidad, entre madre e hijo (Maturana, 2013).

En el siglo XXI no es comprensible desligar el término maternidad del contexto social e histórico. Pese al consenso sobre los derechos reproductivos, la no discriminación de madres solteras, y el respeto a la decisión de las mujeres a la no maternidad o el derecho a ser madres; la responsabilidad de procrear y criar a los hijos sigue recayendo en el sexo femenino (Maturana, 2013). Al respecto, Iglesias (2003) afirma: “La dicotomía hombre-mujer hay que entenderla más como una construcción mental elaborada a partir de datos fisiológicos, anatómicos, ideológicos y culturales que nos ayuda a clasificar la variada complejidad de los seres humanos” (p. 8). Como diría Ramos (2020), el género es una variable psicosocial y el sexo una variable orgánica y estos significados han sido aprendidos socialmente.

2.1.2. El vivencialismo epistemológico

La situación emocional que experimenta una mujer con VIH en edad fértil confrontada a la idea de maternidad y embarazo presenta grandes desafíos, generados desde las visiones o percepciones sociales que ellas como mujeres entienden que deben incorporar en sus vidas. Para esta investigación es necesario asumir los fundamentos epistemológicos que puedan caracterizar el sentido de sus percepciones como, por ejemplo: cuál es su papel como mujer, qué les es posible hacer, por su condición y si puede tener un proyecto y que los hijos pueden formar parte de su proyecto de vida. Desde el punto de vista epistemológico las realidades y hechos de la vida humana, como la vida y la muerte; representa un enfoque epistemológico vivencialista y existencialista que simboliza el eje central de esta investigación.

Este enfoque nos inclina a reflexionar sobre las percepciones y reflexiones de los sujetos a través de investigaciones cualitativas. En este sentido Padrón (1998) destaca: “En este enfoque se concibe el conocimiento e interpretaciones de los simbolismos socioculturales a través de los actores al abordar su realidad humana y social” (p. 37). Por lo tanto, cada sujeto aun cuando conozca y respete los patrones que fija la sociedad es poseedor de una conciencia subjetiva que le permite darle significados y dirección a la realidad que vive. En este enfoque el conocimiento de su realidad es un acto de comprensión vivencial que puede dar paso a su transformación o simplemente un mecanismo de control natural y social.

Con respecto al existencialismo, Ander-Egg (2003) alude que es una disposición de la persona a aferrarse a ideas preconcebidas y por las cuales no está dispuesta a renunciar, y en base a ellas construye un mundo ideal con mecanismos de defensa que le permiten protegerse de lo que puede causarle dolor. Esta posición en el sentido científico de las vivencialistas, le asigna un sentido lógico y la asumen como el primer modo para acceder a la realidad de los fenómenos del ser humano.

Una de las visiones más importantes al teorizar el vivencialismo es la interpretación de los significados del pensamiento, estas tratan de construcciones subjetivas e intersubjetivas, que se interpretan en el mismo contexto donde interacciona el sujeto. Estas interpretaciones críticas que realiza el propio sujeto permiten percibir las ideas que tiene sobre aspectos específicos de su vida.

2.1.3. Visión embarazo

El término madre es un constructo social legitimado por estar asociado con el hecho biológico de embarazo; amerita una mirada esencialista porque supuestamente representa un mandato natural, y, por tanto, en ocasiones, representa un conflicto sobre la decisión individual de asumir o no la maternidad.

La función de reproducción social ha sido la parte central de la familia como institución social. En ella se establece claramente la diferencia biológica entre el hombre y la mujer. Jurídicamente y desde los roles que se les asignan a los dos géneros, la reproducción biológica es compartida, pero la reproducción social liga la responsabilidad a la mujer por el simple hecho que el embarazo es una experiencia vivencial única de la mujer (Cooch, 2014). Felitti (2011) refiere un estudio realizado por la Unesco y Unicef en el 2010 donde hacen mención que el 50% de los nacimientos son producto de embarazos no planificados, este escenario atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; en este contexto es necesario vincular a la maternidad a la libre decisión responsable de las mujeres.

En el 2016, la Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas centró su interés en la salud sexual y reproductiva como principio esencial del derecho a la salud de las mujeres con VIH como personas vulnerables y determinó que esta depende en gran parte de factores sociales, culturales, económicos y políticos.

Aunque sigue siendo un hecho que el derecho a ser madre les genera obligaciones y aunque legalmente; estas obligaciones deben ser compartidas por la pareja, cada vez es más evidente los casos donde solo son asumidos por la madre y en la mayoría de los casos donde las responsabilidades son asumidas sólo por la madre, son consecuencias de embarazos no planificados. Todo ello pese a que la CNDH (2018) proclama que todos los seres humanos sin distinción del sexo tienen derechos sexuales y reproductivos, los cuales deben ser compartidos en la pareja. Asimismo, señalan que todo ser humano tiene pleno derecho de decidir con quién, cuándo y cómo tiene relaciones sexuales y si tiene hijos o no. Pese a ello, la cifra de embarazos planificados sólo llega a un 64,2%. Al respecto García (2015) señala “en algunas zonas del mundo estos derechos no siempre se respetan y hay países donde se requiere la autorización del esposo para poder, en tratamiento de anticonceptivos a la mujer” (p.3).

2.1.4. Situación Emocional de la mujer embarazada con VIH

Los factores sociales relacionados con la epidemia del VIH estigmatizan socialmente a las personas infectadas, las cuales son discriminadas por ser portadores y en muchas ocasiones estas personas son asociadas como promiscuas, drogadictas y homosexuales; representando una degradación como seres humanos, por lo que en ocasiones se les castiga con la pérdida de sus derechos civiles. Este perjuicio, crea en la mujer embarazada y portadora de VIH un inmenso impacto psicológico con confusión emocional. La literatura indica que muchas mujeres ante esta situación esconden su diagnóstico por temor al rechazo social y sienten miedo de comunicárselo a su familia (Viñas et al., 2017).

El estigma y la discriminación, esta interrelacionada con los derechos humanos, siendo los ejes centrales de las campañas contra el SIDA y a favor de los derechos de las Personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS). De manera general, se puede decir que el estigma hace referencia a una marca física o social que se le impone a las personas que son consideradas extrañas o inferiores por una parte significativa de la sociedad. En el caso del VIH, el estigma tiene su origen en numerosas causas, entre las que se pueden mencionar el temor a la muerte, la falta de información, el desconocimiento, ansiedades de profundo arraigo relacionadas con la sexualidad, el temor a la diferencia, el imaginario colectivo de “incurabilidad” que circula en los medios de difusión, entre otras. Sin embargo, en la base de todos ellos, se encuentran las desigualdades en las estructuras genéricas, económicas, sexuales y étnicas de cada sociedad (Ministerio de Salud y Deportes, 2011).

De igual modo, el estigma puede ser interno, es decir, se refiere a la manera de cómo se ve y como se percibe sobre sí misma; especialmente si le incomoda ser una persona seropositiva. El estigma internalizado puede llevarle a construir una autoestima deficiente con tendencia a la disminución, llevándolos así, a tener sentimientos de inutilidad y depresión, de lo cual generaría que renuncie al contacto personal e íntimo, debido al temor que produciría ser excluido y expuesto por poseer su estado serológico a causa del VIH.

Mientras que la discriminación implica tratar a alguien de manera diferente e injusta con prejuicios infundados que, por lo general tiene como origen una deficiente educación que lleva a catalogar a las personas con etiquetas negativas, muchas veces

colocándolos en grupos de pertenencias inexistentes. Es por ello, a menudo se supone que, si una persona es estigmatizada, el resultado final siempre será la discriminación

La discriminación se relaciona con el VIH cuando un individuo recibe un trato de manera distinta (muy a menudo negativa) porque el hecho de ser una persona con VIH, o se sospecha que es seropositivo, así mismo también ocurre discriminación cuando se separa del grupo o de la sociedad a alguien que posee un parentesco cercano o mediano con un individuo que tiene el VIH, no importa si es su pareja, hijos o familiar suyo.

Es por lo ante expuesto que, la discriminación puede ocurrir en distintos niveles o ámbitos, puesto que puede presentarse en el entorno familiar o en el medio social. Por ejemplo, cuando la gente:

- ✓ Se alejan de las personas que son seropositivas o cuando se les impide la utilización de artículos que son utilizados por los demás miembros de la sociedad o de la familia.
- ✓ Apartar a las personas que poseen VIH al obstaculizarles la entrada ya sea de manera directa o indirecta a un grupo o asociación, por el simple hecho de que no quieren tener algún tipo de relación con ellas.

Es así que, también puede presentarse en el medio institucional, por ejemplo, cuando:

- ✓ Los varones o mujeres que tienen VIH son apartados de otros pacientes en un centro de salud o se les impide la entrada a los distintos servicios de atención que ofrece el sistema de salud.
- ✓ Cuando un trabajador del hospital revela a otras personas que un paciente posee VIH, esto lo realiza sin permiso alguno.
- ✓ Se impide el ingreso a cualquier institución educativa a niños o niñas que son seropositivas.

Por lo ante expuesto, se afirma que, la discriminación puede suceder a nivel de la política nacional, esto ocurre cuando se condena a las personas con VIH por medio de leyes. Ejemplos de esto incluyen:

- ✓ Imposibilitar el ingreso de una persona con VIH a algún país o estado, esto sucede por el estatus de seropositivo

- ✓ Inhabilitar a los individuos seropositivos a poseer alguna ocupación laboral donde se pueda desempeñar
- ✓ Las pruebas de detección de VIH son públicas y forzosos para un grupo o individuo en especial (Ministerio de Salud y Deportes, 2011)

Las investigaciones realizadas sobre el contagio del virus pusieron en evidencia que muchas embarazadas desconocían el resultado de una serología positiva antes del momento de su embarazo, esta situación trae implicaciones psicológicas y sociales en las mujeres embarazadas portadoras del VIH. Señala Palermo (2018) que esta situación genera sentimientos de culpa en la mujer al no poder amamantar a su hijo, impotencia y frustración por el hecho de que pueden infectar al feto o transmitirle el virus en el momento del parto.

2.2. Antecedentes de la investigación

2.2.1. Antecedentes Internacionales

Almeida et al. (2019) realizaron una investigación titulada *Fases psicológicas de embarazadas con VIH: estudio cualitativo en un Hospital de Apoyo*. En el estudio clínico cualitativo, exploratorio y descriptivo en 9 embarazadas que realizaron los investigadores pudieron determinar tres fases psicológicas evolutivas: confusión emocional, duda existencial y ambigüedad funcional. Además, de que la noticia de saber que son positivas al test de VIH desencadena un temor y mecanismos de defensa en relación con la transmisión vertical. Dentro de las consideraciones finales exponen los investigadores que la situación psicológica puede mejorarse, la ambigüedad funcional producto de su situación clínica, cambios hormonales, orgánicos, psicológicos, comportamentales y sociales; pueden ser reconducidos con orientación médica adecuada a fin de redefinir su subjetividad acerca de la enfermedad del VIH con el propósito de que pueden conducirse como madres de niños con riesgo potencial al contagio por VIH.

Mendoza, et al., (2018) realizaron un estudio sobre *Percepción del embarazo en mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana y su apoyo familiar*, de corte correlacional, descriptivo y transversal realizado en 39 mujeres portadoras del VIH

con consentimiento informado. La edad promedio de su muestra fue 26 años de edad, eran solteras y con un nivel medio superior de escolaridad. El 53% de estas pacientes no contaban con apoyo familiar o social económico, condición que llevó a inferir que el constructo social acerca del padecimiento de esta enfermedad por VIH está siendo aceptado socialmente por la difusión realizada por los medios de comunicación sobre la naturaleza de la enfermedad y cómo enfrentarla en los diferentes momentos de la vida. El estudio reveló que no existe asociación entre la percepción del embarazo y el apoyo familiar en mujeres con VIH; llegando a la conclusión que, el deseo de ser madres es más importante que el padecer la enfermedad. Los autores recomiendan que es necesario plantear y ejecutar estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen la enfermedad de VIH, sus necesidades y la de su futura familia.

Jones et al. (2016), según el estudio “Deseos de fertilidad entre mujeres que viven con VIH”, determinó que las tasas de embarazo entre las mujeres que viven con el VIH (VLH) han aumentado con la disponibilidad de un tratamiento efectivo contra el VIH. La planificación del embarazo y el parto es un elemento cada vez más importante de la atención del VIH. Si bien las tasas de embarazos no deseados son altas entre las mujeres en general, entre las parejas afectadas por el VIH, se deben considerar decisiones importantes de planificación y reproducción para evitar consecuencias negativas para la salud de las personas que viven con el VIH y sus neonatos. Para obtener una visión de este proceso de toma de decisiones reproductivas entre “Mujeres viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana” (WLHIV), este estudio exploró el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las mujeres con respecto a la planificación de la fertilidad, los deseos reproductivos y las prácticas de concepción más seguras. Se formuló la hipótesis de que los deseos de embarazo estarían influenciados por los compañeros, las familias, el riesgo potencial de transmisión del VIH a los bebés y las recomendaciones de los médicos. Reclutaron WLHIV en el sur urbano de la Florida y completaron una evaluación demográfica (N = 49), deseos de fertilidad y una encuesta conjunta de los factores asociados con la toma de decisiones reproductivas. Obteniendo como resultados que existen diferentes caminos de decisión para diferentes tipos de mujeres: las mujeres más jóvenes y aquellas con menos educación deseaban hijos si sus parejas querían tener hijos; los deseos reproductivos de aquellos con menos educación y con menos conocimiento

relacionado con el VIH, mostraron una tendencia hacia un énfasis adicional en los deseos de su familia. Por el contrario, las mujeres mayores y aquellas con más educación parecían darle más importancia al respaldo de los médicos en sus planes de parto, llegando a una conclusión donde destacan la importancia del asesoramiento preconcepcional continuo para todas las mujeres en edad reproductiva durante la atención de rutina del VIH. El asesoramiento debe adaptarse a las características del paciente, y los médicos deben considerar la inclusión de familias y/o parejas en el proceso.

Según el informe de emitido por el OEA (Organización de los Estados Americanos) de Dinys (2015) sobre los Derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en las Américas menciona sobre los avances y desafíos: en todos los niveles los derechos con los que actualmente la mujer portadora de VIH son los que siguen:

El derecho a la VIDA, el estado garantiza este derecho, con la finalidad de que siempre puedan satisfacer las necesidades de todas las mujeres que están infectadas por el VIH, para así poder lograr la prevención de la discriminación y poder crear un entorno propicio para la realización de los derechos. Estos derechos incluyen también el ingreso a todos los beneficios y recursos que provee el estado, para que así logren alargar la vida de una manera sana, así como el respeto y la honra de las mujeres que poseen el VIH

El derecho a la no discriminación e igualdad ante la ley, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH siguen siendo una barrera inmensa para poder lograr una respuesta eficiente en contra del VIH en todo un país, afectando así a muchas áreas de la vida de las personas que contrajeron VIH en el Perú, según una investigación se demostró que, el personal de salud muestra la existencia de un trato desigual a las personas con VIH, logrando obtener que alrededor del 5 % de los encuestados dijo que se les negaron algunos servicios de planificación familiar o de salud reproductiva, y más del 25 % dijeron que nunca recibieron algún servicio. Más de una cuarta parte de los participantes informaron haber sido tratados de una manera diferente en comparación con otros pacientes.

El Derecho al más alto nivel de salud: Es el acceso a una atención de salud de calidad que posea un sistema apropiado, debido a que es fundamental para asegurar condiciones que afecten la vida pues sin la existencia de este derecho habría

repercusiones en la salud física y psicológica, es por ello que es un aspecto primordial para que garantice el derecho a la salud. Por lo cual, es importante tener una cobertura correcta del seguro de salud: donde las mujeres seropositivas puedan contar con ayuda del estado para que puedan enfrentar los obstáculos que impidan el bienestar de su salud física y psicológica.

Derecho a una vida libre de violencia, en el contexto del VIH, se necesitan recursos específicos que logren precaver y contestar las distintas manifestaciones de la violencia en perjuicio de las mujeres, así mismo es importante garantizar el acceso a la justicia, crear un entorno político que logre cuidar los derechos de todas las mujeres infectadas por el VIH y erradicar la violencia institucional en toda su diversidad, incluyendo la que es practicado o permitido de una manera indirecta por el Estado.

Derecho a no ser sometida a trato cruel, despiadado o deshonroso, el aval para la implementación de este derecho incorpora la tipificación como delito de los actos de tortura, así como su investigación, prevención y sanción. En países de américa latina y muchas del caribe, las personas enfrentan dificultades para acceder a información oportuna sobre preparación y atención, experimentando así hostilidad, negación de servicios u otras formas de estigmatización en diversas áreas de sus vidas. Entre las cuales tenemos la esterilización forzada o involuntaria; de las cuales esta ha sido y será una de las peores transgresiones de los derechos de las mujeres con VIH.

Derecho a la protección social: Esto permite una calidad estándar de vida, así como la protección social de todas las mujeres infectadas por el VIH, debido a que es un hecho básico para ejercer la aplicación de sus derechos económicos y sociales, con el fin de que puedan alcanzar un nivel de vida adecuado. En particular, la protección social debe garantizar un bienestar apropiado, hacer de lo calidad de vida la base del desarrollo humano y promover la entrada a servicios sociales y oportunidades de trabajo decente.

Derecho a formar una familia, este derecho demanda poseer con varios marcos legales, en donde se cuenten con servicios indispensables para el pleno crecimiento de las mujeres y de los niños que están infectadas con el VIH. A medida que avanza la disponibilidad de tratamientos, un mayor número de mujeres optan por quedar embarazadas para así poder tener hijos; sin embargo, muchas de las mujeres que

desean ser mamás no están informadas sobre alternativas de reproducción. Así mismo hay varios trabajadores de salud que creen que las mujeres infectadas con VIH deban tener hijos. Las mujeres embarazadas que poseen VIH, por ley deben recibir todos los servicios y facilidades estándar de atención prenatal, incluidos los exámenes y tratamiento de las ITS, así como el asesoramiento y el control nutricional. Es así que, la atención prenatal de las mujeres embarazadas, también deben combinarse con la terapia antirretroviral. Así mismo, el hecho de estar infectado por VIH no es una limitación para poder desempeñar las funciones de educación y protección de los hijos, porque una persona no puede ser privada de estos derechos por estar infectada por el VIH. Las madres seropositivas tienen derecho a ejercer la patria potestad sobre sus hijos e hijas.

Derecho a la participación, para garantizar este derecho a todas las mujeres infectadas por el VIH, es fundamental promover la capacidad de socialización de una manera libre en donde no haya presencia de la discriminación, así mismo es necesario participar en los mecanismos de toma de decisión relacionadas con el VIH, la igualdad de género y proporcionar recursos de oportunidad para garantizar que encajen correctamente en la sociedad

Liamputtong, et al. (2014) publicaron un artículo sobre “Madres y mujeres que viven con VIH / SIDA en Tailandia central”, donde exploran la experiencia del embarazo y el parto, la maternidad y las prácticas de alimentación infantil entre mujeres que viven con VIH / SIDA en Tailandia. Llevaron a cabo entrevistas en profundidad con 26 mujeres que viven con VIH/SIDA en Tailandia. Hallando que las mujeres que viven con VIH / SIDA que participaron consideraron que era deseable. A pesar de vivir con una gran tristeza, documentarse les permitió tener una vida digna. La maternidad promovió a las mujeres como leales a sus hijos. Sin embargo, las mujeres vivieron con ansiedad constante sobre la condición de sus bebés. La necesidad reproductiva de las mujeres en este estudio a menudo fue cuestionada por sus proveedores de atención médica. Las enfermeras aconsejaron a muchas que no amamantaran a sus bebés recién nacidos, ya que esto podría transmitir el VIH al niño. La mayoría de las mujeres tomaron en cuenta su capacidad de cuidar a sus hijos en el futuro y no quisieron tener muchos hijos. Concluyeron que dicho estudio contribuye a la comprensión conceptual sobre la maternidad en vivo de la experiencia de las

mujeres que viven con VIH / SIDA en Tailandia. Los hallazgos tienen implicaciones para el cuidado de parteras.

Matão et al. (2014), en la investigación “Entre el deseo, el derecho y el miedo a ser madre tras seropositividad del HIV, durante la consulta prenatal realizada en el ambulatorio de obstetricia de una unidad de referencia en el Estado de Goiás – Brasil”, tuvo como objetivo poder determinar cuáles son las representaciones de las mujeres en la sociedad que conocen su situación de ser portadoras de VIH en relación con la maternidad. El estudio fue del tipo cualitativo exploratorio, con un corte descriptivo. Entrevistaron a 13 mujeres que estaban embarazadas, de las cuales cada una de ellas eran portadoras seropositivas y conocedoras de su estado serológico. El rango de edad de los participantes comprendía entre los 21 y 34 años, teniendo como media los 26 años. Utilizaron formulario socioeconómico y una entrevista abierta en profundidad para la recolección de datos y análisis de contenido para establecer categorías temáticas. El material fue clasificado y agrupado en tres categorías temáticas: la primera, "El deseo", la segunda "El derecho", y el último, "El miedo". Concluyeron que el período de gestación está marcado por sentimientos ambivalentes de felicidad, debido a la alegría única de la maternidad, y por el miedo, debido a la posibilidad de transmisión vertical. Se podría decir que el significado del embarazo para estas mujeres gira en torno a los elementos relacionados con el deseo, el derecho y las representaciones sociales sobre el embarazo y el SIDA.

Heys, et al. (2012), en el estudio “Infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Deseos de Fertilidad: Resultados de un Estudio Cualitativo en Uganda Rural” determinaron que un diagnóstico positivo de VIH influyó en los deseos de fertilidad y las decisiones reproductivas para las mujeres y los hombres que viven en el oeste de Uganda y las razones detrás de estos deseos de fertilidad. El estudio cualitativo se realizó como parte de un estudio más amplio sobre el mismo tema para comprender mejor los hallazgos cuantitativos. Se llevaron a cabo cinco grupos focales con un total de 35 participantes, 20 mujeres y 15 hombres. Dieciocho participantes fueron VIH positivos. Casi todos los participantes con VIH informaron que no deseaban tener más hijos. Las razones más importantes que se dieron fueron el impacto devastador del VIH en la salud de la madre y el alto riesgo de transmisión del VIH al niño. La mayoría de los participantes no conocía los beneficios del tratamiento antirretroviral de gran actividad para reducir el riesgo de transmisión del VIH de madre

a hijo. Algunos participantes VIH-negativos consideraron la maternidad en curso de personas VIH-positivas como resultado de la falta de educación sobre los riesgos de tener hijos mientras son VIH-positivos y también como contrario a las expectativas actuales de la práctica del estilo de vida. También enfatizaron que las percepciones de la comunidad de tener hijos cuando las madres están infectadas por el VIH eran desfavorables y que las normas de fertilidad para todas las personas en el área de estudio ahora han cambiado debido a preocupaciones económicas y al deseo de educar a todos los niños en la familia. Los hallazgos del estudio deben ser incorporados en el currículo de consejería para programas dirigidos a la prevención y atención del VIH y la planificación familiar. Se brindan recomendaciones específicas para mejorar los programas de atención primaria de salud del distrito para la atención / prevención del VIH y la planificación familiar.

Galvão, et al. (2010), Universidad Federal de Ceará – Brasil, realizaron una investigación sobre los “Dilemas y conflictos de ser madre en la vigencia del VIH / SIDA”, este estudio tuvo como objetivo aprehender los dilemas y conflictos revelados por las mujeres infectadas con VIH / SIDA que quedaron embarazadas. Este estudio cualitativo involucró a ocho mujeres de 21 a 45 años atendidas en una clínica ambulatoria en Fortaleza-CE. A través de entrevistas, se observó que las mujeres pasan por su embarazo con expectativas sobre el estado serológico de su hijo; después del nacimiento, viven con incertidumbres y sobreprotegen al niño. Informan sobre formas inadecuadas de comunicar el diagnóstico y la falta de asesoramiento sobre el embarazo en casos de VIH. Estas mujeres transforman el deseo de maternidad en realidad. Según ellos, lidiar con un niño con la posibilidad de contraer el VIH va más allá de su capacidad. En conclusión, es esencial ofrecer apoyo emocional y social a estas mujeres, independientemente de la fase en la vida en que se encuentren.

Quistian (2010), realizó una investigación sobre significados sobre la maternidad de las mujeres que viven con VIH, teniendo como finalidad conocer cuáles son los conceptos que poseen las mujeres que tienen VIH, sobre el embarazo y la maternidad bajo la influencia de la enfermedad serológica que poseen. Se utilizó el método cualitativo con enfoque fenomenológico en donde se desarrollaron la entrevista como técnica, teniendo como muestra a cuatro mujeres que tienen VIH, teniendo como cualidad la capacidad de embarazarse, esto debido a que están en un periodo fértil. La población pertenece al Centro Ambulatorio de Prevención y

Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) - México San Luis de Potosí. La investigación tuvo como base la teoría fundamentada. Es así que, se obtuvo como resultado que la construcción de significados y su impresión sobre la maternidad se forma a través de los factores sociales, culturales y económicos. En las mujeres que tienen VIH se encontró una apreciación ideal, de las cuales estas se asocian con los sentimientos de "amor, ilusión, cariño ", en donde se visualizan como una "necesidad " que quieren experimentar. Sin embargo, las impresiones que obtuvieron sobre la maternidad se vieron trastocadas por el "miedo y angustia " de poder transmitir la infección a sus descendientes, junto con las dificultades y problemas que ellas tuvieron que soportar. Estas mujeres también presentaron un temor enorme al desarrollo y posibles consecuencias que deberán confrontar por ser pacientes seropositivas. Por último, las mujeres entrevistadas en la investigación señalaron que sienten temor y zozobre por la posibilidad de dejar en orfandad a sus hijos por las complicaciones que aparecen durante el parto, ese pensamiento es algo que está en su pensamiento todo el tiempo, siendo este temor factores determinantes en sus decisiones reproductivas. La investigadora concluyó que la perspectiva que las mujeres que tienen VIH presentan una maternidad está fuertemente dominada por miedos, angustias y situaciones, de las cuales, estas están ocasionadas por su padecimiento e incluso por la implantación de ideas negativas y erróneas por parte de algunos profesionales de la salud, es por ello que es necesario que el personal de salud, estén más capacitados, de las cuales esto les permitirán empatizar más con mujeres que tienen VIH, esto con la finalidad de que puedan otorgar una atención más integral y humana donde las mujeres con VIH puedan ejercer sus derechos reproductivos en una manera más segura, debido a que tendrán la participación de un círculo social más comprensivo.

El Instituto Guttmacher publica la investigación "Lanzar los Datos": Toma de decisiones sobre el embarazo entre mujeres VIH-positivas en cuatro ciudades de EE. UU, realizada por los autores Kirshenbaum, et al. (2004); según la investigación, utilizaron métodos cualitativos para examinar la toma de decisiones sobre el embarazo entre 56 mujeres VIH-positivas en cuatro ciudades de EE. UU. Se analizaron temas biomédicos, individuales y socioculturales en grupos de mujeres, categorizados por sus experiencias e intenciones del embarazo. Como resultados independientemente de las experiencias o intenciones de embarazo de las mujeres, los temas de la toma de

decisiones reproductivas incluyeron el riesgo percibido de transmisión vertical, que a menudo se sobreestimó; creencias sobre estrategias de reducción de riesgo de transmisión vertical; deseo de maternidad; estigma; Valores religiosos; las actitudes de los socios y los proveedores de atención médica; y el impacto de la salud y la longevidad de la madre en el niño. La mayoría de las mujeres que no querían tener hijos después de su diagnóstico citaron el riesgo de transmisión vertical como la razón, y la mayoría de estas mujeres ya tenían hijos. Quienes quedaron embarazadas o desearon tener hijos después de su diagnóstico parecían tener más confianza en la eficacia de las estrategias de reducción de riesgos y, a menudo, no tenían hijos. Se concluye que los estudios futuros pueden ayudar a aclarar la relación entre los factores que influyen en la toma de decisiones sobre el embarazo entre las mujeres VIH positivas. Las mujeres en edad fértil VIH-positivas y en riesgo pueden beneficiarse de intervenciones de asesoramiento sensibles a los factores que influyen en las decisiones de embarazo de las mujeres infectadas.

2.2.2. Antecedentes nacionales

Moreno, et al. (2021) en su artículo *Factores de riesgo asociados a la transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana durante la gestación*, plantean que el VIH en Perú resulta ser un problema perinatal por el incremento del contagio vertical durante el embarazo, parto y lactancia materna. En el estudio pudieron determinar que los factores asociados al contagio vertical del VIH se encuentran: la ausencia de la terapia antirretroviral durante los controles prenatales, ausencia de un programa de prevención de la transmisión madre e hijo del VIH, ausencia total del control prenatal, prácticas de parto domiciliario, parto por cesárea con OR, ausencia de profilaxis antirretroviral al neonato y alta carga viral durante el embarazo.

Díaz, et al. (2021) en su investigación *La intervención de la matrona en gestante con trabajo de parto y coinfección VIH/ Covid-19*. Indica que, en Perú, tiene una prevalencia en madres de recién nacidos de 1,4% y el parto constituye el período de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH. La investigación concluye que el papel de la matrona es muy importante durante el proceso de parto como apoyo a la parturienta, dada la incertidumbre y el temor que sienten en el momento. Recomienda

la elaboración de un plan de cuidados para priorizar los problemas que suponen una alteración del bienestar de la paciente.

Del Rosario (2018) en su trabajo de investigación titulado *Razones, barreras e intenciones que intervienen en la decisión de ser madres en mujeres viviendo con VIH-SIDA, Región La Libertad*, identifica las razones, barreras e intenciones que intervienen en la decisión de ser madres en las mujeres con VIH-SIDA. A través del enfoque cualitativo fenomenológico aplicado a 10 mujeres portadoras de VIH-SIDA, la investigadora pudo obtener como resultados que las razones por las cuales intervienen en la decisión de ser madres es el conocimiento de tres elementos bases que son: el conocimiento de que la enfermedad no se transmite al feto, el deseo de ser madre y el tener una estabilidad económica. Entre las principales barreras que intervienen para no ser madres se pudieron identificar: el deseo de su propio bienestar y superación personal, la inestabilidad económica, la falta de apoyo de la familia del esposo, el ya poseer hijos y el temor con la salud del bebé. En la investigación se concluye que existe necesidad de planificar estrategias para la disfunción masiva en los medios de comunicación que aumenten el nivel de conocimiento sobre la enfermedad del VIH, su transmisión, cuidados, tratamiento y repercusiones en la salud y en lo social.

Posadas (2018) en su artículo titulado *Embarazo y VIH ¿indicación absoluta de cesárea?*, planteó como objetivo general evaluar si los fetos extraídos por cesárea electiva de madres VIH positivas tienen menor frecuencia de positividad en una prueba rápida al nacimiento que los nacidos por vía vaginal. La investigación requirió de la metodología cualitativa con carácter retrospectivo, observacional y descriptivo. El estudio tuvo por muestra 1261 mujeres parturientas de las cuales se le realizó cesárea a 1245 mujeres y 16 se les asistió parto vaginal. Como resultados se obtuvo que 103 recién nacidos resultaron reactivos al VIH, y de los cuales 87 nacieron por cesárea y 16 por parto vaginal, deduciéndose que el riesgo del recién nacido por cesárea electiva para resultar reactivo al VIH está entre el 6 y 9%. El investigador concluye que el 93% de los neonatos que nacieron por cesárea resultaron negativos al VIH, mientras que todos los neonatos que nacieron por parto vaginal obtuvieron positivo en la prueba del VIH, por lo que se demostró que la cesárea electiva reduce el riesgo de una prueba reactiva en el neonato; siendo el índice de prevalencia de trasmisión vertical de un 4% en el Perú.

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Bases legales

2.3.1.1. Internacional.

En la larga lucha contra el VIH, se ha demostrado que los derechos humanos son primordiales para obtener una respuesta eficiente contra la epidemia. Las personas son más vulnerables a la infección por el VIH cuando no se protegen los derechos humanos. Es así que, si no se protegen, las seropositivas experimentar estigma y discriminación, volviéndose incapaces de poder sostenerse en el aspecto psicológico a ellos mismos y a sus familias. En lugares con alta prevalencia del VIH y falta de tratamiento, comunidades enteras están destinadas a ser devastadas por los efectos que produce el virus (ACNUDH, 2007).

En la Cumbre de París sobre el Sida que se desarrolló en 1994 se planteó el principio de mayor participación en favor de las personas que son afectadas de manera directa o indirecta por el VIH y el SIDA. Es en esa cumbre donde los gobiernos de los distintos países participantes se responsabilizaron a formular y aplicar políticas que fomenten el desarrollo de los derechos de los individuos que están infectados con VIH/SIDA, esto se realizó con la finalidad de asegurar la existencia de una protección equitativa ante la ley, debido a que, las personas seropositivas estaban desprotegidas legalmente hasta ese momento. Esta cumbre permitió que personas con VIH/SIDA tengan las mismas oportunidades que las personas que no padecen esta enfermedad serológica, es así que hubo un aumento en las oportunidades de empleo, educación, desplazamiento, vivienda y bienestar social para los varones y mujeres infectados por el VIH.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) junto con la Declaración Universal de Derechos Humanos, constituyen lo que se conoce como la Carta Internacional de Derechos Humanos. Los tres proporcionan protección contra la discriminación y otros derechos de personas que viven con VIH/SIDA y sus familias.

Al igual que el sistema de los Estados Unidos de América, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) cuentan con un importante conjunto de instrumentos

legales que pueden ser utilizados para defender los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas que tienen VIH/SIDA. Los instrumentos internacionales que defienden los derechos humanos fueron creados por la legislación internacional con la finalidad de poder proteger a todas las varones y mujeres sin distinción alguna de raza, sexo, idioma, religión, ideología política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otra condición, también protegen los derechos y la libertad de las personas que viven con VIH/SIDA (Vásquez, 2008).

Si bien la mayoría de los países de América Latina cuentan con leyes, planes y programas estratégicos, así como normas y protocolos relacionadas con el VIH, hay una dificultad, y esta es que; éstos difieren en su enfoque y alcance. Aunque muchos países tienen leyes diseñadas para proteger y promover los derechos de las mujeres en general, se ha avanzado muy poco en el reconocimiento de los derechos específicos de las mujeres que tienen VIH (Dinys, 2015).

Las Normas Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos (1997; revisadas en 2003) ofrecen una guía de políticas que están dirigidas a los gobiernos, organizaciones internacionales, ONG, grupos o asociaciones que buscan el desarrollo e implementación de estrategias que permitan tratar adecuadamente temas relacionados de una manera directa o indirecta por el VIH/SIDA. De las 12 normas, la número 6 ha recibido gran parte del interés social, pues esta dice: “Los Estados deben promulgar legislación que considere la regulación de bienes, servicios e información relacionados con el VIH”. Es así que la prevención, el cuidado y la ayuda son elementos que se fortalecen de una manera bidireccional, constituyendo así un avance progresivo y continuo como respuesta efectiva al VIH/SIDA.

En la Ampliación del Tratamiento como parte de una respuesta comprehensiva al VIH/SIDA (OMS, 2016). Aprobada en el 45° Consejo Directivo de la OPS, esta Resolución exhorta a los Estados Miembros a “sustentar y reforzar las actividades de prevención y la reducción del estigma dentro de los servicios de salud”, con la finalidad de poder evitar la transmisión del VIH de madre-hijo, aumentando así el número de asesoría, pruebas voluntarias, tamizajes y servicios para grupos que son vulnerables: mujeres, niños, jóvenes, varones que mantienen relaciones sexuales con otros varones, , trabajadores (as) sexuales, consumidores de drogas que reutilizan

inyectables, personas que estuvieron en cárcel y familias donde uno o más de sus miembros tienen VIH/SIDA (Vásquez, 2008).

La Comisión Internacional de los Derechos Humanos (UNAIDS, 2016) estableció que las personas que viven con VIH/SIDA, tienen establecidos por natural los siguientes derechos, tal como se puede observar en el Cuadro 1:

Cuadro 1

Ejercicio de derecho consecuencia de violación

Ejercicio de Derecho	Violación del Derecho
No, a la discriminación	Dificulta a los sujetos portadores a tomar medidas eficaces para proteger su salud y tienden a ocultar la enfermedad para evitar la exclusión social.
Igualdad de condiciones	Exigencia a la realización de la prueba ya que es voluntaria. Exigencia a declarar que padece la enfermedad viola su derecho a la privacidad.
Recibir profilaxis post-ex posicional	Viola el derecho a la atención preventiva para controlar la propagación del virus.
El diagnóstico debe ser confidencial e informado	Viola la confiabilidad de tener una vida propia.
Obtener servicio de orientación para una convivencia social normal como portador del VIH	Viola el derecho a la información
Derecho a la salud	La negación a la atención médica por ser portador de VIH niega el derecho a la salud que tiene todo ciudadano.
Derecho al Trabajo	El despido laboral por ser portador de VIH viola el derecho al trabajo que tiene todo ciudadano.
Derecho a la Educación	La negación a ser inscrito en una institución educativa por ser portador de VIH viola el derecho a la educación que tienen todos los ciudadanos.
Derecho a ejercer su sexualidad libre y responsable	La negación del ejercicio de su sexualidad viola el derecho a reproducirse, al matrimonio y a formar una familia.
Derecho a ejercer la patria potestad y guarda y custodia de los hijos.	La negación de la patria potestad y guarda y custodia de los hijos por ser portador de VIH, viola el derecho de los niños de vivir y crecer en una familia.
Derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.	Su negación viola el derecho a la dignidad humana,

Fuente. Elaboración propia, datos de CNDH (2019)

2.3.1.2. Marco legal nacional.

La Constitución Peruana es la Carta Magna donde están las normas generales y específicos del estado peruano, en este documento se pueden apreciar la Conformación Jurídica de la Nación. En cuanto a su estructura política, esta comprende: el Poder Legislativo, El Poder Ejecutivo, el Poder Judicial, Defensoría del Pueblo y el Tribunal de Garantías de los DD. HH, particularmente en la lucha contra el VIH/SIDA, debido a que es un problema de salud nacional e internacional, por lo que cada una de los gobiernos están sometidos a cumplir con los deberes que les compete para ayudar a conseguir el respeto del derecho de todos los peruanos sin importar distinción alguna. Dentro de la Normatividad Nacional referida al VIH/SIDA, las que se considerarán para el presente estudio serán:

- ✓ Ley N° 28983 (1982) Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres.
- ✓ Decreto Supremo N° 008-2010-SA (2010) que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1233-2003-SA/DM (2003), que constituye el Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección por VIH.
- ✓ Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA (2004), que aprueba el documento denominado Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- ✓ Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA (2009), que aprueba el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA.
- ✓ Resolución Ministerial N° 567-2013/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 102-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Tratamiento antirretroviral de los Niños, Niñas y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH).
- ✓ Resolución Ministerial N° 619 -2014/MINSA (2014), que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 108 –MINSA/DGSP –V 01 Norma Técnica de Salud para la prevención de la transmisión madre–niño del VIH y la sífilis.

En relación a las Leyes, Resoluciones y Normativas jurídicas referidas a los derechos de las personas con VIH, se presenta en el Cuadro 2, que sintetiza el propósito de cada una de ellas.

Cuadro 2

Relación de Leyes, Resoluciones y Normativas jurídicas

Normativa Legal	Principios
Ley N° 28983 (1982) Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres	-Equidad de género -No a la discriminación -No a la exclusión social o sexual. -Prevalencia de los Derechos Humanos
Decreto Supremo N° 008-2010-SA (2010) que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.	El aseguramiento en salud es universal y sin discriminación alguna y en todas las etapas de la vida constituye un principio de conservación obligatoria y orientadora en el aseguramiento universal en salud en el Perú
Resolución Ministerial N° 1233-2003-SA/DM (2003), que constituye el Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección por VIH.	Atención integral al Adulto portador de VIH con un equipo multidisciplinario.
Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA (2004), que aprueba el documento denominado Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva	-Planificación familiar con calidad y seguridad con métodos modernos a fin de salvar la vida de las madres e hijos. -Disminuir la morbilidad, mortalidad y asegurar el tratamiento antirretroviral a los niños y adolescentes afectados con VIH.
Norma Técnica de Salud N° 102- MINSA/DGSP-V.01. R.G.- N° 567-(2013)/MINSA.	-Fortalecer la calidad de la atención integral en salud a los pacientes con VIH, SIDA y ITS, a través de la orientación, información, servicios médicos y prácticas de su sexualidad.
Resolución Ministerial N° 264-2009/MINSA (2009), que aprueba el Documento Técnico Consejería en ITS/VIH y SIDA	-Contribuir a la prevención de la transmisión Madre-Hijo del VIH y la Sífilis.
Resolución Ministerial N° 619 -2014/MINSA (2014), que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 108 – MINSA/DGSP –V 01 Norma Técnica de Salud para la prevención de la transmisión madre–niño del VIH y la sífilis.	

Fuente. Elaboración Propia

2.3.1.3 Situación de los derechos de las mujeres que viven con VIH, avances y desafíos.

A nivel nacional y dentro de la normativa del Perú, los derechos con los que actualmente la mujer portadora de VIH son los que siguen:

- ✓ *El derecho a la VIDA*, el estado garantiza este derecho en la medida en que responden a las necesidades de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad, eliminan la discriminación y crean un ambiente propicio al ejercicio de los derechos. Este derecho también implica el acceso a servicios y recursos necesarios para prolongar una vida saludable y activa, así como el respeto a la dignidad e integridad del cuerpo de las mujeres que viven con VIH.
- ✓ *El derecho a la no discriminación e igualdad ante la ley*, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH continúan siendo un obstáculo grave para impulsar una respuesta eficaz al VIH en la región, y afectan a las distintas esferas de la vida de las personas que viven con VIH en Perú, un estudio mostró el trato desigual que otorga a las personas viviendo con VIH el personal de salud, encontrándose que aproximadamente el 5% de las personas entrevistadas indicó que le fue negado algún tipo de servicio de planificación familiar o salud reproductiva y más del 25% señaló que nunca se le ofreció ninguno. Más de la cuarta parte de los participantes refiere haber recibido un trato distinto al resto pacientes.
- ✓ *El Derecho al más alto nivel de salud*, El acceso a una atención de salud adecuada y de calidad, así como a condiciones de vida que garanticen el bienestar físico y mental son aspectos clave para garantizar el derecho a la salud Cobertura y aseguramiento en salud: Las mujeres que viven con VIH han de enfrentarse a importantes barreras para lograr un estado satisfactorio de salud física y mental, incluyendo un acceso limitado a un seguro sanitario.
- ✓ *Derecho a una vida libre de violencia*, en el contexto del VIH se requieren medidas dirigidas a: prevenir y responder a las múltiples formas de violencia contra las mujeres, asegurar acceso a la justicia, crear un ambiente de políticas para proteger los derechos de las mujeres con VIH en toda su diversidad y eliminar la violencia institucional, incluyendo la ejercida o tolerada por el Estado.
- ✓ *Derecho a no ser sometida a trato cruel, inhumano o degradante*, las garantías para el ejercicio de este derecho incluyen la penalización de los actos de tortura, así como su investigación, prevención y sanción. En América Latina y el Caribe, muchas de las poblaciones clave se encuentran con barreras de acceso a recursos de información, prevención y atención, sufren hostilidad,

denegación de servicios u otras formas de discriminación en distintas esferas de sus vidas. Entre ellas tenemos la Esterilización coercitiva o forzada: que ha sido una de las violaciones de derechos de las mujeres que viven con VIH que más interés y movilización ha generado en la región.

- ✓ *Derecho a la protección social y a un adecuado estándar de vida*, la protección social de las mujeres con VIH en toda su diversidad constituye un mecanismo fundamental para la realización de sus derechos económicos y sociales. En particular, la protección social debería garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite la calidad de vida considerada básica para el desarrollo de las personas, así como facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar la posibilidad de tener un trabajo digno.
- ✓ *Derecho a formar una familia*, este derecho exige contar con marcos legales, servicios necesarios y medidas de protección para el desarrollo integral de las mujeres que viven con VIH y sus hijas e hijos. Con los avances logrados con relación al acceso a tratamiento, más mujeres positivas deciden quedarse embarazadas y tener hijos, sin embargo, muchas de ellas no reciben información sobre sus opciones reproductivas. Algunas proveedoras de servicios de salud no creen que las personas con VIH puedan o deban tener hijos. Las mujeres con VIH embarazadas deben recibir todos los servicios estándar de atención prenatal, incluyendo el cribaje y tratamiento de las ITS, así como consejería nutricional y monitoreo. La atención prenatal también debe incorporar la TAR adecuada a la situación. Igualmente, el hecho de tener VIH no constituye una limitación para ejercer las funciones de crianza y cuidado de sus hijos e hijas, ya que no se puede privar a una persona de estos derechos por el hecho de vivir con VIH. Una madre VIH positiva tiene derecho a la patria potestad de sus hijas e hijos. Del mismo modo, tiene derecho a designar a la persona tutora que desee en caso de que a ella no le sea posible hacerse cargo, así como a contar con la debida protección institucional para tal fin.
- ✓ *Derecho a la participación*, para garantizar este derecho de las mujeres que viven con VIH en toda su diversidad es necesario favorecer la capacidad de poder asociarse libremente sin discriminación, participar en los mecanismos de decisión relativas al VIH, la igualdad de género y el desarrollo, participar en

todas las instancias sociales y políticas, y proveer recursos para asegurar su adecuada integración en las mismas (Dinys. 2015).

2.3.1.4. Percepciones sobre el VIH.

El VIH y el SIDA a menudo se consideran sinónimos. Tener VIH no significa tener SIDA y tener VIH no significa que contraerás la enfermedad. Se puede permanecer asintomático durante mucho tiempo. Es por ello que, es importante enfatizar que, con los nuevos avances de los tratamientos, las personas con VIH pueden vivir vidas saludables.

Las revisiones de la literatura indican que tanto varones como mujeres manifiestan groseras deficiencias referente al conocimiento relacionadas con vulnerabilidades de la infección VIH y SIDA, ante cual lo relacionan, sobre todo, por las condiciones de vida, el contexto sociocultural, los hábitos de vida, la experiencia sexual, la personalidad del individuo, las relaciones de género, composiciones étnicas, edad de la población, falta de oportunidades profesionales y del comportamiento sexual. Se debe mencionar que las personas infectadas en su mayoría laboran en el trabajo informal, a causa de la baja contratación que tienen en el campo formal. Por otro lado, los varones y las mujeres que convivían tenían complicaciones de percibir el riesgo asociado al VIH, y cuando había relaciones más largas, la percepción era menor, esto se debe que esa situación se relaciona con la confianza que se tiene a la pareja. Otro aspecto a considerar es que en la relación sobre todo las mujeres presentan una comprensión errónea de la felicidad, debido a que la monogamia se vuelve como un problema más para la protección sexual, a causa de que presentan rechazo total a querer contagiar a su pareja (Evangelista, et al., 2007).

Muchas mujeres piensan que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es transmitido únicamente entre personas con diferentes parejas, que utilizan drogas intravenosas o tienen relaciones sexuales con otras personas del mismo sexo. Por otro lado, cada día son más las mujeres que adquieren el VIH, debido, no solo a relaciones fortuitas y desprotegidas, sino también como consecuencia de relaciones estables, lo cual significa que pueden ser infestadas por sus propios esposos y novios.

Si has sido diagnosticado con VIH, el miedo es inminente, lo cual uno tiene todo el derecho a tener miedo, el estrés con el que la persona vive con respecto a su diagnóstico se ve más afianzado con que aparece el rechazo o denigración por parte de la sociedad y los pensamientos de muerte. Por ello el mayor temor es un miedo social a que se enteren en el entorno.

2.3.1.5. Mujeres embarazadas con VIH.

El término VIH cuyo significado es Virus de Inmunodeficiencia Humana, es una infección que afecta al sistema inmunológico del ser humano, destruyendo a las células progresivamente conduciendo una deficiencia del sistema en el recuento CD4, y el organismo, como consecuencia el organismo no puede hacer frente a las enfermedades o infecciones (Centro Nacional para la Prevención y control del VIH y el SIDA, 2020). El MINSA (2015) indica que las mujeres embarazadas con VIH son aquellas gestantes quienes tienen presencia en su organismo el virus VIH y a través de pruebas reactivas han salido positivas al VIH.

Son las mujeres que tienen la mayor probabilidad de contraer la infección del VIH, la infección puede tener su génesis en la mujer de diversas maneras, de las cual por lo general son ocasionados por los patrones de conducta de su pareja, ya que este puede usar drogas mediante inyectables que están contaminadas por el virus y que no han sido esterilizados, también pueden contraer la infección cuando su pareja mantienen relaciones sexuales con varias personas; es ante ello que, el porcentaje de personas seropositivas es mayor en las mujeres, esto debido a que es más fácil transmitir el virus de un varón a una mujer; esto se origina a causa de no usar protección vaginal al momento del coito, debido a que mantienen relaciones sexuales con varones que son portadores del virus.

El aumento del número de personas infectadas por el VIH ha generado un claro cambio en el desarrollo de la salud sexual, debido a que hay una afectación en la integridad de las personas; repercutiendo de una manera más relevante en las mujeres que consideran este el sexo como un aspecto íntimo primordial de la vida conyugal o de pareja.

En el año 1999, en Perú se realizó una investigación sobre la red sexual de mujeres embarazadas infectadas y no infectadas por el VIH de las cuales una minoría

de ellas manifestaron haber mantenido algún tipo de relación coital con múltiples parejas, afirmando así que tuvieron comportamientos de riesgo frente a la infección. Esta investigación que se desarrolló en Lima también señaló que, el riesgo de infección en mujeres embarazadas está íntimamente relacionado con el comportamiento sexual de su pareja masculina y con los clientes con los que mantuvieron sexo (trabajadoras sexuales). Sin embargo, el estudio de Álvarez-Carrasco et al. (2018) reporta una incidencia en las mujeres embarazadas de 1.87 a 3.87 por cada mil tamizadas, evidenciándose un descenso con respecto al año 2003. En el estudio también se confirmó una tendencia a la pareja inestable en los hombres convivientes con VIH donde el 85% tienen inestabilidad a nivel de parejas y el 26% son casados. Estableciéndose una relación significativa en uniones civiles inestables y la infección por VIH en embarazadas. Significancia que es motivo de debate sobre los otros grupos en los que se estarían presentando las nuevas infecciones, entre ellos las mujeres que son parejas de varones con conductas sexuales que los ponen en riesgo frente al VIH.

2.3.1.6. Conocimiento de la Enfermedad por VIH.

Un diagnóstico precoz de la enfermedad por VIH reduce según Lie et al. (2019) la morbilidad, mortalidad y el costo del tratamiento de las personas enfermas por VIH; sin embargo, existen factores de control social que se asocian al diagnóstico tardío de la enfermedad tales, como: el estigma, desprecio u homofobia. En mujeres embarazadas un diagnóstico precoz, reduciría de manera significativa la transmisión vertical ya que permite de manera temprana la aplicación de antirretrovirales desde los inicios de la gestación (Galindo, 2014). La OMS (2017) sugiere como muy adecuada la aplicación de un cribado universal de VIH en sangre durante la primera cita de control prenatal entre las primeras 6 a 10 semanas de gestación. La prueba debe ser repetida en las mujeres con riesgo de VIH entre la semana 25-26 de gestación.

En las mujeres seropositivas al VIH es menester un control postnatal del bebé a los 18 meses de nacido, aunque en el caso de incidencias de anticuerpos no es indicativo de la infección ya que se puede dar el caso de que sean por transferencia materna. Para un diagnóstico precoz adecuado es preciso utilizar test virológicos como la Reacción de la Polimerasa en Cadena (PCR), la prueba de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) o la prueba de Ácido Ribonucleico (ARN). La prueba

debe ser aplicada dentro de las primeras 48 horas de vida, si se mostraran positivas al VIH, indicará que existió una infección intrauterina.

Al comienzo del brote del VIH, las autoridades sanitarias se centraron exclusivamente en la sexualidad de las personas como único factor de riesgo, en la actualidad se sabe de la existencia de varios factores que influyen en el origen y desarrollo del VIH; como es el caso de la sociedad, la economía y la cultura de la propia persona, es así que, el conglomerado de estos factores llevaron a que las mujeres sea el sexo más vulnerables a la infección del VIH, y esto no solo se debió a los comportamientos sexuales de su pareja, sino a todos los factores descritos anteriormente.

Diversas investigaciones en distintos lugares del mundo han demostrado que la desigualdad de género, la violencia, la diferencias económicas y ciertas normas sociales ponen a la mujer en total desventaja en comparación con los varones, haciéndolas así más proclive a infectarse por el VIH. De igual manera, con el pasar del tiempo se pudo apreciar que las mujeres seropositivas son discriminadas y no pueden ejercer sus derechos, así mismo no pueden obtener información pertinente y tienen dificultades para acceder a los servicios de salud, es así que, este y otros factores logran reducir la capacidad de toma de decisión independiente que poseen, es ante ello que, en el momento de las relaciones sexuales, por lo general son incapaces de negarse o solicitar la utilización de protección sexual.

También se puede recalcar que luego del diagnóstico aumentan los sucesos negativos, como es el hecho del desempleo, la estigmatización y la dependencia económica, que se trasformarán en un limitante para la toma de decisiones, llevando así a la incapacidad de administrar la vida diaria. Por otro lado, en estas situaciones llevan a que la sociedad desvalorice como persona a los infectados, esto se debe a la cultura formada por el machismo y determinado aire de superioridad que poseen en base del juicio moral. Es así que la experiencia de ser una persona seropositiva es una de las peores de su vida, pues tienen impactos profundos en la salud mental, ya que esa discriminación y estigma que sufren conducen a las personas con VIH a la depresión, pérdida de autoestima y serios problemas para desarrollarse en la sociedad como mujer, madre, esposa y trabajadora.

2.3.1.7. Riesgos de la Enfermedad de VIH en las embarazadas.

Por generalidad las mujeres portadoras de VIH durante el embarazo son portadoras asintomáticas, siendo el riesgo de contagio mayormente a través de la placenta, durante el parto o por el amamantamiento. La transmisión a través de la placenta no es muy común, pero puede suceder, esta patología es denominada síndrome de TORCH, consiste en una infección neonatal adquirida por vía intrauterina o durante el parto. Según Nord (2018) la infección se produce por contacto durante el parto, es una infección grave que puede causar la muerte al neonato. La infección puede causar ictericia, hepatoesplenomegalia e infección generalizada. Las estadísticas indican que alrededor del 2,5 % de los recién nacidos de madres asintomáticas nacen o adquieren el síndrome de TORCH y de ellos entre el 50 al 70% de los recién nacidos nacen asintomáticos. Por lo tanto, es recomendable la cesárea.

Los avances en el tratamiento del VIH les dan opción a las mujeres portadoras de poder reducir los riesgos de contagio y de desarrollar un embarazo sano con riesgos mínimos de transmisión al feto. Hoy día, existen medicamentos como los antirretrovirales que son administrados a las madres en período de gestación y sus efectos disminuyen drásticamente la posibilidad de infección en el feto. Sin embargo, existen muchas mujeres que desconocen ser portadoras de VIH. Esta es la razón por la cual todas las embarazadas deben someterse a la prueba para conocer si están o no infectadas. El conocimiento de la seropositividad al VIH es determinante para que la embarazada pueda prevenir la transmisión del virus. El estudio de Echeverría et al. (2018) indica que el 99% de las embarazadas tratadas con TAR y siguieron las indicaciones en el proceso de gestación alcanzaron los niveles adecuados de adherencia al TAR. Sin embargo, evitar la transmisión vertical del VIH durante la gestación, el parto o la lactancia no es totalmente definitivo. Resultando para el 2018 una relación de transmisión vertical de 5 neonatos por cada 100.

Entre los factores de riesgo, hasta la actualidad no se ha podido asociar que el VIH perjudica la evolución del feto. Sin embargo, la embarazada infectada por VIH, puede desarrollar complicaciones como: fiebres o infecciones durante la gestación, aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso del neonato e infecciones post- parto (Velásquez et al., 2004).

2.3.1.8. Transmisión vertical.

Desde el momento en que se tuvo conocimiento de la transmisión vertical como vía más importante para la población neonato, muchos han sido los estudios realizados para determinar cuáles son los factores implicados para poder controlarlos, aunque no existe hoy día un predictor determinante, los estudios han permitido hallar algunos factores de riesgo y clasificarlos (Moreno et al., 2021), como se puede observar en el Cuadro 3.

Cuadro 3

Factores de riesgos maternos

Factor de riesgo	Vía de transmisión
Carga ARN viral	Placenta-Feto
	Momento del parto
Estado inmunitario	Intraparto
	Intraútero
Estado Clínico: SIDA o primoinfección	Intraparto
Déficit de vitamina A	Placenta-feto
	Momento del parto
	Lactancia materna
Factores virales	Placenta-feto
Corioamnionitis	Intraparto
Ruptura de membranas	Trabajo de parto
Lactancia materna	Vía Oral

Fuente. Elaboración propia

Otros de los factores asociados son: la ausencia del tratamiento antirretroviral durante el período de gestación se le asigna entre 2,41 a 17,20%; la falta de orientación en prevención madre-hijo del VIH con una incidencia de 4,6 a 40,6%; la ausencia de control prenatal con 4,6%; la práctica del parto domiciliario con de 3,36 a 8,10%; el parto por cesárea de emergencia con 4,32% y la falta de control antirretroviral en el recién nacido de 3,4% a 83% (Moreno et al., 2021).

2.3.1.9. Planificación del embarazo.

El derecho a la sexualidad y a la reproducción, son fundamental e importantes por lo cual deben considerarse como tal. Estos derechos son accesible y dinámicos, debido a que pueden adaptarse con la realización de otros derechos, como es el caso del derecho a la igualdad, a la equidad y a la dignidad, es por ello que se debe promover para que así se pueda conseguir la garantía de un desarrollo sexual pleno, logrando así que se ejerzan con libertad. Esto permitirá que las personas disfruten su sexualidad de una manera segura y libre.

Para poder considerar la práctica correcta de los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva integral del ser humano se debe de considerar los siguientes derechos:

- ✓ Derecho a la vida, a la libertad, a la supervivencia, a la seguridad y a una sexualidad libre de riesgos.
- ✓ Derecho a la autodeterminación reproductiva, a la libre opción a la maternidad y a la protección, en caso de embarazo.
- ✓ Derecho a la información, a la educación y a la toma de decisiones.
- ✓ Derecho a la atención, a la protección en salud y a los beneficios del progreso científico.
- ✓ Derecho a la no discriminación y al debido respeto por las diferencias.

Las mujeres que están en un rango de edad fértil son el grupo con mayor tasa de crecimiento del VIH. Para ellas es importante que puedan normalizar su vida sexual y reproductiva. Por ello es necesario para la planificación de un embarazo seguro, obtener información previa sobre si es necesario recurrir a técnicas de reproducción asistida o simplemente que el médico les confirme que pueden afrontar un embarazo.

Muchas mujeres sienten que no pueden tener una pareja con quien puedan tener relaciones coitales, o que no pueden ser madres debido a la infección del VIH que poseen, es ante ello que se debe informar a las madres que una vez el virus se encuentre bajo control con una adecuada supervisión médica, pueden ser madres con normalidad. Así mismo pueden tener una pareja sexual siempre y cuando mantengan los cuidados necesarios. Es por eso que es importante informarse con un personal de salud capacitada sobre el tema ya que estos le indicaran que la terapia antirretroviral del VIH

reduce significativamente la tasa de mortalidad de las madres, así mismo logra mejorar la calidad de vida de sus portadores. En el caso de la transmisión del VIH por medio perinatal ha reducido drásticamente, esto debido a que las mujeres embarazadas tienen una cesárea programada que está acompañada con una terapia especial. Se debe recalcar que el bebé una vez nacido no podrá recibir leche materna producida por su madre.

La planificación familiar es un factor importante para las mujeres con VIH que puede ayudar a prevenir embarazos no deseados o a elegir cuándo tener un hijo, la importancia de la planificación en las mujeres seropositivas con VIH consiste en que permite adaptar un tratamiento antes del momento de quedar embarazada con la finalidad de asegurar con eficacia y efectos no deseados en el recién nacido (OMS, 2017). El tratamiento elegido por el médico tratante responderá a la situación específica de la paciente con respecto al historial clínico que presente; además se recomienda el tratamiento con un equipo interdisciplinario a fin de que la orientación sea efectiva. El Centro Nacional para la Prevención y control del VIH y el SIDA (Centro Nacional para la Prevención y control del VIH y el SIDA, 2018) señala que la idea de la responsabilidad de la concepción en mujeres con VIH es un elemento esencial para la prevención de la transmisión vertical, esta visión favorece la minimización de la transición materno-infantil y le aporta la posibilidad de ser seropositivo ante VIH.

Entre los beneficios de la planificación familiar se encuentran la disminución de la mortalidad neonatal y materna, la posibilidad al neonato de desarrollar una vida saludable y disminución de los embarazos no deseados. Un estudio realizado en 102 mujeres positivas en Brasil al VIH sobre los aspectos reproductivos y en conocimiento de la planificación familiar revelan que sólo 1 neonato resultó positivo al VIH, al momento de la exposición del niño positivo, el 63,7% manifestó su voluntad de no tener más hijos, el 96,1% asistieron a todos sus controles prenatales, el 75% tenían una pareja estable, el 58,8% al 78,4% dicen que las mujeres con VIH pueden tener hijos y el 53,9% dijo que si él bebe nacía serodiscordante tendrían otro. Además, la mayoría de las mujeres del estudio estaban en tratamiento con antirretrovirales desde hacía 3 años antes de salir embarazadas (Almeida, et al., 2019).

2.3.1.10. Tratamiento con TARGA.

El tratamiento de la mujer gestante y portadora de VIH es recomendable ser manejada por un equipo interdisciplinario, el control del embarazo debe estar a cargo de un profesional especializado en el Alto riesgo Obstétrico, estudios demuestran que una atención adecuada de las gestantes infectadas disminuye la posibilidad de la transmisión vertical del virus de madre a hijo en un 2% de probabilidad de adquisición.

Según la normativa unificada de la OMS que fue publicada en el 2016, la atención y el apoyo incluyen una amplia gama de servicios, en las cuales está incluido el apoyo médico, psicológico, físico, socioeconómico, nutricional y legal. Estos servicios son esenciales para el bienestar y el desarrollo de la persona, así como para sus familiares y amigos que se relacionan con ella o él. Los servicios de atención de salud son fundamentales desde una perspectiva diagnóstica de la enfermedad, pues en esta se verá el avance positivo o negativo que tiene el desarrollo del VIH, esto es independiente al uso de un tratamiento antirretroviral (UNAIDS, 2016).

La atención y el apoyo de las personas infectadas por el VIH es fundamental por:

- ✓ El acceso oportuno al tratamiento o terapia cuando una persona es diagnosticada con el VIH.
- ✓ Ayuda el ingreso a la terapia o el tratamiento de las personas con VIH, permitiendo así un seguimiento correcto e ideal del caso
- ✓ Incrementa las prevenciones del VIH, mejorando así la aparición de otras enfermedades que podrían agravar la situación.
- ✓ Aumenta la fortaleza de las personas que tienen VIH, permitiendo que se puedan desarrollar como una persona más.

2.3.1.11. Tratamiento Antirretrovirales.

El tratamiento Antirretroviral en la mujer embarazada portadora de VIH debe ser iniciado lo más pronto posible con la finalidad de disminuir la carga viral (CV) con la intención de que el feto o neonato este resulte seropositivo al VIH. Durante todo el tratamiento es indispensable vigilar cuidadosamente la situación virológica e inmunológica de la gestante. A través de la carga viral se puede evaluar la eficacia del

tratamiento, para esto se toma como referencia el valor menor a 1.000 copias/ml al término de la gestación, considerándose este valor como el adecuado para la decisión de un parto normal. En el caso de que la paciente gestante presente un buen estado clínico, inmunológico y virológico; no es necesario prescribir tratamiento para mejorar su salud y sólo la administración de TARGA como medida de profilaxis para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo después de la semana 14 de gestación.

La aplicación del TARGA tiene por finalidad evitar completamente la replicación viral a fin de evitar la transmisión y el riesgo al rechazo de los Antirretrovirales. Al momento de iniciar con el tratamiento es indispensable conocer la edad del feto, la exposición de los fármacos en el útero y los efectos adversos que pudieran causar el tratamiento antirretroviral.

En la aplicación del tratamiento antirretroviral se recomienda para gestantes con VIH y que presenten menos de 250 células CD4/mm³ se base en dos inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleótidos (ITIAN) = AZT + Lamivudina 3TC con Nevirapina (NVP). Para las gestantes con más de 250 células CD4/mm³ el uso de NVP puede causar toxicidad pudiéndose usar inhibidores de la proteasa IP (Lopinavir + Ritonavir) como alternativa podría usarse el NVP con minuciosa vigilancia por las primeras 12 horas de tratamiento.

Entre las drogas contraindicadas en el tratamiento del VIH durante el embarazo se presentan en el siguiente cuadro 4.

Cuadro 4

Drogas antirretrovirales contraindicadas en el embarazo

Droga contraindicada	Efecto negativo
EFAVIRENZ, HIDROXIUREA	ZALCITABINA, Defectos congénitos durante el período de gestación
ZIDOVUDINA (AZT) (D4T)	+ESTAVUDINA Efectos en el neurodesarrollo
INDINAVIR	Alto riesgo de toxicidad asociado, asociado con malformaciones
DIDANOSINA (DDI) (D4T)	+ ESTAVUDINA Riesgo no comprobado aún

Fuente. Elaboración propia

2.4. Definición conceptual

2.4.1. Significados atribuidos a la maternidad

El significado de la maternidad se refiere a la reconstrucción social del instinto maternal, que en varios grupos sociales se considera como un rol social, de modo que se ha reforzado la obligación social de la mujer de ser madre (DiQuinzio, 1999; Maturana, 2013). La maternidad para muchas mujeres representa la responsabilidad de procrear y criar a los hijos (Maturana, 2013).

La maternidad significa para muchas mujeres un componente clave de su identidad. Sin embargo, en un contexto histórico y social más “moderno”, y con mujeres viviendo experiencias, privilegios y exclusiones distintas; en ocasiones la decisión individual de asumir la maternidad representa varios conflictos para las mujeres.

2.4.2. La percepción de la maternidad y embarazo viviendo con VIH

2.4.2.1. Percepción sobre las mujeres portadoras de VIH

Las mujeres portadoras de VIH suelen ser discriminadas; en estos contextos, a la mirada conservadora sobre los derechos y libertades de las mujeres, se suma la estigmatización social hacia las personas con condición de VIH. El resultado es una percepción negativa sobre las mujeres portadoras, a quienes se les juzga como promiscuas, drogadictas y homosexuales (Viñas et al., 2017).

2.4.2.2. Percepción sobre la maternidad y embarazo viviendo con VIH

La maternidad y embarazo de mujeres portadoras de VIH es estigmatizado. La sociedad suele desconocer que un adecuado tratamiento reduce el riesgo de contagio del VIH por transmisión sexual y también vertical, es decir, de madres a hijos. En este escenario de desinformación y exclusión social, la maternidad y embarazo para las gestantes y madres portadoras de VIH representa confusión emocional y rechazo social (Viñas et al., 2017).

La maternidad de mujeres con VIH suele representar varios estigmas negativos para la madre, estos estigmas pueden ser externos o internos. La maternidad con

condición de VIH se percibe en relación a las ideas de temor a la muerte, falta de información, desconocimiento, ansiedades de profundo arraigo relacionadas a la sexualidad, temor a la diferencia, el imaginario colectivo de “incurabilidad”, entre otros (Ministerio de Salud y Deportes, 2011).

2.4.3. Embarazo viviendo con VIH

Es un derecho de salud de las mujeres con VIH (Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2016). Toda persona tiene pleno derecho a decidir con quién, cuándo y cómo tiene relaciones sexuales y si tiene hijos o no (CNDH, 2018). Este derecho no siempre es respetado por los demás miembros de la sociedad (García, 2015).

La vulnerabilidad del embarazo de una mujer viviendo con VIH depende en gran medida de factores sociales, culturales, económicos y políticos (Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2016). De manera concreta, la posibilidad de transmisión vertical del VIH (es decir el contagio durante el embarazo, parto y lactancia materna), hasta el momento, tiene el consenso de ser mínima para las pacientes que entre seis meses y un año presentan una carga viral indetectable o son pacientes seropositivas.

2.4.4. Mecanismos de soporte de las mujeres viviendo con VIH

En este apartado, se mencionan los mecanismos de soporte en relación a la maternidad de las mujeres con condición de VIH. Se refiere al soporte económico, social, de tratamientos antirretrovirales y atención médica que contribuyen a un llevadero proceso de VIH para la paciente y su hijo en gestación. La atención del VIH en momentos claves como la planificación y el parto del embarazo tiene un rol trascendental para evitar consecuencias negativas para la salud de las personas que viven con VIH y sus neonatos (Díaz, 2021).

El aparato legal constituye el marco de respaldo para las mujeres embarazadas con condición de VIH, quienes por ley deben recibir todos los servicios y facilidades estándar de atención prenatal, incluidos los exámenes y tratamiento de las ITS, también

asesoramiento y control nutricional. Esta atención prenatal debe llevarse junto con la terapia antirretroviral (Dinys, 2015).

La ley también respalda la capacidad de los padres portadores para desempeñar las funciones de educación y protección de los hijos. Legalmente, las madres seropositivas tienen derecho a ejercer la patria potestad sobre sus hijos e hijas (Dinys, 2015) sobre los Derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en las Américas.

La inclusión de las familias y/o parejas en el proceso también son elementos fundamentales para el soporte del embarazo en condición de VIH (Jones et al., 2016) El apoyo emocional es un soporte esencial para las mujeres en condición de madres portadoras (Galvão et al., 2010).

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

El estudio es de tipo exploratorio con un enfoque cualitativo, puesto que en el Perú no existen investigaciones que busquen conocer la percepción de las mujeres que están en un rango de edad fértil que están infectadas con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo, enfocado hacia sus propios sentimientos.

El diseño de la investigación es fenomenológico, por ello se asume que la experiencia da sentido a la impresión que tiene cada individuo de un fenómeno en particular; teniendo como finalidad la descripción objetiva de la experiencia y las creencias expresadas en ella.

En este contexto, el abordaje fenomenológico permitirá percibir el punto de vista de las mujeres que poseen una edad fértil y que están en tratamiento del VIH, así mismo se logrará conocer la perspectiva colectiva que se construyó sobre cuáles son las impresiones del embarazo y maternidad de una mujer con VIH, y si hay deseo o no de las mujeres seropositivas por ser madre.

3.2. Unidad de análisis

Mujeres que se encuentran en edad fértil, de las cuales poseen el VIH y están recibiendo el tratamiento de TARGA, al menos por el periodo de un año, en el Servicio de Infectología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.

3.3. Hipótesis

En la presente investigación al tener enfoque cualitativo no aplica la construcción de la hipótesis.

3.4. Identificación de las Categorías de estudio

Cuadro 5

Categorías del estudio

Categorías	Subcategorías
Importancia atribuida a la maternidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Significa tener una razón de ser para el resto de tu vida. ✓ Es la naturaleza de la mujer, parte de ser mujer ✓ Es necesario para mantener a la pareja.
Significado atribuido al embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La mayor felicidad ✓ Una gran responsabilidad ✓ Angustia y preocupación.
Actitud frente a la maternidad desde el diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Toda mujer desea ser madre, con el tratamiento adecuado y puedo serlo ✓ No ha variado mi actitud antes de la enfermedad
Derecho a la maternidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La enfermedad no limita mis derechos a tener hijos con el tratamiento adecuado. ✓ La enfermedad me puede limitar a tener hijos.
Temores frente a la maternidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Miedo a la transmisión ✓ Miedo a la orfandad ✓ Miedo a que mi salud empeore y al tratamiento ✓ Otros miedos
Percepción del soporte frente al VIH (Soporte de pareja, familiar y médico-asistenciales)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuento con soporte emocional (entorno familiar y cercano) ✓ Cuento con soporte económico ✓ Cuento con soporte Médico asistencial: ✓ Apoya mis decisiones o Quiere imponerme otras. ✓ Se ponen en nuestros zapatos (empatía).
Percepción del entorno social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Me comprenden y siento apoyo ✓ Me aílo pues siento rechazo
Temores sobre el futuro del Hijo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que mi hijo sea estigmatizado ✓ No poder estar viva para él, para que logre sus objetivos.

3.4. Sujetos de estudio

Los sujetos de estudio de la investigación se refieren a las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y que se encuentran recibiendo tratamiento en el servicio de infectología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora durante el año 2019. La característica sociodemográfica excluyente es que deben ser mujeres en edad reproductiva, por lo cual se ha establecido un mínimo de 16 años y un máximo de 40 años.

Otro criterio excluyente clave fue el tiempo de control mediante el TARGA debe de ser como mínimo 1 año, ya que durante este periodo las pacientes pasan por una atención integral que incluye: controles médicos, asesoría en salud sexual y reproductiva (SSR), atención en Psicología periódicamente. Por último, 15 mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento con TARGA, en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora en 2019 aceptaron participar en la investigación.

3.4.1 Criterios de Inclusión

- MEF viviendo con VIH que acuden al Servicio de Infectología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora
- MEF que se encuentre adherida al TARGA como mínimo 1 año, las cuales pasan por una atención integral como controles médicos, asesoría en SSR, atención en Psicología periódicamente.
- MEF nulíparas
- MEF entre 16 y 40 años de edad.
- Residencia en Lima mínimo 3 años.
- Que deseen participar en el estudio previo consentimiento informado, para mayores de edad (Ver Anexo 11)
- Que deseen participar en el estudio, previo Asentimiento Informado y Consentimiento Informado por padre (Ver Anexo 9 y 10)

3.4.2. Criterios de Exclusión

- MEF viviendo con VIH que tengan alguna discapacidad sensorial, mental.
- MEF con adicciones (drogas, alcohol)
- Entrevista frustrada

3.5. Tamaño de muestra

Por conveniencia la muestra se estableció al agotar la etapa de saturación teórica, es decir no haya nuevos datos, esto se logró a partir de 15 casos registrados mediante las entrevistas. En las 15 entrevistas se logró registrar matices en las percepciones y también varios consensos respecto a las representaciones de la maternidad y el desafío de vivir con la condición como mujeres.

3.6. Método y Técnicas de recolección de datos

3.6.1. Método

El método que sigue el análisis de la investigación es el método fenomenológico, este método se enfoca en la esencia de las experiencias compartidas. Los fenómenos a abordar son amplios y variados de manera que el método fenomenológico permite abarcar temas excepcionales o también temas cotidianos (Hernández et al., 2016).

El análisis desde el método fenomenológico permite descubrir el significado de un fenómeno para varias personas. El procedimiento consiste en tres momentos importantes: i) Se identifica el fenómeno a evaluar; ii) se recopilan los datos de las personas que lo han experimentado, y iii) se describe la experiencia compartida para todos los participantes, detallando la esencia de lo que vivenciaron y de qué forma lo hicieron. (Hernández et al., 2016).

3.6.2. Técnicas e Instrumentos

Para lograr obtener aspectos tan íntimos y privados sobre la percepción de la maternidad y el embarazarse o no, siendo mujer en edad fértil viviendo con VIH, se realizó la entrevista a profundidad con preguntas abiertas y previo consentimiento informado con el fin de abordar la información de forma fluida, personal y creando un ambiente de confianza para facilitar la comunicación.

El instrumento de las entrevistas fue la guía de entrevista, cuyo diseño y ejecución estuvo a cargo de la investigadora (Ver Guía de entrevista en Anexo 2, y Formato de validación del instrumento en Anexo 3). Las entrevistas se grabaron sólo en audio y posteriormente ser desgravaron y transcribieron para el análisis del discurso. Cada entrevista se realizó en dos sesiones, en la primera sesión se entabló la identificación y relación con el sujeto de investigación, y en la segunda se aplicó la guía de la entrevista a profundidad que duró hasta lograr la saturación de la información.

También se empleó la observación no participante, que es una observación que ejecuta la investigadora desde el primer contacto con las participantes, sin intervenir ni interferir en sus rutinas o cotidianidad. Es una observación externa pero que sitúa las percepciones del investigador respecto al tema a investigar y que suelen constituir un complemento importante sobre las experiencias que relatan las participantes en primera persona.

El instrumento de la observación no participante empleado es el diario de campo, en donde la investigadora registraba los sucesos y observaciones significativas que se presentaban durante la recolección y análisis de los datos (Ver Anexo 5).

3.7. Recolección de la muestra

Se estableció contacto con las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, a través del asesor designado (en este caso personal de salud de psicología del Servicio de TARGA), mediante un proceso de selección de los sujetos de investigación respetando los criterios de inclusión y exclusión por medio de la revisión de files (historias clínicas) realizado previamente en conjunto en el servicio de TARGA y para respetar las normas del Hospital, mantener la ética profesional y respetar el derecho de Privacidad del diagnóstico de las pacientes; la persona responsable y autorizada a comunicar a los sujetos de investigación fue la psicóloga, por ello procedió a llamar por teléfono a cada sujeto de investigación que cumplía estos criterios como un primer contacto con ellas y dar a conocer el estudio que se realiza en el nosocomio, donde se les explicaba todo el estudio a realizar y posteriormente se les invitaba a ser parte de ello de manera voluntaria, pactando fechas

de citas para proceder con las grabaciones de las entrevistas a profundidad que se realizaron por la autora de la investigación.

Para la recolección de la información se llevó a cabo el segundo contacto con los sujetos de investigación, se identificaron muchas dificultades siendo la principal los factores externos propios de la población en estudio, teniendo entre ellos: la falta de tiempo para acudir a las citas que pueden ser por motivos familiares o de trabajo, economía escasa para movilizarse hasta el Hospital, puesto que no se cuenta con autorización ni siquiera para brindar bono para movilidad; la razón surge años atrás, cuando las ONG entraban a realizar investigaciones o proyectos de investigación que brindaban pagos o incentivos a los pacientes y con el tiempo estos se acostumbraron a ello y posteriormente se condicionaban (a un pago o algo que recibir) para acudir y ser parte de algún proyecto o investigación, y también falta de compromiso por parte de los sujetos de investigación pues se olvidaban de las citas programadas.

Por otro lado, también existieron otras limitaciones, pero adheridas y bien planteadas, que están estipuladas en las normas institucionales del nosocomio. También hubo algunos obstáculos respecto a la disponibilidad de parte del asesor designado, cuya carga laboral profesional está ocupada al 100%, puesto que son sus horas laborables, lo cual hace que las coordinaciones e insistencias a los sujetos de investigación sea más pesada y el tiempo para la investigación se reduzca a 1 turno a la semana.

Otras limitaciones es que se estipuló que las entrevistas debían ser llevadas dentro de la institución para cuidar la integridad del investigador y los sujetos de investigación seleccionados, respetando su derecho a la privacidad en todo momento. El lugar en el que se llevaría a cabo dichas entrevistas sería en el área del servicio de TARGA, sin embargo, muchas veces hubo dificultad para disponer del espacio, pero en la medida de lo posible se adecuó para propiciar un ambiente cálido y con total privacidad a puerta cerrada.

Por último, la investigación ha seguido los lineamientos éticos del profesional de Psicología establecidos en el Código de Conducta APA (2010), este cuestionario respalda la protección total de los participantes mediante el cuidado de su libertad, identidad, dignidad, bienestar e integridad. Por ello, la participación en el estudio fue voluntaria, se estableció que la participación continuaría siempre que el participante

se sienta cómodo con las preguntas y no sienta algún perjuicio en su salud psicológica y física, en esta línea, no se le brindó ningún bien económico a los sujetos de investigación, puesto que va en contra de la ética de la investigación y condiciona u obliga a esta población a acudir a dichas citas y participar del estudio.

3.8. Muestra entrevistada

Del total de pacientes registradas y que recibían TARGA en el hospital, se identificó a 31 mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento que cumplían con los criterios de inclusión, de las cuales sólo 15 a mujeres se le realizó la entrevista a profundidad. Algunas mujeres no acudieron al primer llamado, sin embargo, se insistió con la invitación al 100% de la muestra seleccionada para ser parte de este estudio logrando el casi 50% del total; sin embargo, por los factores ya mencionados líneas arriba no acudieron a las citas programadas. Este proceso se puede observar con mayor detalle en el Anexo 12 del documento.

A lo largo de la recolección de datos o información se observó que gracias a la calidad de profesionales que laboran en el Hospital y en especial el personal del servicio de TARGA, la información y los vínculos que se lograron formar dentro del entorno social (familiares, amigos y médicos tratantes) de los sujetos de investigación, han logrado mantener estable su salud, un mayor cuidado en su salud, tranquilidad emocional y apoyo económico. Sin embargo, ambos grupos tanto profesionales como pacientes saben que aún falta mucho por trabajar.

Se le asignó el nombre de una flor a cada una de las mujeres entrevistadas, a fin de cumplir con los criterios de inclusión y éticos; tal como se puede observar en el siguiente cuadro.

Cuadro 6

Nombre asignado a las mujeres entrevistadas

	SUJETO DE INVESTIGACION	EDAD	GRADO DE INSTRUCCION	PAREJA	PAREJA PORTADOR	PAREJA CONOCE SU DX	OCUPACION	TIEMPO DE ENFERMEDAD	QUIENES CONOCEN SU DX	TIPO DE CONTAGIO	RECIBIO O Y CEN SSRR
1	Camelia	16	5TO SEC	SI	NO	SI	NO	2 años	SOLO SU MAMA	RELACIONES SEXUALES	SI
2	Lirio	26	5TO SEC	NO	-		SI (INDEPENDIENTE)	8 años	TODA SU FAMILIA	NO SABE - PIERCING	SI
3	Geranio	36	SUP. TEC. COMPLETO	SI	SI	SI	SI (INDEPENDIENTE)	10 años	SOLO SU PAREJA	RELACIONES SEXUALES	SI
4	Orquídea	21	5TO SEC	NO	-		SI (INDEPENDIENTE)	DESDE NACIMIENTO	TODA SU FAMILIA	TRANSFUSION SANGUINEA	SI
5	Gladiolo	24	PRIMARIA COMPLETA	SI	SI	SI	SI (INDEPENDIENTE)	7 años	LOS PADRES DE AMBOS	RELACIONES SEXUALES	SI
6	Clavel	29	5TO SEC	NO	-		SI (EMPLEADA)	10 años	SOLO SU MAMA	RELACIONES SEXUALES	SI
7	Azucena	21	SUP. UNIL. INCOMPLETO (INTERNA DE OBST.)	NO	-		NO (ESTUDIANTE)	2 años	LOS PADRES Y MEJOR AMIGA	RELACIONES SEXUALES	SI
8	Dalia	27	SUP. TEC. COMPLETO	NO	-		SI (PROFESORA)	2 años	TODA SU FAMILIA	RELACIONES SEXUALES	NO
9	Gardenia	23	PRIMARIA COMPLETA	SI	SI	SI	NO	4 años	TODA SU FAMILIA	RELACIONES SEXUALES	NO
	Lavanda	35	5TO SEC	NO	-		NO	15 años	TODA SU FAMILIA	RELACIONES SEXUALES	SI
11	Amapola	38	3ERO SEC.	SI	NO	SI	SI	14 años	TODA SU FAMILIA Y AMIGOS	RELACIONES SEXUALES	SI
12	Violeta	23	5TO SEC	SI	NO	SI	NO	2 años	TODA SU FAMILIA Y PAREJA	NO SABE - RELACIONES SEXUALES - PIERCING	SI
13	Tulipan	36	5TO SEC	NO	-		SI (EMPLEADA TALLER)	7 años	HERMANA Y AMIGA	NO SABE - RELACIONES SEXUALES	SI
14	Margarita	37	SUP. TEC. INCOMPLETO	SI	SI	SI	SI (INDEPENDIENTE)	4 años	HERMANA Y CUÑADA	NO SABE - RELACIONES SEXUALES	SI
15	Hortensia	19	5TO SEC	SI	NO	SI	NO	2 años	TODA SU FAMILIA Y PAREJA	RELACIONES SEXUALES	SI

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Las entrevistas se desarrollaron con 15 usuarias del servicio TARGA en el área de Infectología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora en Lima durante el año 2019, en el marco de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de ITS, VIH-SIDA y Hepatitis B. Primero, será fundamental caracterizar socialmente a las participantes, ya que este aspecto será clave para comprender el lugar social en el cual se encuentran y conocer algunas emociones y personalidad de ellas.

Camelia: tiene 16 años, es estudiante, tiene pareja desde hace 2 años, no es reactiva y vive con su madre. Es una adolescente despreocupada por la vida, y cuenta con el apoyo de su madre, quien la acompaña a los tratamientos. En la actualidad, ella manifiesta tener un proyecto de vida y ciertos temores por la enfermedad.

Lirio: tiene 26 años, trabaja, no tiene pareja. Desde antes de la enfermedad, ella manifiesta sentirse egoísta y con frustración, además asegura que es la única de su familia que tiene deseos de superación. No piensa en el futuro.

Geranio: tiene 36 años, trabaja y su pareja es portadora de VIH. Siente que ya ha cumplido ciertas metas en la vida, su prioridad es controlar su problema de salud y manifiesta tener un leve temor por la enfermedad. En la actualidad tiene todavía metas que cumplir.

Orquídea: tiene 21 años, trabaja y no tiene pareja. No piensa mucho en el futuro, sólo se centra en el presente para progresar; ella se limita en muchas cosas por el hecho de ser portadora, tiene marcada la idea de rechazo por tener la enfermedad.

Gladiola: tiene 24 años, con pareja portadora de VIH y un negocio propio. Siente mucho miedo por la enfermedad, a pesar de esto lleva una vida normal y trata de no acordarse de que está enferma.

Clavel: tiene 29 años, no tiene pareja y estudia en la actualidad. Tiene ideas para un futuro, pero siempre pone en duda el poder realizarlas. Siente miedo por la enfermedad y por el abandono hacia ella. Dice llevar una vida normal.

Azucena: tiene 21 años, no tiene pareja y estudia obstetricia. Tiene un proyecto de vida por el cual luchar. Dice que en estos momentos no tiene ningún temor y que hasta se le olvida que tiene la enfermedad.

Dalia: tiene 27 años, no tiene pareja y trabaja. Siente mucho temor por la enfermedad. En cierta forma se castiga a ella misma por tener la enfermedad, de modo que, a pesar de tener un proyecto de vida solo contempla su desarrollo profesional, en lo personal asegura quedarse sola.

Gardenia: 23 años, tiene pareja no reactiva y conoce su enfermedad. Acepta su enfermedad, pero es entusiasta y desea seguir su proyecto de vida.

Lavanda: 35 años, tiene pareja no reactiva y trabaja. Es entusiasta y manifiesta abiertamente su deseo de salir adelante con su salud y proyecto de vida.

Amapola: 38 años, tiene pareja y trabaja. Manifiesta querer lograr sus metas y piensa realizarse como mujer.

Violeta: 23 años, tiene pareja y no trabaja. Se muestra optimista ante la vida

Tulipán: 36 años, no tiene pareja y trabaja. Muestra una actitud egoísta ante la vida y de resentimiento ante la enfermedad. Dice no pensar en el futuro.

Margarita: 37 años, tiene pareja actual y trabaja. Piensa continuar el rumbo normal de su vida, aunque siente miedo por la enfermedad.

Hortensia: 19 años, tiene pareja y está desempleada. Piensa que la vida es injusta con las personas, además dice que debe planificar su vida. Siente miedo por el virus.

4.1.1. Significados atribuidos a la maternidad

4.1.1.1.Importancia atribuida a la maternidad

El diagnóstico del VIH en las mujeres fértiles y sin hijos, las hace enfrentarse a escenarios definidos por imaginarios sociales sobre el virus y la enfermedad; ellas confrontan sus historias de vida con sus valores morales, en la mayoría de los casos esta situación las lleva a replantearse sus ideas y proyectos que anteriormente habían establecido. Esto se observó en las mujeres entrevistadas, quienes expresaban que la maternidad es el estado más bonito que puede tener la mujer, también explicaban que la presencia de la enfermedad forzó un cambio sobre sus ideas de concebir hijos; en otros casos, algunas participantes manifiestan que tuvieron que aplazar por un tiempo más lejano el hecho de ser madres.

Se observó también que, a pesar de gustarles la presencia de los niños y de estar en relación directa con ellos, algunas encuestadas aseguran no haber querido nunca ser madres y con la situación de salud que viven no lo serían nunca; tal es el caso de Lirio, Orquídea, Tulipán y Hortensia. En relación a los cambios de percepciones, el caso único es el de Geranio, quien es una mujer madura que en un principio no tuvo instintos maternos, pero que actualmente percibe el ser madre como una posibilidad que le aportaría mucha felicidad.

4.1.1.2. Significado atribuido al embarazo

Desde la óptica de las mujeres con VIH encuestadas, ellas destacan que el hecho de estar embarazada produciría en ellas sentimientos de felicidad, pero también de angustia y miedo. Al reflexionar sobre la maternidad, muchas expresaron algunas pre concepciones sociales respecto a la ilusión de ser madres como una función determinante de las mujeres; al respecto muchas han expresado sus sentires en cuanto a su tarea de brindar cuidado y protección.

En base al conocimiento de las responsabilidades que conlleva el embarazo, desde su condición de portadoras, el embarazo para ellas significa una responsabilidad sobre la cual han establecido diversas posiciones. Para algunas, el embarazo significa la aceptación de su condición de mujer y de dar vida a otros; para otras, frustración debido a que desde su condición de mujeres portadoras sienten un profundo rechazo y el embarazo solo agudizaría esta situación; para algunas, estos motivos y el temor de contagio o desesperanza las lleva a optar por un rechazo rotundo a querer vivir el momento.

De las 15 encuestadas, en su mayoría ellas manifestaron que el ser madre les causaría felicidad y alegría, pero que tendrían que asumir ese papel con mucha responsabilidad. El deseo de ser madre es planteado abiertamente por la mayoría de las encuestadas (9): Camelia, Geranio, Azucena, Gladiola, Gardenia, Lavanda, Amapola, Violeta y Hortensia. Ellas se plantean una maternidad de forma responsable, es decir, con una planificación en coordinación con su médico tratante.

También se encontró que una participante, Margarita, está en control médico para poder concebir, ya que tristemente no lo había logrado en los meses anteriores; aun así, sigue intentándolo. Una situación similar es vivida por Amapola, a quien se le ha diagnosticado infertilidad, pero que en la actualidad se encuentra en control médico para salir embarazada.

Por otro lado, una minoría como Lirio, Orquídea y Dalia, expresaron no querer ser madres con la enfermedad. En relación a Margarita, su opinión es de confusión con respecto a los riesgos que pueden representar traer a un bebé al mundo siendo portadora de VIH.

4.1.2. Percepción sobre la maternidad y embarazo viviendo con VIH

Pensar la maternidad ante el hecho de ser portadoras del virus les hizo repensar la idea y el momento indicado para ser madres. Las entrevistadas ven la enfermedad del VIH como un suceso negativo que las llevó a repensar, reflexionar, reinterpretar y cambiar el sentido de sus vidas; en torno a la idea de maternidad, embarazo y por ende familia. La maternidad adquiere una resignificación frente al riesgo de la transmisión vertical del virus, lo que representa para ellas temor y sufrimiento.

En general, la maternidad es vista como un derecho que pueden ejercer independientemente de ser mujeres portadoras de VIH, aunque la totalidad de las entrevistadas desconocen el hecho de que este derecho está jurídicamente instituido aun siendo portadoras de VIH.

4.1.2.1. Actitud frente a la maternidad desde el diagnóstico

En este contexto, las mujeres entrevistadas explicaron en su mayoría que toda mujer siente el deseo de ser madre. En relación a la idea de que toda mujer con VIH puede ser madre siempre y cuando siga un tratamiento adecuado para evitar infectar al feto, tanto en la fase de gestación como al momento del parto, todas las mujeres entrevistadas dicen estar en conocimiento de esa posibilidad. Además, el personal médico que las atiende en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, siempre se encarga de darles orientaciones en relación a la posibilidad de ser madres y cómo planificar un embarazo y parto donde el feto no esté expuesto a la enfermedad.

Existe un grupo de participantes para las cuales la maternidad significa un riesgo que deben asumir responsablemente, por lo tanto, reconocen que debe ser planificada y controlada a totalidad por el personal médico que lleva su caso. Este acompañamiento especializado tiene un significado trascendental para ellas, ya que representa la posibilidad de minimizar el riesgo al contagio, lo cual disipa sus temores y angustias, convirtiéndose en garantía y tranquilidad para ellas.

El principal detonante que des idealiza la maternidad para este sector, es el riesgo al rechazo social y a ser juzgadas como madres irresponsables. Desde su condición de mujeres, muchas de las participantes expresan haber sido juzgada en varios espacios públicos; ellas señalan que ser mujer portadora es bastante complejo

ya que se las define como promiscuas, fáciles e indecentes, la única salida que ellas han podido emprender como una solución es el ocultamiento de la información de ser portadoras.

Camelia, Geranio, Gladiola, Clavel, Azucena, Gardenia, Lavanda, Amapola, Violeta, Tulipán, Margarita y Hortensia; consideran o podrían considerar la idea de ser madres, pero asumiendo la responsabilidad de planificar conjuntamente con su médico tratante el embarazo y asumir el tratamiento necesario para reducir al mínimo la probabilidad de que bebé pueda infectarse.

El embarazo desde la condición de portadoras de VIH representa distintas cosas de acuerdo a sus grupos etarios. Se observó cierto patrón en las participantes maduras (de 35 a 38 años) Amapola, Geranio, Lavanda y Margarita, quienes manifestaron que en 5 años se veían con una familia y un hijo. Por el contrario, las pacientes entrevistadas con menor rango de edad (de 19 a 21 años) Hortensia y Orquídea dicen no querer tener hijo. Por último, la más joven del grupo, Camelia de 16 años, expresó querer tener un hijo cuando tenga más edad.

En los casos de Lirio, Orquídea y Dalia, ellas expresan que ni siquiera antes de ser portadoras de VIH tuvieron los ideales o intención de ser madre, a pesar de manifestar sentimientos de amor hacia los niños. Durante el proceso de las entrevistas, se pudo identificar algunos conflictos que pueden explicar las visiones de las mujeres con VIH ante la idea de traer un hijo al mundo. Varias entrevistadas piensan que son responsables potenciales del riesgo al contagio del feto; esto para algunas representa el alejamiento de una futura vida en familia, ellas reconstruyeron una idea de que no son indicadas para cumplir el papel de madre, para no condenar a un niño a sufrir por su enfermedad.

4.1.2.2. Temores sobre el futuro del hijo

En las entrevistas realizadas a mujeres con VIH y en edad fértil, se pudo determinar que la noticia de ser portadoras de la enfermedad es un evento traumático que transforma un deseo asociado a la felicidad, como la idea de tener un hijo, que en estas condiciones representa un evento doloroso, angustiante y lleno de miedo. Este significado ambiguo manifiesta a su vez la incertidumbre por el futuro que puede tener

ese hijo, bien sea que salga negativo al virus, que la madre se complique en el parto o que posteriormente su salud pueda complicarse con la enfermedad.

Para las entrevistadas, el deseo de ser madre se debate entre la posibilidad de realizar sus sueños y el deber de no traer al niño al mundo para sufrir. Igualmente, se observaron sentimientos de injusticia, de imposibilidad y de probabilidades al contagio, que son producto del sufrimiento que tienen estas mujeres ante el hecho de vivir con VIH, lo que implica para ellas seguir un tratamiento de por vida; también se declara el temor de morir a causa de la enfermedad y el miedo al rechazo social hacia ellas y el futuro hijo.

Muchas decidieron no asumir la maternidad por la condición de su enfermedad, como son los casos de Lirio, ella dice que teniendo la enfermedad no lo haría y si saliera se mataría, Orquídea dice que con su condición de mujer portadora del virus no piensa salir embarazada y Dalia manifiesta que sinceramente con sus cinco sentidos descarta la idea de salir embarazada.

Por lo tanto, existe un choque entre la ilusión de ser madre y la imposibilidad de serlo debido a que varias coinciden en que sería algo irresponsable de su parte. Tal es el caso de Gladiola, que manifestó que la idea de ser madre estaba en sus planes cuando estaba sana, pero ahora con la enfermedad siente mucho miedo de traer un hijo al mundo. Por otra parte, Margarita, es más realista cuando señala que con la enfermedad el ser madre se volvió más complicado, porque ahora tiene que planificar el embarazo para no poner en riesgo al bebé; de igual manera Dalia expresa que siempre quiso ser madre, pero con la enfermedad tuvo que posponer esta idea. Una declaración distinta es la de Gladiola y Dalia, quienes fueron enfáticas al afirmar que con la enfermedad traer un hijo al mundo es un riesgo muy grande y por eso está descartado.

4.1.3. Percepción del soporte frente al VIH (soporte familiar, pareja y médico-asistencial)

El proceso de la enfermedad del VIH en mujeres con edad fértil representa una gran exigencia de adaptación para las pacientes, para quienes el comportamiento de su entorno representa la mejor herramienta que las ayuda a enfrentar esta adversidad. En

ese entorno, la primera unidad de ayuda al momento de informar la presencia de la enfermedad es el equipo médico, el cual es altamente valorado por el paciente; el valor significativo de los especialistas del hospital para ellas tiene el sentido de un apoyo humano, médico y psicológico necesario que las satisface en cierta manera.

En relación a las mujeres entrevistadas, existen diferentes experiencias, tres de ellas expresan situaciones graves respecto a la atención de algunos profesionales de la salud. El caso de Azucena es muy traumático, ella relata que la psicóloga le dijo que no solo no podía tener hijos, sino que tampoco podría seguir su vida normal y que debía abandonar sus estudios de obstetricia ya que no podía estudiar nada relacionado con el sector salud porque el contacto con las personas para ella estaba prohibido. Igualmente, Lirio, experimentó una situación con el personal de asistencia médica cuando presentó retinitis melapigmentosa. Al acudir a la consulta médica, la entrevistada fue discriminada por el hecho de padecer la enfermedad, en ese momento el personal no le permitió ubicarse en la misma sala de espera que los otros pacientes, de modo que improvisaron dos salas diferentes para pacientes sin y con VIH, y la forzaron a ubicarse en la última sala. También Amapola fue víctima de un trato discriminatorio por parte del personal de salud en otro Hospital. En el momento en el cual las enfermeras debían suministrarle las medicinas, ellas se negaron por el hecho de que ella era portadora de VIH.

El resto de las entrevistadas expresaron haber tenido siempre el apoyo humano y emocional por parte del personal médico que los ha atendido; y en cuanto al trato que suministra el personal de asistencia médica en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, todas las entrevistadas sienten satisfacción por la atención que le han prestado tanto humana, de apoyo emocional, de orientación y servicios médicos en todas las instalaciones donde han requerido la ayuda.

Las pacientes relatan experiencias positivas sobre la atención en el hospital donde se atienden actualmente; por ejemplo, Geranio expresó que logró crear lazos de amistad con su doctora, Lirio manifestó que tiene más confianza con su Dr. tratante que con su madre, Orquídea opina que el trato que les da el personal médico es como si no fuera portadora de la enfermedad, y Azucena manifiesta que se siente identificada con su infectóloga y que le brinda mucho soporte emocional.

La comunicación con el personal de salud satisface de cierta manera la vida emocional de las pacientes, este aspecto es muy importante para que ellas desarrollen fortalezas de autocuidado. En este contexto es fundamental realizar un seguimiento sobre la necesidad de apoyo psicológico hacia estos grupos, ya que la experiencia de campo demostró que muchas suelen omitir ciertos temas de conversación, como el de la maternidad, pero también otros como un profundo estado de desesperanza sobre sus vidas. Sobre este aspecto, destaca la historia de Tulipán cuando manifestó que no busca el apoyo de nada ni de nadie y que hay cosas que las disfraza, que no dice y simplemente no es totalmente sincera con el personal médico.

En cuanto al tipo de soporte que brinda el Hospital de Apoyo María Auxiliadora a sus pacientes, se tuvo como resultados de la entrevista que todas las pacientes están de acuerdo en que el Hospital les proporciona los medicamentos que necesitan de manera suficiente, gratuita y a tiempo. En las instalaciones del Hospital fácilmente pueden realizarse los chequeos y análisis necesarios, además que la solicitud de las citas ante el departamento de infectología las realiza a tiempo. Las mujeres entrevistadas dicen ver en el servicio de salud del Hospital de Apoyo María Auxiliadora a un equipo interdisciplinario integrado, que les proporciona asesoramiento adecuado en diversos temas como salud sexual y reproductiva; y que a su vez las entiende.

Sólo Gardenia, manifestó en la entrevista que le gustaría que le dieran más atención, que debe llegar 30 minutos antes de la cita por las colas y que en algunas oportunidades debe comprar algunas medicinas que en el Hospital no se les suministran; contrariamente, Clavel afirma que a pesar de que tiene seguro médico en otra localidad, prefiere seguir chequeándose en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora donde le brindan el tratamiento y los servicios gratuitamente.

El apoyo emocional y afectivo del núcleo familiar y de la pareja es muy significativo para las mujeres con VIH. En la investigación se encontró que la mayoría de las mujeres tienen apoyo principalmente de sus madres. Las mujeres con VIH que conviven o son casadas, también son apoyadas por su pareja, quienes también son portadores. Este reducido grupo de soporte conformado por los padres y pareja suele ser el grupo de contención y que conoce la condición de salud de las participantes; en pocos casos se incluye a otros miembros como son los hermanos y tíos.

De las entrevistadas, tienen el apoyo de la madre y la pareja: Camelia, Gladiola, Gardenia, Amapola, Violeta, Margarita y Hortensia. Otras participantes manifestaron contar con el apoyo de todo su núcleo familiar, es el caso de: Lirio, Orquídea, Amapola y Violeta. En cuanto a Geranio, ella solo cuenta con el apoyo de su esposo, siendo ambos portadores. Las entrevistadas perciben el apoyo familiar y de pareja como un importante elemento emocional que las ayuda a seguir adelante.

Los relatos de las participantes incluyeron experiencias que evidenciaron que en muchos casos el apoyo recibido no sólo es moral, sino que también se convierte en económico según la situación laboral de la entrevistada. También destaca que, en todos los casos, el factor común fue el hecho de que las personas que las apoyan son los únicos conocedores de que ellas portan la enfermedad.

La percepción y los sentidos que puedan manifestar las mujeres con VIH están condicionados a la escala de valores que imprime el sello propio de cada una de ellas; en el estudio se presentaron diferentes escenarios. Lirio es un poco fatalista, cree que fue su destino contagiarse de la enfermedad y piensa no querer estar con más nadie ya que la enfermedad debe morir con ella y nadie debe saber que es portadora de la enfermedad. Tulipán es más extremista, afirma que ya no piensa en el futuro sólo en el presente y que a veces desea morir. Orquídea, expresa que trata de no enamorarse ya que siente temor a que las personas al saber que es portadora de la enfermedad se alejen de ella. Hortensia sufre de episodios depresivos en donde tiene momentos que deja de seguir el tratamiento y luego lo retoma, ya que piensa en que llega un momento donde las pastillas no causan ningún efecto en el virus.

Se observa en las encuestadas que las que reportaban tener mayor apoyo familiar tienen la creencia de una mejor calidad de vida, para ellas su proyecto de vida presentan una apertura para desarrollar una vida normal y planear un futuro; a su vez, ven la salud como un valor social de la existencia humana que la valoran y la asumen con actitudes positivas y sin perjuicios.

4.2.Discusión.

Los resultados de las encuestas realizadas permiten establecer los significados y metáforas atribuidos por las mujeres con VIH en edad fértil, en torno a cómo el virus cambió su vida y las condicionó a transformar su concepción sobre la maternidad, el embarazo y sus relaciones sociales. Los resultados de la investigación se alinean en cierta medida con lo expuesto en el estado de la cuestión detallado al principio de la investigación, en donde las principales ideas ya expresaban cierta generalidad sobre una representación negativa de ser madre desde la condición de ser portador de VIH.

Por otro lado, algunos casos han permitido actualizar los consensos teóricos a través de la evidencia científica que expresan un cambio y que se alinean a las experiencias investigativas más recientes. También se valora positivamente el método seguido, el cual ha permitido captar sentidos importantes en la experiencia de las informantes, de modo que los resultados del estudio advirtieron sobre algunos indicadores que precisan ser abordados.

4.2.1. Respetto a la importancia atribuida a la maternidad

Las percepciones registradas son variadas, de modo que algunos casos abordados contrastan con los estudios de Viñas et al. (2017) sobre su hipótesis que relaciona los factores sociológicos asociados al VIH con la estigmatización social en las personas infectadas. Varias de las encuestadas comentan sentirse señaladas por este prejuicio, el cual, al ser casi sistemático para algunas, ha creado en las mujeres portadoras un impacto psicológico de confusión emocional.

En el estudio, se han recogido algunas experiencias de discriminación desde algunos profesionales de salud como psicólogos y enfermeros, cuyo ejercicio profesional lejos de demostrar una adecuada información que oriente a la paciente portadora, refuerza la sensación de estigma debido al estatus profesional y de poder sobre los tratamientos físicos y psicológicos de las pacientes. Este rechazo socialmente establecido, en algunos casos ha llevado a las informantes a descartar la idea de ser madres, por temor a que su hijo sea también rechazado. Este resultado se inscribe con el hallazgo de Viñas et al. (2017), quien señala que el porcentaje de mujeres embarazadas con VIH es más bajo en relación a las mujeres que no poseen la enfermedad.

Estas decisiones también se inscriben en la línea de los resultados de la investigación de Almeida et al. (2019), reforzando la tesis sobre el sentido de la maternidad para las mujeres con VIH, quienes presentan una situación psicológica compleja en donde prima la confusión emocional, la duda existencial y la ambigüedad funcional se apodera de ellas, y cuya decisión más extrema es negarse la idea de poder ser madres.

Otro aspecto que ha sido transversal en los sentidos de las experiencias de las encuestadas, se adhiere a la hipótesis desarrollada en los estudios de González (2020), de modo que varios testimonios evidenciaron que el VIH genera sentimientos de culpa en las portadoras por su condición de salud. Aunque no se explicita, la culpa puede manifestarse en las encuestadas mediante sus relatos de pasividad frente a varios imaginarios o discriminación sobre sus personas, aunque también se ha observado que la percepción de miedo y rechazo se refuerza en aquellas portadoras más jóvenes.

Contrario a esta situación, la mayoría de las participantes confirman las conclusiones de Mendoza, et al. (2018), y demuestran que el constructo social sobre el padecimiento de la enfermedad de VIH, socialmente está siendo aceptado y que cada día prevalece más el deseo de ser madre pese al hecho de padecer la enfermedad. Los resultados de las entrevistas expresan que gran parte del total plantea abiertamente su deseo de ser madres responsablemente y por ello planificaron su embarazo con su médico tratante.

4.2.2. Sobre la percepción de la maternidad viviendo con VIH

En relación a estas percepciones, los resultados afirman la hipótesis de Jones et al. (2016), quien determinó que la planificación del embarazo y el parto es un elemento cada vez más importante en las mujeres que padecen la enfermedad del VIH; esta situación se evidenció como una tendencia en las mujeres más mayores y con más educación.

Algunos casos se inscriben más concretamente en la variedad que expone Matão et al. (2014) sobre las representaciones sociales de las mujeres embarazadas con VIH y con rango de edad entre 21 y 34 años, quienes enfatizan el deseo de maternidad y los sentimientos ambivalentes de felicidad y alegría única por el derecho de poder ser madres y el miedo ante la posibilidad de la transmisión vertical.

Los resultados de la investigación también indican el temor y miedo ante la posibilidad de estar embarazada en todas las entrevistadas sobre la situación que enfrentará el niño. Este es un ejemplo sobre las visiones expuestas por Quistian (2010), respecto a los significados para las mujeres con VIH sobre la idea de embarazo y maternidad; también asociados a los efectos del VIH en sus vidas en relación con el amor, la ilusión y el cariño que le puede aportar un hijo como una necesidad.

Sin embargo, también las entrevistadas reafirman la angustia de transmitirle la enfermedad al bebé como un temor que no todas las mujeres logran superar, porque señalan la incertidumbre acerca de si sobrevivirán al parto y/o a la enfermedad, lo que resulta en desistir de la idea de tener un hijo. Por lo tanto, se afirma la perspectiva sobre la maternidad desde estas mujeres con VIH positiva, está fuertemente influenciada por temores, angustia y experiencias sobre su padecimiento.

4.2.3. Sobre el embarazo viviendo con VIH

Se ha registrado un desconocimiento de todo el respaldo legal sostenido por Dinys (2015) sobre los derechos de las mujeres que viven con VIH, en específico sobre su derecho a formar una familia, igual su correlación nacional en marcos legales y los servicios necesarios para brindarle una protección integral a este grupo de mujeres. No obstante, se observa positivamente que muchas mujeres gozan de este derecho en sus prácticas y decisiones de ejercer la maternidad. También, los testimonios afirman que el personal médico del Hospital de Apoyo María Auxiliadora las orienta en sus tratamientos para que puedan gozar libremente de su salud sexual y reproductiva.

En esta línea argumentativa, también se confirma lo planteado de Jones et al. (2016), y se puede explicar que los embarazos en las mujeres con VIH pueden aumentar debido a la disponibilidad de un tratamiento efectivo contra el VIH y como producto de decisiones importantes sobre la planificación de la reproducción sexual a fin de evitar consecuencias negativas para los neonatos y las madres con VIH.

Este hallazgo se relaciona con el estudio cuando revisamos los casos de: Margarita, que se encuentra en control médico para poder concebir y que no lo

había logrado en los meses anteriores, pero aún sigue intentándolo; también está el caso de Amapola, a quien se le ha diagnosticado infertilidad, pero en la actualidad se encuentra en control médico para salir embarazada. En estos últimos casos se puede observar estrategias seguidas por las mujeres para ejercer su derecho de formar una familia con un adecuado estándar de calidad de vida, actualizando los hallazgos de Alarcón et al. (2003) y Álvarez-Carrasco et al (2018), donde se evidencia que el tratamiento del VIH en mujeres portadoras reduce los riesgos de contagio y permite el desarrollo de un embarazo sano con riesgos mínimos de transmisión al feto.

4.2.4. Sobre los mecanismos de soporte de las mujeres viviendo con VIH

El estudio ha evidenciado que el conocimiento de la condición de portadora del VIH es casi un secreto para la familia de las pacientes, solo es un círculo muy pequeño el que conoce su estado de salud y las apoya. Para suerte de las pacientes, también cuentan con un apoyo médico, informativo y emocional fuerte de parte del hospital en donde se atienden. Así, los resultados evidencian que las mujeres carecen de un apoyo emocional de amigos o quizá la consolidación de una comunidad como un grupo de soporte. Esto es un reflejo claro sobre los estigmas que sufren las personas con esta condición, aún en una época moderna; la sociedad peruana no puede aspirar a ser menos desigual y discriminatoria, mientras los juicios hacia este grupo continúan siendo tan duros y arraigados.

El estudio ha demostrado la urgencia de ampliar el enfoque bio-médico de atención a las pacientes, el cual precisa complementarse con el enfoque de derechos humanos y de género. El marco legal peruano respecto al VIH tiene casi veinte años desactualizado, desde el año 2004; esta política se restringe a un sistema público de suministro de medicación TARGA, que se limita hacia la salud biológica de las pacientes. No obstante, los relatos de las participantes detallan muchos de los factores que dificultan el proceso de ser mujer portadora en un país tan dogmático como el Perú, cuya percepción social y desconocimiento sobre el virus son críticos y se consolidan desde las instituciones y profesionales de la salud.

En la región, en el año 2022 Argentina logró aprobar la Ley sobre esta y otras infecciones de transmisión sexual; ello significó el logro de un observatorio contra la discriminación y el estigma, que prohíbe las pruebas obligatorias de VIH entre los exámenes de ingreso a trabajo, facilidades sobre la jubilación, y la prioridad de producir medicamentos anti retrovirales de forma local. Los temores que las participantes expresaron sobre su capacidad de ser madres han reflejado gran parte de las incertidumbres médicas, económicas y sociales que experimenta este colectivo. Debido a la falta de articulación de esta población en Perú, además del desdén sobre su problemática desde la sociedad civil, resulta casi lejana la creación de una Ley que responda de forma integral al VIH, y la sistematización de medidas contra la discriminación y estigma hacia los portadores.

Históricamente, en Perú la atención hacia la población portadora de VIH se ha basado en un paradigma biomédico desde el cual se han definido como poblaciones denominadas epidemiológicamente como “grupos de riesgo”, esta ha sido la base de normas dispersas enmarcadas en un paradigma de exclusión. Si bien en Perú se establecieron normativas sobre la población portadora de VIH, estas no han logrado sistematizarse ni alcanzar un carácter inclusivo y comprensivo de los factores bio-psico-sociales implicados en la portabilidad. Ello se ha evidenciado en las experiencias de las entrevistadas, quienes han expresado de forma amplia cómo se extiende la culpa hacia los portadores.

Se reconoce que el tratamiento disponible es suficiente para lograr equilibrio en la salud de las pacientes, sin embargo, también se ha demostrado que esta medida estatal es insuficiente y desconoce el sentido del tratamiento para una población relegada a partir de su situación de vulnerabilidad. Cabe cuestionar cómo transforma este escenario si aún muchos profesionales que ejercen en hospitales públicos discriminan y desinforman a la población sobre la condición de VIH. Resulta inaplazable que desde el Ministerio de Salud se propongan lineamientos hacia el comportamiento y acciones de cualquier profesional de salud que ejerza conductas discriminatorias hacia portadores de VIH, las medidas pueden contemplar la declaratoria de suspensión y un seguimiento hacia los profesionales de la salud desde los colegios profesionales que los respaldan.

Luego, el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables deben sumar esfuerzos para diseñar políticas públicas y ampliar la

información precisa sobre estas realidades. Para ello resulta fundamental la difusión de la información actualizada sobre la condición de VIH desde las nuevas generaciones, para crear un cambio significativo sobre el estigma institucionalizado hacia esta población. Aprovechando el impacto de las redes sociales, las instituciones referidas pueden elaborar distintas campañas que sigan lineamientos de respeto e inclusión hacia los portadores, mediante los portales web de las escuelas y de las instituciones del sector público.

Resulta menester que la política a implementar conozca las relaciones de poder que se entretienen alrededor del tratamiento y el estigma hacia los portadores. Actualmente este grupo sufre un recorte presupuestal arbitrario, y la epidemia del VIH suele ser silenciada, pese a su incremento. Bajo esas premisas, debe primar la agencia permitida hacia los pacientes seropositivos, quienes cuentan con algunos organismos que velan por sus derechos, tales Givar en Perú, y ONUSIDA a nivel internacional. Estas instituciones pueden representar un mediador clave para articular las demandas de los pacientes, así como sistematizar las relaciones asimétricas que se establecen con el personal sanitario.

En los años 90, el TARGA representó un elemento clave que significó una gran esperanza para muchos portadores, no obstante, los años actuales requieren el desarrollo de condiciones para discutir y ampliar este alcance, fundamentado en el paradigma biomédico y la cronicidad de la enfermedad. El TARGA individualiza la responsabilidad hacia el paciente, ya que su cura depende exclusivamente de él, quien debe de tomar su medicación, conocer el estado de su CD4 y cuidar su carga indetectable. Todo ello puede ser correcto desde varias de las participantes, no obstante, la predisposición del paciente no siempre es algo que depende sólo del individuo.

Se hace hincapié respecto a un factor minimizado en la evidencia científica disponible a la fecha, que es el “deseo de estar muerta” para algunas participantes, lo cual representa el abandono de los medicamentos que, para esta población, lamentablemente, representa lo mismo. Gran parte de la literatura menciona de manera superficial los riesgos de suicidio por razones psicológicas que puede presentar gran parte de esta población, o destacan los riesgos y temores de morir, pero hay una diferencia trascendental entre el riesgo de morir y el deseo de morir. Lirio y Tulipán han manifestado este problema, este sentir sobre sus experiencias

como portadoras, el cual más allá de examinar si sus proyectos de vida se alinean con el rol de madre, insisten sobre sus heridas psicológicas en un escenario que representa desesperanza sino frustración.

El riesgo del deterioro de la salud física es el único contemplado de manera explícita por varios autores y por la política nacional actual, sin embargo, los perjuicios más graves para la salud mental, como es el riesgo de suicidio, aún no se alcanzan a abordar teórica, ni casuística ni políticamente. Este es un tema poco discutido, quizá por la gravedad que representa, la precisión y empatía que requiere, además del desafío en términos de la ética como investigador y profesional al abordar esta problemática directamente con los pacientes; no obstante, es un hecho social que no debe pasarse por alto menos en un contexto cuyo ideal apunta hacia la formulación de políticas y atención de la salud mental inclusiva, cuyo registro expuesto desde esta población destaca como una problemática sobre la cual se necesita accionar.

Las propuestas deben articular un accionar desde el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, así como el trabajo conjunto de los gobiernos regionales con los hospitales de Nivel III que cuentan con áreas de Infectología, el colegio de Psicólogos del Perú, las universidades e Institutos nacionales y privados especializados en el área de salud y ciencias sociales. De igual forma, la sociedad civil debe mostrar una apertura inclusiva que cese la exclusión, prejuicios y comprenda la situación que atraviesan cada vez más peruanos; es menester poner este tema en la agenda política, así como proponer planes y campañas de sensibilización que, desde un enfoque de derechos humanos, de salud reproductiva y salud mental, se accione y acompañe de acuerdo con un paradigma integral que priorice la empatía e igualdad.

CONCLUSIONES

1. Las mujeres que viven con VIH y reciben tratamiento TARGA perciben un prejuicio social y discriminación, por lo que en su mayoría deciden ocultar su enfermedad en el entorno social que las circunda; para algunas de las informantes la maternidad representa una ampliación de estos prejuicios, y muchas incluso temen por la extensión de estos juicios negativos hacia sus hijos.
2. Las mujeres que viven con VIH y reciben tratamiento TARGA, a pesar del prejuicio y discriminación social, en su mayoría consideran planificar un embarazo con las medidas que eviten la transmisión vertical debido al valor que asignan y al sentimiento de felicidad que consideran les proporcionaría la maternidad. Otro grupo reducido siente mucho temor de contagiar su infección al feto y sobre la vida futura de un hijo de una madre portadora de VIH, entre ellas, algunas aun consideran ser madres y otras rechazan por completo la posibilidad.
3. Las familias de las entrevistadas han brindado un soporte emocional y económico para muchas de las pacientes, a veces son los padres o un pequeño círculo, la pareja, pero principalmente las madres. Además, ellas han mostrado una mejor aceptación de su condición mientras manifiestan más soporte emocional.
4. Aunque en otras entidades hospitalarias algunas pacientes han sufrido discriminación en la atención médica; en cambio, las pacientes se sienten satisfechas y apoyadas con la atención recibida del personal del área del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.
5. Las informantes tienen desconocimiento de los derechos y protección que les asiste al ser mujeres portadoras de VIH; no obstante, el Hospital de Apoyo María Auxiliadora les ofrece apoyo emocional, una atención de calidad y también el respaldo para llevar sus tratamientos, incluso el proceso de embarazo protegiendo la salud del neonato y la gestante y apoyando a quienes tienen dificultades para lograr el embarazo.

RECOMENDACIONES

Se propone el diseño de programas de prevención en cuya formulación participen especialistas de varias disciplinas como psicólogos, trabajadores sociales, epidemiólogos, quienes establezcan un criterio de autoridad multidisciplinario y un carácter de objetividad suficiente para fundamentar la urgencia de políticas más allá del tratamiento de antirretrovirales.

En esta propuesta, lo ideal sería gestionar alianzas con el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, las ONG, o estudiantes y docentes mediante actividades de extensión universitaria. Y se subraya que la información no se debe restringir a la educación de la población sobre las formas de contagio del VIH, sino también enfatizar sobre los derechos y medidas de protección de las personas con VIH, los reproductivos de todas las personas incluyendo a las mujeres viviendo con VIH y en tratamiento TARGA, aclarando dudas sobre el contagio vertical. El objetivo debe ser que las conductas discriminatorias cambien y asuman una actitud de apoyo moral hacia las personas que padecen la enfermedad y el conocimiento de una realidad.

Educar y reforzar sistemáticamente a las mujeres que viven con VIH en edad fértil y que reciben tratamiento TARGA con conocimientos en relación al bajo riesgo de la transmisión vertical de la enfermedad y los avances y resultados científicos de madres positivas de VIH y que han dado a luz niños sanos, de manera que puedan decidir libremente el llegar a un embarazo y todo el afecto y una vida libre de prejuicios. Esto debe extenderse como parte de la atención médica que ejercen los profesionales encargados de estas áreas en todos los hospitales a nivel nacional, ya que es un derecho y debe ser respaldado.

Implementar medidas desde el Ministerio de Salud, los centros hospitalarios públicos y privados, el Colegio Médico del Perú y el Colegio de Psicólogos del Perú para sancionar al personal que desinforma, discrimina y violenta psicológica, verbal y físicamente a los pacientes con VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 20MINUTOS. (2012). Ser madre con el virus VIH: "Dejé de pensar en que podía morir para dar vida". Recuperado de: <https://www.20minutos.es/noticia/1422470/0/madre/virus/vih/>
- ACNUDH, E. O. (2007). Manual sobre el VIH y Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookHIV_NHRIs_sp.pdf
- Alarcon, J., Johanson, K., & B. Courtois, E.A. (2003). Determinants and prevalence of HIV infection in pregnant Peruvian women. AIDS: Lima.
- Almeida, R., Regina, N., Vieira, C., Gómez, C. y Ribeiro, E. (2019). Fases psicológicas de embarazadas con VIH: estudio cualitativo en un Hospital. *Revista Bioética*, 27, 281-288. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272311>
- Álvarez-Carrasco R., Espinola-Sánchez M., Angulo-Méndez F., et al. (2018). Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Ginecología y Obstetricia de México*, 86(2):108-116. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom182d.pdf>
- Ander-Egg, E. (2003). Métodos y técnicas de investigación social. Técnicas para la recogida de datos e información. Argentina: Ediciones LUMEN HVMANITAS.
- APA (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. *American Psychological Association APA*. Recuperado de: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y control del VIH y el SIDA. (2018). Mujer y VIH-Censida. Recuperado de: <https://www.gob.mx/censida/documentos/mujer-y-vih-censida?idiom=es>
- Centro Nacional para la Prevención y control del VIH y el sida. ¿Qué es el VIH? / Información básica [Internet] 2020 [Consultado 8 julio 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/es/articulos/que-es-el-vih-informacion-basica?idiom=es>
- CNDH. (2018). Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos. Recuperado de: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/40_Cartilla-Derechos-sexuales-reproductivos.pdf

- CNDH. (2019). Las mujeres, el VIH y los derechos humanos. Recuperado de: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/cartillas/16_Cartilla_Mujeres_VIH_Sida.pdf
- Cooch, E. (2014). La importancia de la reproducción social. Recuperado de: <https://rebellion.org/la-importancia-de-la-reproduccion-social/>
- DiQuinzio, P. (1999). *The Impossibility of Motherhood: Feminism, Individualism and the Problem of Mothering*. Recuperado de: <https://ebook.medidata.website/the-impossibility-of-motherhood-feminism-individualism-and-the-problem-of-mothering.pdf>
- Díaz, D., Ortiz, I., González, P. (2021). Intervención de la matrona en gestante con trabajo de parto y coinfección VIH/COVID-19. *SANUM Revista Científico – Sanitaria*, 5(2):62-70. Recuperado de: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD76861.pdf>
- Dinys, L. (2015). Derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en las Américas. Perú: ONUSIDA y CIM. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cim/docs/VIH-DDHH-ESP.pdf>
- Del Rosario, G. (2018). Razones, barreras e intenciones que intervienen en la decisión de ser madres viviendo con VIH-SIDA, Región La Libertad. Facultad de Ciencias Médicas, Tesis de Segunda Especialidad, Universidad César Vallejo.
- Echeverría, M., Moran, B., Requena, A & Torres, G. (2018). Beneficios del manejo integral durante el embarazo en pacientes con VIH, que acuden a la consulta externa del Hospital Enrique Sotomayor. RECIAMUC [Internet]. 2018 [Consultado 8 julio 2021];2(3). Disponible en: <http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/127/128>
- Evangelista, Nantua, Maria Do Socorro, Maria Madalena, et al. Percepción del riesgo de la infección VIH entre hombres y mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITS). *Ciencia y Enfermería* [Internet] 2007 [Consultado 8 julio 2021];13(1): 69–80. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262761155_PERCEPCION_DEL_RIESGO_DE_LA_INFECCION_VIH_ENTRE_HOMBRES_Y_MUJERES_CON_INFECIONES_DE_TRANSMISION_SEXUAL_ITS
- Felitti, K. (2011). *Madre hay una sola: Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Ciccus.

Ford Foundation (2005). Reproductive Health Matters. RHM, 142. Recuperado de: www.rhm-elsevier.com

Fundación Bonaventura Clotet. Ser madre cuando tienes el VIH [Internet]. 2019. [Consultado 10 mayo 2021]. Recuperado de: <https://www.fl sida.org/es/blog/ser-madre-cuando-tienes-vih>

Galindo, M. Retos en el cuidado de las mujeres con VIH. Revista Multidisciplinar del SIDA [Internet]. 2014 [Consultado 8 julio 2021];1(3). Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wp-content/uploads/2016/04/M-Jose-Galindo-Monografico-2014.pdf>

Galvão, M., Holanda, G., and Tavares Machado, M. (2010). Dilemmas and Conflicts of Being a mother with HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3): 371–376. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VRkfZ4HtH9mYNbKf5XBwDMy/?lang=pt>

García, A. (2015). Derechos Humanos, estos son los países donde menos se respetan. Recuperado de: <https://www.consumer.es/solidaridad/derechos-humanos-estos-son-los-paises-donde-menos-se-respetan.html>

Girón, M., Segura, E., Salazar V., Valverde, R., Salazar, X. y Cáceres, C. (2015). Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: Un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24(3)211-217. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000300003

Gómez-Suárez, M. (2016). Satisfacción de necesidades de anticoncepción en mujeres positivas al VIH: efecto sobre la eliminación de la transmisión vertical del virus. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40: 479–484. Recuperado de: <https://scielosp.org/article/rpsp/2016.v40n6/479-484/>

González, K. (2020). Experiencias de vida: Voces de las mujeres tras recibir un diagnóstico de VIH durante el embarazo. Facultad de Ciencias Sociales, Tesis de Doctorado, Universidad de Puerto Rico. Recuperado de: <https://www.proquest.com/openview/ada8b035419afd0837d705ac675eb230/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Griffith-Benjamín, S. (2006). El perfil sociopsicológico de mujeres que enfrentan la maternidad viviendo con el VIH/SIDA. Facultad de Psicología. Trabajo de Diploma,

Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Recuperado de: <http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/2937/P06003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Heys, J., Jhangri, G., Rubaale, T. and Kipp, W. (2012). Infection with the Human Immunodeficiency Virus and Fertility Desires: Results from a Qualitative Study in Rural Uganda. *World Health & Population*, 13(3):5-17. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/224896460_Infection_with_the_Human_Immunodeficiency_Virus_and_Fertility_Desires_Results_from_a_Qualitative_Study_in_Rural_Uganda

Iglesias, P. (2003). Mujer y salud: Las Escuelas de medicina de Londres y Edimburgo. Facultad de Filosofía y Letras, Tesis Doctoral, Universidad de Málaga. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/43550212_Mujer_y_salud_las_Escuelas_de_Medicina_de_Londres_y_Edimburgo

Jones, D., Cook, R., Potter, J., Miron-Shatz, T., Chakhtoura, N., Spence, A. y Byrne, M. (2016). Fertility Desires among Women Living with HIV. *Plos One*, 11(9). Recuperado de: <https://www.mendeley.com/catalogue/36637220-9aeb-3c45-84fe-876cbf5db402/>

Kirshenbaum, S., Hirky, A., Correale, J., Goldstein, R., Johnson, M., Rotheram-Borus, M. y Ehrhardt, A. (2004). Throwing the Dice: Pregnancy Decision-Making Among HIV-Positive Women in Four U.S. Cities. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3):106-113. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/psrh/full/3610604.pdf>

La República. (2021). “Programa de VIH y TBC en peligro: reducen casi la mitad del presupuesto para tratamiento en 2022” (24 de diciembre de 2021)

Liamputtong, Pranee, and Niphattra Haritavorn. (2014) My Life as Mae Tid Chua [Mothers Who Contracted HIV Disease]: Motherhood and Women Living with HIV/AIDS in Central Thailand. *Midwifery*, 30(12): 1166–1172. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613814001004>

Matão, M., Borges, D., & Freitas, M. (2014). Entre El Deseo, El Derecho y El Miedo a Ser Madre Tras Seropositividad Del HIV. *Enfermería Global*, 13(34):453–466. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200021

Maturana, M. (2013). Narrativas identitarias en mujeres que decidieron asumir un embarazo no planificado: Algunas historias de construcción de la maternidad. Facultad de Ciencias Sociales, Tesis de Maestría, Universidad de Chile. Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130431/Tesis%2027%20de%20Febrero.pdf?sequence=1>

Mendoza Zúñiga, G., González, R. y Rendón, M. (2018). Percepción del embarazo en mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana y su apoyo familiar. *Horizonte Sanitario*, 17(1):69-76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000100069

Ministerio de Salud y Deportes (2015). Estigma y discriminación en VIH/SIDA - Bolivia. Bolivia: Estado Plurinacional de Bolivia. Recuperado de: <http://onusidalac.org/1/images/2015/febrero/indicesddhh/BOLIVIA%202011%20EstigmaDiscriminacion.pdf>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2020). Situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú. *Boletín VIH*. Recuperado de: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2020/julio.pdf

Ministerio de Salud [MINSA]. S.f. Programa Nacional de ITS/VIH y Hepatitis Virales. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pa/programa/programa-nacional-de-itsvih-y-hepatitis-virales>

MINSA. (2015). Documento técnico. Plan multisectorial de prevención y control de las ITS/VIH y sida, 2015 – 2019. Recuperado de: https://issuu.com/comite_vigilancia-coremusa-ll/docs/plan_estrategico_nacional_vih/8

Moreno, K. y Ayala, F. (2021). Factores de riesgo asociados a la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana durante la gestación. *Revista Peruana de Investigación Perinatal*, 10(1). Recuperado de: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/229>

Nord, T. (2018). Syndrome. EE.UU: National Organization for Rare Disorders [Internet]. 2018 [Consultado 8 julio 2021] Disponible en: <http://rarediseases.org/rare-diseases/>

OMS. (2009). Mujeres y SIDA: ¿Nos has escuchado hoy? Recuperado de: <https://bcb-216.blogspot.com/2009/06/mujeres-y-sida-nos-has-escuchado-hoy.html>

- OMS. (2016). Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2017). Diez Datos Sobre el VIH/SIDA. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
- Padrón, J. (1998). La estructura de los procesos de investigación. *Revista Educación y Ciencias Humanas*, 9(17), 33-45. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/277249442_LA_ESTRUCTURA_DE_LOS_PROCESOS_DE_INVESTIGACION
- Palermo, M. (2018). Los cinco sentimientos de culpa que las madres experimentan respecto a sus hijos. Recuperado de: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2018-06-23/cinco-sentimientos-culpa-madres-sus-hijos_1582111/
- Posadas, F. (2018). Embarazo y VIH ¿Indicación absoluta de cesárea? *Ginecología y obstétrica de México*, 86(6):374-382. Recuperado de: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/embarazo-y-vih-indicacion-absoluta-de-cesarea>
- Quistian, B. G. (2010). Significados de la maternidad de las mujeres que viven con VIH. Facultad de Enfermería, Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. Recuperado de: <http://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/3047/MSP1SSM01001.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Ramos, M. (2020). El género como variable estructural que evidencia las desigualdades entre hombres y mujeres en el curso vital, y especialmente en la vejez. Recuperado de: <https://blogciudades.imserso.es/el-genero-como-variable-estructural-que-evidencia-las-desigualdades-entre-hombres-y-mujeres-en-el-curso-vital-y-especialmente-en-la-vejez/>
- UNAIDS. (2016). Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS. Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf
- Vásquez, J. (2008). Derechos Humanos y Salud, personas que viven con VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/5628/Derechos-humanos_tool%20box%2010069_VIH_Sida.pdf?sequence=1

Velázquez Quintana, N., Yunes, J., y Ávila, R. (2004). Recién nacidos con bajo peso; causa, problemas y perspectivas a futuro. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 61(1)73-86. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010

Villaverde, D. J. (2009). Modos de Transmisión del VIH en América Latina. PERU: OPS. Recuperado de:

http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2009/20090810_MOT_Peru_es.pdf

Viñas, M., Álvarez, G., Erosa, E., y Evangelista, A. (2017). La maternidad desde la experiencia de mujeres que viven con VIH atendidas en el Hospital de las Culturas, en Chiapas, México. Revista del Colegio de San Luis, 7(14):207-231. Recuperado de:

https://www.redib.org/Record/oai_articulo2154675-la-maternidad-desde-la-experiencia-de-mujeres-que-viven-con-vih-atendidas-en-el-Hospital-de-las-culturas-en-chiapas-m%C3%A9xico

Zamorano R., Juanita, and Tamara Hirsch B. (2004). Infección Por Virus de Inmunodeficiencia Humana, Embarazo y Deseo de Reproducción: Comité de SIDA Pediátrico Sociedad Chilena de Pediatría. Revista Chilena de Infectología, 21(3):208-212. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182004000300004

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Problema general	Objetivo General	Categorías	Metodología	Población y muestra	Técnicas e instrumento
“Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019”	<p>- Reconocer la percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo, en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>- Identificar los significados atribuidos a la maternidad y el embarazo por las mujeres en edad fértil viviendo con VIH, durante su tratamiento en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019.</p> <p>- Identificar la perspectiva de la maternidad y el embarazo en relación con su condición de mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento con TARGA, en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019.</p> <p>- Identificar mecanismos de</p>	<p>Categorías de estudio</p> <p>- Significados atribuidos a la maternidad</p> <p>- Percepción sobre la maternidad y embarazo viviendo con VIH</p> <p>- Embarazo viviendo con VIH</p> <p>- Mecanismos de soporte de las mujeres viviendo con VIH</p>	<p>1. Enfoque:</p> <p>Cualitativa con un foco fenomenológico.</p> <p>2. Tipo:</p> <p>Exploratoria</p> <p>3. Nivel</p> <p>Análisis de contenido.</p>	<p>Población:</p> <p>La población de la investigación como objeto de estudio está conformada por Mujeres en Edad Fértil viviendo con VIH y en tratamiento que se controlan en el servicio de infectología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora, durante el periodo enero a junio del 2019.</p> <p>Muestra:</p> <p>Por conveniencia hasta agotar la etapa de saturación teórica es decir no haya nuevos datos, esto puede ser aproximadamente 10 personas, lo cual representaría al 100% de mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento del Hospital de</p>	<p>-Técnica:</p> <p>Entrevista a profundidad con preguntas abiertas, previo consentimiento informado.</p> <p>Observación no participante</p> <p>-Instrumento:</p> <p>Guía de entrevista a profundidad abierta y grabadoras de audio.</p> <p>Cuaderno de campo para anotaciones de acontecimientos.</p> <p>Diario de campo</p>

	soporte de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019.			Apoyo María Auxiliadora.	
--	---	--	--	--------------------------	--

Anexo 2. Guía de entrevista a profundidad**GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

El presente cuestionario tiene como finalidad reconocer la percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo que acuden al servicio de Infectología en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019. Se le informará que la entrevista será grabada solo en audio y se garantiza al sujeto de investigación que la información es confidencial. Además, toda entrevista es previo consentimiento informado y previa selección del sujeto de investigación según criterios de inclusión.

DATOS**Código:****Edad:****Tenencia de Pareja:**

Preguntas
1. ¿Qué piensa de ser madre?
2. ¿Cómo percibe el embarazo o que piensa del embarazo?
3. ¿Qué pensarías si salieras embarazada?
4. ¿Piensa que existe alguna diferencia entre un embarazo de una mujer con VIH positivo y un VIH negativo? ¿Cuál sería la diferencia?
5. ¿Considera usted que todas las mujeres deberían ser madres?
6. ¿Tiene el deseo de embarazarse y ser madre? a) Si la respuesta es NO: ¿En algún momento lo pensó? Responde NO = NUNCA

Responde SI:

¿Qué te hizo cambiar de opinión y por qué?

b) Si la respuesta es SÍ:

¿Porque quiere ser madre?

¿Dentro de cuánto tiempo lo ha considerado?

7. ¿Alguna vez ha expresado su deseo de ser madre al personal de salud?, cuénteme ¿qué le dijeron?

8. ¿Cómo se imagina usted dentro de 5 años?

9. ¿Cree que la maternidad es un derecho o un deber?

En caso de que no se entienda o no sepa que es un derecho o deber se dará un ejemplo.

a. Derecho: A la vida, a la libertad.

b. Deber: Respetar las leyes, respetar la opinión de los demás.

10. ¿Ha escuchado alguna ley que ampara o proteja a las personas que viven con VIH?

11. ¿Ha sentido que no han respetado sus derechos como pacientes VIH?

12. ¿Tiene usted algún temor sobre la maternidad?

13. En su condición de persona viviendo con VIH, ¿tiene algún temor en especial?

14. ¿Cuenta usted con el apoyo de la familia?

¿De qué manera?

15. ¿De la pareja?

¿De qué manera?

16. ¿Qué tipo de soporte o de apoyo recibe por parte del personal de salud?

¿Lo considera importante?

17. ¿Considera usted que el Hospital de Apoyo le brinda algún tipo de soporte?
De ser así, ¿cuál es?

18. ¿Qué opinaría su familia o personas cercanas si tuvieras un hijo?

19. ¿Si tuviera un hijo que espera de su futuro?

Anexo 3. Formato de validación de instrumento**PROCEDIMIENTOS PARA LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
ESCALA DE MEDICIÓN**

Estimado (a).....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o No, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI 1	NO 2	OBSERVACIONES
1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2.- El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3.- La estructura del instrumento es adecuado			
4.- Los ítems del instrumento responden a las categorías y subcategorías del estudio.			
5.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6.- Los ítems son claros y entendibles.			
7.- El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:

.....
.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

MG.

Asesor

Anexo 4

RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE JUECES EXPERTOS

CRITERIOS	JUEZ					NÚMERO DE DESACUERDOS
	J01	J02	J03	J04	J05	
1	Ta	Ta	Ta	Ta	Ta	0
2	Ta	Ta	Ta	Ta	Ta	0
3	Ta	Ta	Ta	Ta	Ta	0
4	Ta	Ta	Ta	Td	Ta	1
5	Ta	Ta	Ta	Ta	Td	1
6	Ta	Ta	Ta	Td	Td	2
7	Ta	Ta	Ta	Ta	Td	1
NÚMERO DE ACUERDOS	7	7	7	5	4	85.7%

INDICADOR DE VALIDEZ DE INSTRUMENTO POR CONCORDANCIA DE JUECES

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

b = Concordancia entre jueces

Ta = Total de acuerdos de jueces

Td = Total de desacuerdos de jueces

$$b = \frac{30}{30 + 5} \times 100$$

$$b = 85.7\%$$

Anexo 5.**ESQUEMA DE LA ESTRUCTURA FORMAL DEL REPORTE DEL DIARIO
DE CAMPO**

1. Fecha y hora de las actividades o tareas.
2. Formulación de actividades o tareas a realizar con sus propósitos u objetivos.
3. Anotación de actividades o tareas no realizadas y por qué.
4. Registro de hallazgos o resultados más importantes.
5. Observación o interpretación de los datos o hallazgos.
6. Impacto de la experiencia para el profesional.

Anexo 6. Revisión y evaluación del proyecto

Solicito: Revisión y evaluación del proyecto de investigación por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Institución y su respectivo pronunciamiento.

MC. Hugo Víctor Alejos Cano
Director General
Hospital de Apoyo María Auxiliadora

Presente. -

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente y a la vez presentarme como alumna de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con Código de Matrícula N° 16018334, con el Proyecto de Tesis con dictamen y evaluación de comité de ética aprobado, para optar el grado de Magíster en Salud Pública intitulada: **“Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019”**

Por tal motivo cumpliendo con todos los requisitos solicitados por la institución, solicito a su despacho revisión y evaluación del proyecto de investigación por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Institución y su respectivo pronunciamiento, para realizar la referida investigación científica en el servicio de Infectología del nosocomio que usted dignamente preside.

Sin otro particular me despido de Ud. agradeciendo la atención prestada y en espera de su pronta respuesta.

Atentamente.

Lima, 10 de noviembre del 2021.

.....

Cynthia Solange Meza Jiménez

DNI: 41666849

CONSTANCIA

La que suscribe, **Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**, Versión del **28 de noviembre del presente**; **Titulado: "PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL VIVIENDO CON VIH Y EN TRATAMIENTO, SOBRE LA MATERNIDAD Y EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/057/18**, presentado por la Investigadora: **Cynthia Solange MEZA JIMÉNEZ**; ha sido **REVISADA**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **ViGENCIA** hasta el **29 de noviembre del 2019**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 01 de Diciembre de 2018.

Atentamente.



LMPR/mags.
c.c. Investigadora.
c.c. Archivo.

1 de 1

www.hma.gob.pe

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Miguel Iglesias N° 968
Telf. (511) (01) 2171818 - 3112
Fax.: (511) (01) 2171828

Anexo 7. Solicitud de autorización para aplicar la investigación**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN**

Lima, 05 de noviembre del 2018.

Solicito: Autorización para realizar investigación científica en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, servicio de Infectología;

Med. Infectóloga. Patricia Gonzáles Talledo.

**Jefa del Servicio de Infectología y Estrategia Sanitaria y Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH y Hepatitis B.
Hospital de Apoyo María Auxiliadora**

Presente. -

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente y a la vez presentarme como alumna de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con Código de Matrícula N° 16018334, el Proyecto de Tesis con dictamen y evaluación de comité de ética aprobado, para optar el grado de Magíster en Salud Pública intitulada:

“Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019”

Por tal motivo, solicito a Ud. la autorización para realizar la referida investigación científica en el servicio a su cargo que usted dignamente preside. Si la conclusión fuera positiva, brindase a emitir carta de aprobación del Servicio de Infectología y Carta de Compromiso de un asesor del Servicio designado por su persona para el acompañamiento del Investigador (requisitos solicitados por el Hospital de Apoyo).

Sin otro particular me despido de Ud. agradeciendo la atención prestada y en espera de su pronta respuesta.

Atentamente:

.....
Cynthia Solange Meza Jiménez
DNI: 41666849



PERÚ Ministerio
de Salud

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
SERVICIO DE MEDICINA
ESPECIALIDADES

* DECENTIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIDADES
INFECTOLOGIA

MEMORANDO Nº 160 -2018-INFECT-SMESP-D.MED-HMA

A : CYNTHIA SOLANGE MEZA JIMENEZ
Alumna de Maestría en Salud Pública de la UNMSM

ASUNTO : **APROBACION** PARA REALIZAR INVESTIGACION CIENTIFICA
EN EL HMA. – SERVICIO DE INFECTOLOGIA

REF. : Solicitud de Autorización para realizar investigación Científica HMA.
Servicio de Infectología

FECHA : San Juan de Miraflores, 15 de Noviembre del 2018

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en atención al documento de la referencia:

La suscrita Coordinadora de Infectología no tiene ningún inconveniente y brinda su **Aprobación** para que realice **investigación Científica** en el servicio de Infectología, a la **Srta. Cynthia Solange MEZA JIMENEZ**, Alumna de la Maestría en SALUD Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con Código de Matricula Nº 16018334, el Proyecto de Tesis con dictamen y evaluación de comité de ética aprobado, para optar el grado de Magister en Salud Pública.

Atentamente,

PGT/Ana. P.L
c.c. Archivo

M.C. Patricia Gonzales Talledo
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIDADES
CNP 23187 - RNE 17077
MINSA - HMA

Anexo 8. Carta de compromiso del investigador**Carta Compromiso del Investigador**

Yo, Cynthia Solange Meza Jiménez, identificada con DNI: 41666849 e investigadora del proyecto de investigación “Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019”, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a:

1. Presentar informe parcial de la investigación y un informe final al término del estudio y reportarlo al comité, entregando dos ejemplares.
2. Declarar mis potenciales conflictos de interés ante el Comité respectivo.
3. Comunicar los eventos adversos en la forma más rápida al Comité.
4. Reportar al Comité cualquier desviación del protocolo.
5. Comunicar al Comité la suspensión de un estudio, enviando un informe con los resultados obtenidos, las razones de suspensión y el programa de acción en relación con los sujetos participantes.
6. Garantizar que el procedimiento del Consentimiento Informado se lleve a cabo de tal forma que promueva la autonomía del sujeto, asegurándose de que este se logró entender la investigación, sus riesgos y probables beneficios.
7. Garantizar que los datos entregados sean íntegros y confiables, cumpliendo con el protocolo autorizado.

Lima, 10 de noviembre del 2021.

Firma Investigador
Cynthia Solange Meza Jiménez
DNI: 41666849



PERÚ
Ministerio
de Salud

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
SERVICIO DE MEDICINA
ESPECIALIDADES

* DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIDADES
INFECTOLOGIA

MEMORANDO N° 161 -2018-ESNPCTTS-INFECT-SMESP-D.MED-HMA

A : CYNTHIA SOLANGE MEZA JIMENEZ
Alumna de Maestría en Salud Pública de la UNMSM

ASUNTO : CARTA DE COMPROMISO DE ASESOR POR INVESTIGACION
CIENTIFICA EN EL HMA. – SERVICIO DE INFECTOLOGIA

REF. : Solicitud de Autorización para realizar investigación Científica HMA.
Servicio de Infectología

FECHA : San Juan de Miraflores, 26 de Noviembre del 2018

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en atención al documento de la referencia:

La suscrita Magister Psicóloga del Servicio de Infectología del Área de TARGA del HMA., **Luz María HUAMAN RIOS**, con D.N.I. 08550340, no tiene ningún inconveniente en aceptar ser la **ASESORA** para la **Investigación Científica** en el servicio de Infectología, de la **Srta. Cynthia Solange MEZA JIMENEZ**, con DNI N°41666849, Alumna de la Maestría en SALUD Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con Código de Matricula N° 16018334, **del Proyecto de Tesis** con dictamen y evaluación de comité de ética aprobado, para optar el grado de Magister en Salud Pública, me comprometo en lo siguiente:

1. Supervisar el Trabajo
2. Asesorar
3. Respetar las Normas Éticas
4. Hacer cumplir con la Presentación de los Informes parciales
5. Entregar un Ejemplar del Proyecto de Investigación concluido..

Atentamente,

LMHR/Ana. P.L
c.c. Archivo

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
Luz María Huaman Rios
Dra. LUZ MARIA HUAMAN RIOS
C.P.P. 3710

Anexo 9. Consentimiento informado para padre

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Padres de menores de edad (Población mujeres en edad fértil)

“Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019”

La presente investigación es un estudio dirigido a reconocer la percepción en las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento sobre la maternidad y el embarazo, por lo cual le solicito a usted participar voluntariamente en este trabajo de investigación. Para ello tome en consideración lo siguiente:

- 1.- Se realizará una entrevista a profundidad donde usted es libre de relatar su historia en las palabras que desee.
- 2.- La entrevista será grabada solo audio manteniendo el anonimato y posteriormente será transcrita para obtención de datos relevantes para la investigación.
- 3.- Durante el desarrollo de la entrevista usted tiene derecho a efectuar las preguntas necesarias o dejar de responder preguntas que no desee, abandonar el estudio si cree conveniente.
- 4.- Toda información que usted ofrezca será **CONFIDENCIAL** y será utilizada con fines de la investigación y sólo tendrá acceso el investigador.

En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles, **YO**.....de años, con **DNI**....., en calidad de padre, madre/ tutores legales del / la menor de edad, **ACCEDO A que mi menor hija PARTICIPE** en el presente estudio y me someto a las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento, por ello **OTORGO** su consentimiento para la participación del / la citado/a menor en la actual investigación “Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019”

- Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (■) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu código.
- Si no quieres participar, no pongas ninguna (■), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Fecha:

Código y Firma del padre, madre o apoderado.....

Firma del investigador.....

Anexo 10. Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO (MUJERES EN EDAD FERTIL MENORES DE EDAD)

Título de proyecto: “Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora,

Hola mi nombre es _____ y soy egresada de la facultad de medicina de la maestría de Salud Pública, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Actualmente la presente investigación es un estudio dirigido a reconocer la percepción en las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento sobre la maternidad y el embarazo, por lo cual le solicito a usted participar voluntariamente en este trabajo de investigación y para ello queremos pedirte que apoyes dicho proyecto

Tu participación en el estudio consistiría en:

- 1.- Se realizará una entrevista a profundidad donde usted es libre de relatar su historia en las palabras que desee.
- 2.- La entrevista será grabada solo audio manteniendo el anonimato y posteriormente será transcrita para obtención de datos relevantes para la investigación.
- 3.- Durante el desarrollo de la entrevista usted tiene derecho a efectuar las preguntas necesarias o dejar de responder preguntas que no desee, abandonar el estudio si cree conveniente.
- 4.- Toda información que usted ofrezca será **CONFIDENCIAL** y será utilizada con fines de la investigación y sólo tendrá acceso el investigador.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

- Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (II) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu código.
- Si no quieres participar, no pongas ninguna (II), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Fecha:

Código y Firma del Adolescente.....

Firma del investigador.....

Anexo 11. Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“Percepción de las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento, sobre la maternidad y el embarazo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2019”

La presente investigación es un estudio dirigido a reconocer la percepción en las mujeres en edad fértil viviendo con VIH y en tratamiento sobre la maternidad y el embarazo, por lo cual le solicito a usted participar voluntariamente en este trabajo de investigación. Para ello tome en consideración lo siguiente:

- 1.- Se realizará una entrevista a profundidad donde usted es libre de relatar su historia en las palabras que desee.
- 2.- La entrevista será grabada solo audio manteniendo el anonimato y posteriormente será transcrita para obtención de datos relevantes para la investigación.
- 3.- Durante el desarrollo de la entrevista usted tiene derecho a efectuar las preguntas necesarias o dejar de responder preguntas que no desee, abandonar el estudio si cree conveniente.
- 4.- Toda información que usted ofrezca será **CONFIDENCIAL** y será utilizada con fines de la investigación y sólo tendrá acceso el investigador.

En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles, **YO**.....de años, con **DNI**....., **ACCEDO A PARTICIPAR** en el presente estudio y me someto a las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha:

Firma del participante.....

Firma del investigador.....

Anexo 12. Población y muestra entrevistada

SUJETO DE INVESTIGACION	EDAD	MUESTRA DE INVESTIGACION																				
		ENERO			FEBRERO				MARZO			ABRIL					MAYO					
		8	15	29	5	12	19	25	19	27	28	2	9	15	23	24	25	9	14	16	21	
1 COD. 16-1	16	NO VINO		ENTREV																		
2 COD. 19-4	19		NO VINO			ENTREV																
3 COD. 23-5	23		NO VINO				ENTREV															
4 COD. 23-12	23				NO VINO			LLAMA NO								ENTREV						
5 X-1	24				NO VINO				NO VINO		DE QUE NO											
6 COD. 27-2	27				ENTREV																	
7 X-2	32				NO VINO			NO VINO			ENVIA MENSA											
8 X-3	19				NO VINO			NO VINO			ENVIA MENSA											
9 X-4	19				ENVIA MENSA						ENVIA MENSA											
10 X-5	27				NO VINO			NO VINO			ACUDE, EXP NO											
11 COD. 36-3	38	NO VINO	ENTREV																			
12 COD. 29-6	29			NO VINO							ENTREV											
13 X-6	23										ENVIA MENSA											
14 COD. 27-8	29							LLAMADAS			ENTREV											
15 X-7	22										NO VINO						NO VINO					
16 X-8	27										NO VINO	ENVIO MENSA										
17 COD. 21-7	21											ENTREV										
18 COD. 35-13	35											ENVIO MENSA									ENTREV	
19 X-9	29										ENVIO MENSA											
20 X-10	29																ACUDE, EXP NO					
21 X-11	42											ENVIO MENSA										
22 X-12	28											ENVIO MENSA										
23 COD. 29-14	29																NO VINO				ENTREV	
24 COD. 23-9	23																					
25 COD. 35-10	35																					
26 X-13	30																				NO VINO	
27 COD. 38-11	38																ENTREV					
28 X-14	26																				NO VINO	
29 COD. 19-15	19																				ENTREV	
30 X-15	27																				ENTREV	
31 X-16	19																				ENTREV	

SELECCION DE SUJETOS DE INVESTIGACION

LLAMADAS

LLAMADAS

LLAMADAS

Anexo 13.

Presentación de respuestas

Los resultados de las entrevistas realizadas a 15 mujeres que conviven con VIH en edad fértil y que están en tratamiento con TARGA en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora en Lima 2019 se detallan en el siguiente Cuadro 6.

Cuadro 6

Presentación de resultados

1.-	¿Qué piensa de ser madre?
	<p>Camelia:</p> <p>Guardó silencio por un rato, es una responsabilidad y una nueva etapa que me haría feliz.</p> <p>Lirio:</p> <p>Nunca me he visualizado desde que tengo uso de razón como madre o tener una familia, pero sí me gustan los niños, mis sobrinos y cuando mi hermana se encontraba en gestación me ilusionaba por ella, pero nunca por mí.</p> <p>Geranio:</p> <p>Ser madre es una responsabilidad enorme, requiere de mucha responsabilidad. Traer un hijo al mundo, implica muchas cosas, para mí darle lo básico: educación, seguridad emocional, calidad de vida. No es tanto el deseo de ser madre sino lo que implica ser madre.</p> <p>Orquídea:</p> <p>No, quiero ser madre, nunca lo he pensado.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Es algo bueno, pero cuando tienes hijos debes prepararte para muchas cosas.</p> <p>Clavel:</p> <p>Es una etapa de ser mujeres, y ella decide si va a ser parte de su vida, o no.</p> <p>Azucena:</p> <p>Es una etapa bonita.</p> <p>Dalia:</p> <p>Uno de mis objetivos era ser madre precisamente a esta edad; pero lamentablemente por la enfermedad lo tuve que posponer.</p>

	<p>Gardenia:</p> <p>Es como una vida más que viene al mundo, es como una bendición grande para toda la familia.</p> <p>Lavanda:</p> <p>Es bonito ser mamá y formar una familia.</p> <p>Amapola:</p> <p>Es como la meta de cada mujer, tengo esperanza de alguna vez ser mamá.</p> <p>Violeta:</p> <p>Es algo bonito, con lo que sueña toda mujer, es algo no muy lejano, es una experiencia inigualable.</p> <p>Tulipán:</p> <p>Es algo bonito pero muy costoso, en el sentido de dinero y también es una carga.</p> <p>Margarita:</p> <p>Ser madre es lo que toda mujer desea, pero con esta enfermedad para mí es complicado el bebé que yo tenga un 5% de posibilidad de salir enfermo.</p> <p>Hortensia:</p> <p>No es algo fácil, ni difícil, no es imposible.</p>
2.-	<p>¿Cómo percibe el embarazo o qué piensa del embarazo?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Cuando veo embarazadas miro que le crece la barriga y se ven felices esperando a su bebé y es una etapa bonita. Es una etapa feliz.</p> <p>Lirio:</p> <p>Lo veo como algo bonito, me llena de ilusión cuando veo a alguien de mi familia porque aumentamos la familia, pero para mí esa es una responsabilidad muy fuerte. Me parece que es muy bonito porque llevas muchas experiencias y esas etapas no las quiero vivir, y nunca las he querido vivir. Aunque las veo en mi familia y a mí me gusta.</p> <p>Geranio:</p> <p>Es una etapa muy bonita en toda mujer, es el complemento de toda pareja, de toda relación de todo matrimonio; pero yo pienso que en su momento. Todo tiene etapas, traer un hijo al mundo con irresponsabilidad no es para mí.</p> <p>Orquídea:</p> <p>No pienso nada, pero veo el embarazo como algo normal.</p> <p>Gladiola:</p>

	<p>Cuando no tenía la enfermedad lo veía bonito y estaba en mis planes, pero cuando la tuve los doctores me decían que no podía tener bebés, pero la doctora que me atiende me dice que sí. Y siento miedo de salir embarazada.</p> <p>Clavel:</p> <p>Lo que he escuchado es que las personas con VIH no pueden dar de lactar al bebé, y tienes que cambiar tu tratamiento previamente y debes planificarlo, aunque todo embarazo se planifica este es más complicado.</p> <p>Azucena:</p> <p>Es una etapa muy bonita que cualquier mujer desearía pasar.</p> <p>Dalia:</p> <p>Pienso que solo por el hecho de ser mujer debemos procrear.</p> <p>Gardenia:</p> <p>Es una bendición grande y es como una responsabilidad tanto para mí, como mi pareja.</p> <p>Lavanda:</p> <p>Es algo bonito, algo maravilloso.</p> <p>Amapola:</p> <p>Se sentiría muy bonito, es algo emocionante.</p> <p>Violeta:</p> <p>Me da curiosidad y ganas de estar embarazada y me gustaría tener esa experiencia.</p> <p>Tulipán:</p> <p>Es bonito, pero contradictorio. Es bonito ver a alguien cuando está embarazada, ver las ecografías y cuando el bebé se mueve.</p> <p>Margarita:</p> <p>Anteriormente con mi pareja pensábamos tener, pero ahora que nos enteramos tenemos que ver por medio de especialistas.</p> <p>Hortensia:</p> <p>Es algo muy bonito, algo que tienes una primera vez en tu vida como una sorpresa muy bonita.</p>
3.-	<p>¿Qué pensaría si saliera embarazada?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Que lo tendría, porque es algo que Dios mandó.</p> <p>Lirio:</p> <p>Sin tener la enfermedad, me frustraría, porque tengo muchas cosas, metas, sueños y proyectos que hacer. No sé si soy egoísta, pero siempre he visto por mí; y no me siento</p>

responsable para tener a mi lado algo como una mascota. Y la verdad es que no soy responsable ni como para tener una mascota, por lo tanto, mucho menos un ser; me frustraría demasiado.

Teniendo la enfermedad, lo pensaría 3 o 5 veces y me mataría; porque yo he vivido algo muy fuerte, una etapa muy fea. No solo en mí y me da más tristeza mi familia; porque toda mi familia sufre. No, quiero un niño chiquito e indefenso que no tiene la culpa; no nacería, no. Desde que tengo la enfermedad he pensado que la enfermedad se va a morir conmigo y punto. Tampoco voy a pretender tener una pareja porque es un riesgo de contagiarlo, ese es mi temor. Por eso también, nunca me vería como madre; quizás ese era mi destino, algo fatalista por algo pasan las cosas.

Geranio:

Dependiendo de la edad que saliera embarazada, si salgo jovencita tendría que pensarlo dos veces; porque tendría proyectos y metas que cumplir. Sería muy hermoso sí saliera embarazada. Sí saliera embarazada a mi edad, ya sería un regalo hermoso de la vida, muy precioso, ya cumplí ciertos objetivos en mí vida y tengo pareja formal, creo que está bien a mi edad y hasta me pasé.

Orquídea:

No pienso salir embarazada.

Gladiola:

Con la enfermedad es una responsabilidad muy grande y un riesgo que tengo que correr.

Clavel:

Sí ahorita estuviera embarazada correría a decírselo a mi Doctor. En caso de yo desearlo, el Dr. siempre me dice que él vería la forma de sí está bien o no, para que no vaya a correr riesgos de contagio que es lo principal para mí.

Azucena:

Me pondría feliz, pero lo pienso mucho me da nostalgia, porque el bebé pudiera contaminarse o porque no va a poder tener el mismo contacto que tienen los otros niños con sus madres; por ejemplo: la lactancia.

Dalia:

Sinceramente con mis 5 sentidos, salir embarazada está descartado, tengo cierto temor por la enfermedad, me lastimaría mucho en el bebé se contagie.

Gardenia:

Que va a ser una gran alegría para mí y mi pareja.

Lavanda:

Se pondría muy contenta, formaría una familia bien unida.

Amapola:

Es algo emocionante, no sabría explicar qué sentiría.

	<p>Violeta:</p> <p>Que es una bendición, es algo bonito, algo nuevo, algo con que vivir y cosas nuevas que experimentar.</p> <p>Tulipán:</p> <p>No me gustaría tener un hijo, nunca lo he querido ni lo voy a querer.</p> <p>Margarita:</p> <p>No sé con esta enfermedad es como un sí y un no, no vas a traer al mundo un niño con esta enfermedad.</p> <p>Hortensia:</p> <p>No lo sé, sería muy bonito, sería una sorpresa sí no es algo planeado.</p>
4.-	<p>¿Piensa que existe alguna diferencia entre un embarazo de una mujer con VIH positivo y un VIH negativo?, ¿cuál sería la diferencia?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Si hay diferencias. El parto debe ser por cesárea con VIH positivo y parto normal con VIH negativo. El parto para las mujeres con VIH positivo se realiza por cesárea para que él bebe no se infecte.</p> <p>Lirio:</p> <p>Si una mujer con VIH corre muchos riesgos, aunque la ciencia está avanzada, pero no garantizan todo, en muchas etapas del embarazo el niño se puede contagiar y eso para mí es muy triste.</p> <p>En cambio, una mujer sin VIH sólo tiene que ser responsable de educarlo y mantenerlo y como dicen darle amor familiar. El Dr. me explicó que si uno se controla y planeas tener el niño puede salir sin el VIH y también me dijo que no se le puede dar de lactar.</p> <p>Geranio:</p> <p>Existe una gran diferencia, particularmente en el grado de responsabilidad que se adquiere, una madre sin VIH tiene que ser responsable, Pero una madre con VIH debe ser doblemente responsable; porque no sólo es traer el bebé al mundo sino cuidarte tú el doble para que esos bebé crezca bien i viéndote bien a ti también.</p> <p>Orquídea:</p> <p>No, hay diferencias, sólo que con VIH debe tener más cuidados para que su hijo nazca sano.</p> <p>Gladiola:</p> <p>No, hay diferencias; porque si sigues el tratamiento no hay ningún problema.</p> <p>Clavel:</p>

El Dr. me dijo que tiene que ver mucho con la lactancia, tratamiento y cuidados, desde que el bebé nace hay que seguir el tratamiento, en verdad no he preguntado mucho porque no lo he pensado y no he pedido mucha información de lo que ya sé.

Azucena:

Creo que una mujer con VIH negativo puede tener un parto natural y pueden lactar; y las mujeres con VIH positivo no tienen ese privilegio obligado es cesárea y no pueden lactar.

Dalia:

Yo lo veo un poco riesgoso. Porque un embarazo de una mujer con VIH debe tomar otro tipo de medicinas, el bebé nace a los 7 meses, el parto es por cesárea, no se les puede dar lactancia, el bebé tiene que estar en constante chequeo, y es un poco complicado.

Gardenia:

No hay ninguna diferencia, tanto la mujer con VIH o sin VIH, pueden dar a luz por parto normal o por cesárea.

Lavanda:

Si hay diferencia la que tiene VIH no puede lactar y la que no tiene sí puede lactar.

Amapola:

No hay diferencia.

Violeta:

Con respecto al embarazo no, porque hoy día las mujeres con VIH tenemos un tratamiento, conque te cuidas y sí sigues todos los pasos, no hay problemas ni consecuencias. La diferencia es que no podemos lactar, porque el bebé se contagia.

Tulipán:

Sí, según lo que sé el bebé puede nacer con esta enfermedad y a nadie le gustaría tener un bebé así. Además, en este mundo todos te aíslan por esta enfermedad, no le gustaría que a su hijo le pase algo así.

Margarita:

No hay diferencia simplemente una mamá con VIH la criatura puede ser normal o con una pequeña infección y una mamá sin VIH, la criatura es normal.

Hortensia:

No veo diferencias, sólo sí es una mujer sin VIH tiene que cuidarse bien y alimentarse. Sí la mujer tiene VIH la única diferencia es que tiene que tomarse las pastillas al día.

5.- **¿Considera usted que todas las mujeres deberían ser madres?**

Camelia:

Sí, pero eso depende de cada una.

Lirio:

Yo pienso, que hay mujeres que nunca deberían haber sido madres. Hay mujeres en la actualidad que no planifican ser madres, simplemente se enamoran y tienen hijos; la pareja le huye y el niño pasa hambre, sin educación y sin un lugar fijo para vivir; pero prefieren ser mujeres y dedicarse a ellas y ven a sus hijos como un estorbo; eso a mí me ha frustrado y me da mucha cólera. Porque hay mujeres que lo hicieron y como vieron lo que tenían que vivir de solteras se van de fiestas y dejan al niño como si fuera cualquier cosa. Por eso me da miedo ser madre y hay muchos niños así, vendiendo caramelos.

Geranio:

Yo creo que debería ser libre, cada quien decidir si ser madre o no.

Orquídea:

Sí ellas quieren sí, sí no.

Gladiola:

Hay muchas que no deberían ser madres, porque maltratan a los niños.

Clavel:

No. Es decisión de cada una, yo en realidad he pensado si en algún momento cuando he tenido pareja. Pero depende de muchos factores: la pareja con la que estás y sí están preparados para ser padres y de estar juntos. Pero como yo no he tenido esa apreciación; he decidido aún no tener hijos en realidad.

Azucena:

Sí, no hay ningún obstáculo; creo yo, mientras te sientas mamá.

Dalia:

Yo pienso que todas las mujeres que vienen al mundo vienen a procrear a otro ser humano.

Gardenia:

Si quiere ser mamá porque hay algunas que no quieren ser mamá.

Lavanda:

Sí, porque no. Son mujeres y es bonito tener un hijo y formar una familia todos unidos.

Amapola:

Sí, creo que sí. Es un don que nos dio Dios y la culminación de toda mujer es tener un hijo.

Violeta:

Considero que sí, si una mujer desea serlo sí. Sí no lo deseas no.

Tulipán:

No, yo creo que todo el mundo tiene derecho de hacer o pensar como desees, unas quieren ser otras no.

Margarita:

	<p>Sí, pero es decisión de cada mujer.</p> <p>Hortensia:</p> <p>No, cada quien debe decidir su vida y hay personas que no quieren ser madres.</p>
6.-	<p>¿Tienes deseo de embarazarse y ser madre?, a.- Sí la respuesta es NO: ¿En algún momento lo pensó?, o, ¿Qué te hizo cambiar de opinión y por qué? b.- Sí la respuesta es SÍ: ¿Por qué quiere ser madre? Y ¿Dentro de cuánto tiempo lo considera?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Sí, me gustaría pasar por esa etapa y aprender a ser mamá. Cuando tenga 21 o 22 años.</p> <p>Lirio:</p> <p>No. Y desde niña jamás lo pensé y cuando lo soñaba para mí era una pesadilla. Porque tener un hijo es más que sólo verlo y darle dinero. Sí llegado el caso en algún momento de mi vida me viera sola, triste, vacía y segura decidiría adoptar un hijo.</p> <p>Geranio:</p> <p>Por el momento todavía no, no tengo el deseo de ser madre: Estoy bien y pienso que por ahora mi prioridad es tener controlado el problema de salud que yo tengo, estar bien para poder recién yo misma asimilar y de ahí poder ver si es que voy a poder asimilar el ser madre portadora.</p> <p>Si he pensado ser madre, pero en un momento determinado en una edad determinada de mi vida. Pero tampoco es deseo enorme de querer ser madre, el instinto maternal en mí como que llegó un poquito tarde. Y el hecho de tener VIH, repercutió mucho en mí, pienso que no es correcto poder ser madre siendo portadora.; aunque con un tratamiento controlado el bebé podría nacer sin complicaciones en óptimas condiciones.</p> <p>Orquídea:</p> <p>No tengo deseo de embarazarme y tampoco de ser mamá. En ningún momento he pensado ser madre. Y si no tuviera VIH, tampoco pensaría ser madre.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Sí, como toda mujer. Por el momento ahorita no está en mis planes, pero sí después no puedo decir edad, pero me gustaría como a los 26 años.</p> <p>Clavel:</p> <p>En algún momento sí, cuando tenía pareja. Pero con las dos personas que he estado han tenido hijos y he visto las relaciones entre sus hijos y sus exparejas y no me ha gustado, y pensé cómo que no dan la talla para ser padres. Y dice: Yo no quiero eso. Pero ahorita no quiero, bueno debe ser porque no tengo pareja; a menos de sea una inseminación.</p> <p>Azucena:</p> <p>Sí. Quiero tener algo que crezca dentro de mí y que está...sentir ese afecto entre madre e hijo. He pensado ser mamá dentro de 5 o 6 años.</p> <p>Dalia:</p>

	<p>En el fondo de mi corazón, sí. Pero con la enfermedad la idea de ser madre está descartada. Si se redujera el riesgo a 1% el riesgo de que el bebé saliera infectado me arriesgaría.</p> <p>Gardenia:</p> <p>Sí, tengo deseo de embarazarme, para educar a mi hijo, criarlo, verle crecer, me diga mamá, es mi mayor sueño. Quiero ser mamá el próximo año.</p> <p>Lavanda:</p> <p>Sí, quiero ser mamá y tener mi propia familia, considero tener un hijo dentro de dos o tres años.</p> <p>Amapola:</p> <p>Sí, tengo deseo de embarazarme. Yo quiero sentir el abrazo de mis hijos y dárselos yo., sentir la alegría de llevarlos al colegio, cambiarlos y atenderlos. Pensé en ir al ginecólogo este año para ponerme en control.</p> <p>Violeta:</p> <p>Sí, pero en un futuro como a los 27 o 30 años. Me gustaría tener una familia y un hogar y darle el cariño que mis padres me dieron.</p> <p>Tulipán:</p> <p>No, sí lo he pensado más puede más lo negativo que lo positivo, y siempre es No. Nunca he querido tener un hijo, ni siquiera cuando estaba sana.</p> <p>Margarita:</p> <p>Sí. Es algo que quería antes de la enfermedad, pero igual con la enfermedad vamos a planificarlo. Para formar una familia. Creemos que dentro de dos años. Estamos en control y yo tuve una pérdida.</p> <p>Hortensia:</p> <p>No, porque siento que la vida es injusta, pero sí saliera embarazada sería feliz. Aunque no descarto la idea, consideraría salir embarazada a los 30 años.</p>
7.-	<p>¿Alguna vez ha expresado su deseo de ser madre al personal de salud?, Cuénteme ¿Qué le dijeron?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>No.</p> <p>Lirio:</p> <p>Le comenté al Dr. que si algún día en un tiempo muy lejano, se me diera la oportunidad adoptaría un hijo. No sólo para que haga compañía; sino porque hay niños que sus madres los dejan desde chiquitos y sufren: O sea que para qué, traer un hijo al mundo sí hay otros que lo necesitan. Tampoco, adoptaría uno para hacerlo sufrir, tendría que ser muy responsable.</p>

El médico me dijo que era muy bonito y le explique por qué quiero adoptar, y le dije también que le diría al niño que yo estoy enferma, que es lo que tiene su mamá, porque no siempre se va a poder ocultar.

Geranio:

No, particularmente no. Me recomendaron ser madre y me explicaron que en esta era se había avanzado mucho y tratamiento era muy efectivo y si decidía seguir el tratamiento al pie de la letra, había la posibilidad de un 99% de que el bebé nazca sano: Porque el temor más grande que tengo es que me embarace y el bebé pueda nacer contagiado.

Orquídea:

Nunca lo he expresado.

Gladiola:

Me han hablado de cómo cuidarme, en una fecha estaba cuidándome para no salir embarazada con ampollas, pero ahora no me estoy cuidando. Y la Dra. Me dice que ella me puede ayudar, que yo estoy apta para salir embarazada.

Clavel:

No, nunca.

Azucena:

Cuando me enteré que tenía la enfermedad, me enviaron con una psicóloga que me hizo sentir mal, me dijo que no podía tener hijos y no podía estudiar nada que tuviera que ver con el sector salud y quería meterme a su religión. Me hizo sentir muy mal, porque tenía varios años en la carrera de medicina. Varios años después me llevaron a este Hospital y el Dr. que me atendió, me dijo que si podía ser mamá; mientras siguiera un tratamiento.

Dalia:

Si, e incluso me dijeron que no era tan riesgoso como yo pienso; además conversamos acerca de todas las inseguridades que tengo. En el momento que converso con ellos, todas las inseguridades se me van; pero después nuevo esos temores regresan. Y no me siento preparada ni capaz de ser madre.

Gardenia:

Sí, a la Dr. Karina. Me dijo que sí puedo, pero con tratamiento.

Lavanda:

No todavía, no.

Amapola:

Sí, lo conversé con la doctora., me dijo que sí y estoy ya en control con el médico por el problema de infertilidad.

Violeta:

Si casi siempre se lo manifiesto, y hablamos sobre el tema. Ellos siempre me dan información.

	<p>Tulipán:</p> <p>No, nunca.</p> <p>Margarita:</p> <p>No. Al médico tratante sólo se le comunicó. Me mandó hacer unos exámenes para ver cómo está la infección y estudiar la posibilidad.</p> <p>Hortensia:</p> <p>No. Ellos me han hablado que los embarazos en mujeres con VIH deben ser planificados y que primero tengo que planificar mi vida y tener una base que ofrecerle a mi hijo.</p>
8.-	<p>¿Cómo se imagina usted dentro de 5 años?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Dentro de 5 o 6 años me veo con un bebe, tal vez con la misma pareja o con otra; tal vez con mi mamá o tal vez trabajando.</p> <p>Lirio:</p> <p>A raíz de mi enfermedad ya no veo nada hacia mi futuro, trato de vivir el presente nada más y ya ni de verdad sé que va a ser mañana más tarde, trato de vivir lo que tengo ahora y las oportunidades que tengo ahora. Esa parte de mí todavía no está curada, acepto la enfermedad que tengo, pero hay momentos en que me deprimó y entonces prefiero vivir el día a día. Ahorita yo no veo nada para mí.</p> <p>Geranio:</p> <p>Actualmente, teniendo un bebé, siendo mamá, gozando de un hijo. Quiero ser mamá, hoy día ya cambió mi forma de pensar.</p> <p>Orquídea:</p> <p>Nunca me imagino eso. Solo pienso que estoy viniendo al Hospital, a trabajar y poner algún negocio.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Hago mi vida normal, y no pienso que estoy enferma.</p> <p>Clavel:</p> <p>Bueno tengo planificado estudiar el próximo mes y a fines de año ya debo terminarlo; el próximo año puede que continúe trabajando donde estoy, y podría de repente abrir un negocio con lo que he terminado de estudiar. En cuanto a familia, no por ahorita.</p> <p>Azucena:</p> <p>Trabajando en un Hospital y con mi hijo.</p> <p>Dalia:</p> <p>Ahora tengo un nuevo proyecto, mi imagino con mi propio colegio y sola.</p> <p>Gardenia:</p>

	<p>Me imagino con la barriguita ya creciendo y que se mueve en ella un gusanito.</p> <p>Lavanda:</p> <p>Seguro me veo trabajando, seguir adelante, mejorando mi salud.</p> <p>Amapola:</p> <p>En mi casa, con mi pareja, una mascota y un bebé.</p> <p>Violeta:</p> <p>Estudiando y trabajando; cuando tenga un sustento económico tendré una familia con un hijo. Con buena salud siguiendo siempre el tratamiento.</p> <p>Tulipán:</p> <p>Igualita, bueno la verdad es que no pienso en el futuro sólo en el presente. A veces quisiera morirme, y no pienso en el mañana.</p> <p>Margarita:</p> <p>De repente con un hijo y seguir mi vida normal con tratamientos.</p> <p>Hortensia:</p> <p>Con una carrera y buscando trabajo. Ah continuar con mi tratamiento.</p>
9.-	<p>¿Cree que la maternidad es un derecho o un deber?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Un derecho, porque es una decisión propia.</p> <p>Lirio:</p> <p>Creo que es un derecho, pero también es una decisión de ambos y dependiendo de la situación en que uno esté. Y el deber es esa responsabilidad que tienes con el niño.</p> <p>Geranio:</p> <p>Para mí es un deber, es derecho a la vida, yo tengo derecho a mi vida, la libertad, y a decidir sí me quiero embarazar o no, cierto eso es un derecho. Para mí es un derecho, porque yo decido y voy a decidir el momento en que quiero ser mamá. Para mí es un derecho. Y es un deber protegerlo.</p> <p>Orquídea:</p> <p>Es un derecho, porque es su decisión.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Creo que es un deber, pero uno se tiene que sentir preparada y no por obligación lo debes hacer.</p> <p>Clavel:</p> <p>Es un derecho porque uno elige y es libre de decir, sí quieres y cuándo quieres.</p>

	<p>Azucena:</p> <p>No lo considero ni como derecho ni como deber, es una responsabilidad que la mamá debe asumir.; no puede significar tener por tener.</p> <p>Dalia:</p> <p>Es un derecho, porque creo que todas tenemos el derecho de ser madres, aunque por circunstancias no se pueda como yo. Para mí está prohibido ser madre.</p> <p>Gardenia:</p> <p>Es un derecho y no un deber, nadie te puede prohibir tener un bebé y nadie te puede forzar a tener un hijo. Es una decisión propia.</p> <p>Lavanda:</p> <p>Es un derecho, porque van a todas las personas que tienen hijos, todas las personas que están embarazadas. Y todas las mujeres tienen que embarazarse.</p> <p>Amapola:</p> <p>Es un derecho, porque soy mujer y teniendo un bebé me sentiría mujer real.</p> <p>Violeta:</p> <p>En este caso es un derecho, por solamente uno puede decidir en qué momento ser madre y nadie puede obligarte a nada.</p> <p>Tulipán:</p> <p>Es un derecho, cada persona tiene el derecho de pensar si desea o no tener un hijo y nadie puede obligarlo.</p> <p>Margarita:</p> <p>Es un deber como mujer.</p> <p>Hortensia:</p> <p>Un deber, es algo que debes pasarlo sí o sí, en la vida y en su momento; porque somos mujeres.</p>
10.-	<p>¿Ha escuchado alguna Ley que ampara o proteja a las personas que viven con VIH?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Sí. Lo he escuchado en el Hospital.</p> <p>Lirio:</p> <p>No.</p> <p>Geranio:</p> <p>Sí, he escuchado bastante.</p> <p>Orquídea:</p>

	<p>No, nada.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Nunca.</p> <p>Clavel:</p> <p>No, nunca. He escuchado que existen leyes donde tienes derechos tales como: a la salud, al tratamiento y no a la discriminación. Aunque imagino que hay leyes que protejan a las personas con VIH, aunque las desconozco.</p> <p>Azucena:</p> <p>No.</p> <p>Dalia:</p> <p>Si. Existe una ONG de la Chola Chabuca.</p> <p>Gardenia:</p> <p>Sí.</p> <p>Lavanda:</p> <p>No conoce.</p> <p>Amapola:</p> <p>No.</p> <p>Violeta:</p> <p>No.</p> <p>Tulipán:</p> <p>No.</p> <p>Margarita:</p> <p>No</p> <p>Hortensia:</p> <p>No.</p>
11.-	¿Ha sentido que no han respetado sus derechos como pacientes VIH?
	<p>Camelia:</p> <p>No.</p> <p>Lirio:</p> <p>He tenido directas e indirectas, sufro de retinitis melapigmentosa, y cuando fui a la consulta existen dos salones para atender los pacientes en una colocan los pacientes unos</p>

discapacitados con la enfermedad y otra sala para los que contienen la enfermedad y VIH. También, hay momentos en que me siento discriminada por mis hermanas.

Geranio:

Sí, cuando mi pareja y yo decidimos casarnos por el civil me negaron la posibilidad de hacerlo porque éramos portadores; entonces la Dra. Nos recomendó un abogado y nos explicó las leyes que nos protegen.

Orquídea:

No nunca porque nadie sabe que soy portadora. Sólo lo saben mi mamá, papá y hermanos. Y ellos no me discriminan.

Gladiola:

No en ningún momento.

Clavel:

No nunca, he pasado por algún momento donde me hayan discriminado.

Azucena:

Sí, una vez cuando estaba haciendo mis prácticas en el Hospital del Callao, había una gestante con VIH y cuando iban a tomarle las muestras, el Dr. la dejó a un lado, y le dijo a tí no te voy a tratar; porque temía contagiarse: Luego, el doctor se dirigió a nosotros que estábamos haciendo las prácticas y nos dijo: sí se van acercar a ella tengan cuidado. Además, una psicóloga que me atendió me dijo que yo no podía trabajar en el área de salud porque podía contagiar.

Dalia:

Conmigo no. En el caso de mi pareja, que trabajaba en el sector construcción civil, se le venció el seguro ESSALUD y la enfermera le dijo que no podía seguir suministrándole las pastillas porque el seguro estaba vencido y él se desanimó y dejó el tratamiento.

Gardenia:

No, aquí no se da eso. Pero en Iquitos si hay discriminación. Cuando mi vecina se enteró que yo tenía VIH, me echaron a un lado, no quisieron conversar, ni saludarme, ni nada.

Lavanda:

Sí, hay personas que discriminan cuando tu comes con el cubierto que ella comió. No me han discriminado.

Amapola:

Al principio cuando me diagnosticaron el VIH, fui víctima de discriminación en otro Hospital y me sentí muy mal y rara. Cuando empecé a tener los síntomas y me puse mal, me internaron en otro Hospital y las dos chicas que tenían que suministrarme los medicamentos no querían entrar y se ponían a llorar en la puerta y yo también me puse a llorar por los efectos que causaba esta enfermedad en las personas.

Violeta:

	<p>No he tenido, ni las he evidenciado.</p> <p>Tulipán:</p> <p>No, pero escuché una vez a un amigo que cuando su chica conoció que tenía VIH, la trataban muy mal, y cuando lo escuché me sentí muy mal.</p> <p>Margarita:</p> <p>No en ningún caso.</p> <p>Hortensia:</p> <p>No me han tratado tal como es.</p>
12.-	<p>¿Tiene usted algún temor sobre la maternidad?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Tengo miedo a que si salgo embarazada sin haberlo planeado el bebé se contagie. Pero no tengo temor por ser mamá.</p> <p>Lirio:</p> <p>No tengo temor por mí, pero me tengo en el lugar del pequeño, ya que tarde o temprano se va a enterar y cómo haría cuando vaya al colegio y se entere. Y siendo un niño va a ser humillado; tú mamá fue responsable y me pongo en el zapatito del niño y me muero saber que mi mamá se puede morir en cualquier rato, y pienso en el niño; porque yo así me mato el sufría mucho: Así, cuando vi a mi mamá y a toda mi familia sufriendo en el Hospital por mí cuando se enteraron que yo tenía la enfermedad; yo me sentía culpable. El sufrimiento de las personas es lo peor y que alguien sufra por mí es terrible, prefiero que me entierren o me maten.</p> <p>Geranio:</p> <p>Por el momento no tengo temores fuertes que me limiten, el temor más grande sería, que el embarazo no progrese y no llegue a completarse; por mi problema de salud soy una persona disciplinada y las posibilidades de que el bebé nazca con VIH o pudiera contagiarlo son mínimas.</p> <p>Orquídea:</p> <p>Que el niño nazca con VIH.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Sí, cuando dicen que el bebé puede salir mal, incompleto o un embarazo complicado.</p> <p>Clavel:</p> <p>Si, y cuando me enteré de la enfermedad sentí más temor.; de que se contagie y que el padre no lo vaya aceptar y crezca sin su papá.</p> <p>Azucena:</p> <p>Sólo darle de lactar al bebé.</p>

	<p>Dalia:</p> <p>No siento temor por la maternidad, es lo más maravilloso que le puede pasar a una mujer, lo que veo complicado es el 4% de riesgo de que el bebé salga infectado.</p> <p>Gardenia:</p> <p>No siente temor por la maternidad.</p> <p>Lavanda:</p> <p>No tengo temor de ser mamá.</p> <p>Amapola:</p> <p>No tengo el apoyo y la información de mis doctoras y mi familia está conmigo.</p> <p>Violeta:</p> <p>No, sólo que mi hijo no se adapte a tomar fórmula y yo no puedo darle de lactar.</p> <p>Tulipán:</p> <p>Sí, que no pueda darle todo lo que necesita, y que salga como mi familia consanguínea que ninguno vale la pena; sólo yo soy la única que trata de destacarse.</p> <p>Margarita:</p> <p>Sí, miedo a perderlo otra vez.</p> <p>Hortensia:</p> <p>Sí, porque no tengo nada y no tengo los estudios completos; aunque mi pareja sí tiene estudios y una base como darle a un niño lo que se merece.</p>
13.-	<p>¿En su condición de persona viviendo con VIH, ¿tiene algún temor en especial?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>No tengo ningún temor.</p> <p>Lirio:</p> <p>Sí, mi temor básicamente es la reacción de las personas por ignorancia y me importa lo que digan porque yo no hice nada malo para tener la enfermedad. Mi miedo es la reacción que yo pueda tener, a lo que digan cuando se enteren de la enfermedad; y que yo pueda ser agresiva hasta lastimar a otras personas, cuando me discriminan. Y por ese lado sal mi lado oscuro y puedo ser tan agresiva hasta lastimar a otras personas, cuando se sale mi lado oscuro puedo ser tan ignorante y te puedo reventar.</p> <p>Geranio:</p> <p>Me siento bien, estoy tranquila.</p> <p>Orquídea:</p> <p>Siento temor de que las personas se enteren que soy portadora y se alejen de mí. Por eso trato de no enamorarme ni nada.</p>

	<p>Gladiola:</p> <p>No, ya no hay temor. Bueno tener un hijo y que salga infectado.</p> <p>Clavel:</p> <p>No, yo hago mis cosas normales, cuento con el apoyo de mi mamá desde que se lo conté. Y con mis amigos, mi vida es normal. El único temor es que si tengo un hijo pueda nacer contagiado.</p> <p>Azucena:</p> <p>Tengo el temor de que mi sobrina que B+ igual que yo, se enferme y yo no pueda donarle sangre, además mis hermanos no saben que tengo VIH. Por lo demás, no tengo más ningún temor a veces se me olvida que tengo la enfermedad.</p> <p>Dalia:</p> <p>No siento temor por la enfermedad mientras yo me cuide, tome los medicamentos y siga con las indicaciones del doctor.</p> <p>Gardenia:</p> <p>Miedo a que el bebé se contamine y me creo capaz de ser mamá.</p> <p>Lavanda:</p> <p>El temor es contagiar al bebé.</p> <p>Amapola:</p> <p>No, cuento con el apoyo de mi familia.</p> <p>Violeta:</p> <p>No.</p> <p>Tulipán:</p> <p>Esto no es vivir, esta enfermedad vence, no puedes ni siquiera tener una gripe, porque te vengas enseguida las defensas y vivir así no me gusta.</p> <p>Margarita:</p> <p>No.</p> <p>Hortensia:</p> <p>Sí, tengo miedo que el bebé salga positivo de VIH. Porque yo había dejado el tratamiento anterior. Además, tengo temor de que las pastillas que tomo no le hagan nada al virus y llega un momento en que las pastillas no le hacen nada al virus.</p>
14.-	<p>¿Cuenta usted con el apoyo de su familia?, ¿De qué manera?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Si, con el apoyo de mi mamá. Me trae al Hospital, me da comida y me aconseja.</p>

Lirio:

Sí. Desde los inicios de la enfermedad todos han estado cerca de mí, hasta mi tías que nunca había visto. Mi papá por ejemplo hasta ahorita siente que mañana me voy a morir, pero siempre está pendiente si he tomado las pastillas. Económicamente me apoyan mi mamá, mi hermano mayor y mi hermana.

Geranio:

No sólo con el apoyo de mi esposo, desde el momento que me enteré que era portadora de VIH, decidimos enfrentarlo solos.

Orquídea:

Sí, me aconsejan, me animan y a ellos les cuento y me dicen que no debo sentirme triste.

Gladiola:

Sí, están a mi lado, cuando los necesito y siempre están pendientes de cómo me siento.

Clavel:

El apoyo de mi mamá, ella siempre está pendiente si voy a las consultas y tomo los medicamentos.

Azucena:

Mi mamá siempre está pendiente con mis medicamentos y de cómo estoy. Mi papá trata de apoyarme emocionalmente cuando me pongo medio tristoná; también mis padres me apoyan económicamente.

Dalia:

Sí con el de mi mamá. Me da apoyo emocional, económico y el de mi padre de vez en cuando.

Gardenia:

Sí, están pendientes de que tome la pastilla a la hora, me acompañan a las citas y mi mamá y mi papá me apoyan económicamente.

Lavanda:

Si me apoya, están pendientes de que tome las pastillas a la hora, siguiendo la dieta indicada por el médico y sí me cuido. Mis hermanos y mi mamá me apoyan económicamente.

Amapola:

Si toda mi familia, padres, hermanos, tíos y primos. Tengo apoyo económico y anímico.

Violeta:

Sí, con toda mi familia. Me dan apoyo moral y económico.

Tulipán:

	<p>No, casi nadie lo sabe. Lo sabe sólo mi hermana y lo único que hace es estar encima de mí, preguntando si tomaste las pastillas, si has ido al chequeo, no me gusta su compasión.</p> <p>Margarita:</p> <p>Sí, Emocional.</p> <p>Hortensia:</p> <p>Sí, me apoyan económicamente y se preocupan por mí, si voy al Hospital y tomo las pastillas.</p>
15.-	<p>¿Cuenta usted con el apoyo de la pareja?, ¿De qué manera?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Si, cuento con el apoyo de mi pareja.</p> <p>Lirio:</p> <p>No cuenta hasta el momento con pareja.</p> <p>Geranio:</p> <p>Si, el problema lo asumimos solo dos como pareja.</p> <p>Orquídea:</p> <p>Tenía pareja, pero con este miedo, actualmente no tengo.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Si. Los dos nos apoyamos; estamos pendientes de las citas de tomar los medicamentos y nos damos ánimo de salir adelante.</p> <p>Clavel:</p> <p>No tiene pareja.</p> <p>Azucena:</p> <p>No tiene pareja.</p> <p>Dalia:</p> <p>No tiene pareja.</p> <p>Gardenia:</p> <p>Mi pareja me apoya más. El me acompaña a las citas, al Hospital, económicamente y vive conmigo.</p> <p>Lavanda:</p> <p>No tengo pareja.</p> <p>Amapola:</p>

	<p>Si me apoya, va conmigo al Hospital, hace las colas por mí y me pregunta si me estoy tomando los medicamentos a la hora.</p> <p>Violeta:</p> <p>Sí, moralmente y económicamente.</p> <p>Tulipán:</p> <p>No tiene pareja.</p> <p>Margarita:</p> <p>Si, ambos nos apoyamos diciéndonos que tenemos que salir adelante. Nos apoyamos económicamente ambos no vivimos juntos.</p> <p>Hortensia:</p> <p>Claro, bastante económicamente y emocionalmente.</p>
16.-	<p>¿Qué tipo de soporte o apoyo recibe por parte del personal de salud?, ¿Lo considera importante?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Si me atiende bien, me proporciona los medicamentos</p> <p>Lirio:</p> <p>El Dr. Vásquez me orienta sobre la salud sexual y reproductiva. El Dr. Es el único que yo siento que me entiende. He estado con un psicólogo cuando me deprimó cada dos meses, pero con el Dr. Vásquez hablamos fluido y dinámico, sentí que le daba asco hasta a mí mamá y sentía que ni siquiera podía tocar a nadie y yo soy melosita ahora cómo haría. Yo siempre me deprimó, pero no quiero que mi familia lo sepa, y el Dr. sabe todo lo que me pasa. Con la psicóloga, también pero no tanto como el Dr.</p> <p>Geranio:</p> <p>Si, soporte emocional, la Dra. Del Hospital ha sido mi soporte no he recurrido a psicólogos; únicamente cuando me enteré del diagnóstico porque fue ella la que me lo dijo; luego la doctora que me trata pasó a ser mi amiga.</p> <p>Orquídea:</p> <p>Nos tratan como si no tuviéramos nada, no me discriminan. Me apoyan con el SIS y las medicinas.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Si emocionalmente la psicóloga nos ha apoyado.</p> <p>Clavel:</p> <p>El Dr. siempre me pregunta si estoy tomando mis pastillas a mis horarios, como yo me atiendo particular pago mis consultas. Además, cuando necesito alguna orientación o ayuda el Dr. siempre me orienta.</p>

	<p>Azucena:</p> <p>La infectóloga que me trata es un amor, me da soporte emocional.</p> <p>Dalia:</p> <p>Me han atendido muy bien, desde el doctor hasta las enfermeras e incluso la psicóloga; genial no he tenido ningún problema.</p> <p>Gardenia:</p> <p>Me dan consejos, me orientan cómo tomar las pastillas y dándome las citas.</p> <p>Lavanda:</p> <p>Yo dejé de tomar en dos oportunidades las pastillas y en dos oportunidades, sí lo vuelvo hacer me quitan los beneficios. El personal del Hospital me controla para que siga con el tratamiento.</p> <p>Amapola:</p> <p>Si me apoya el personal médico, no me cambiaría de Hospital. Los doctores son buenas personas y recibo toda la información del tratamiento.</p> <p>Violeta:</p> <p>En la posta no tuve buena experiencia con la atención del personal que ahí trabaja; la Dra. hablaba muy duro como para que todos se enteraran que tenía VIH. Aquí en el María Auxiliadora el personal es atento y se preocupa por los pacientes.</p> <p>Tulipán:</p> <p>No busco el apoyo de nada ni de nadie. La Dra. me apoya cuando lo necesito me aconseja, hay cosas que no hablo o las disfrazo, no soy totalmente sincera.</p> <p>Margarita:</p> <p>Dan un buen trato y me apoyan emocionalmente.</p> <p>Hortensia:</p> <p>Me atienden bien.</p>
17.-	<p>¿Considera usted que el Hospital le brinda algún tipo de soporte?, De ser así, ¿Cuál es?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Si me atiende bien, me proporciona los medicamentos.</p> <p>Lirio:</p> <p>Si, en el Hospital me proporcionan las medicinas, los chequeos y los análisis cada tres meses. También el servicio de Infectología está pendiente de las citas.</p> <p>Geranio:</p>

Creo que me da lo básico y lo primordial, como es el tratamiento gratuito y esto es bastante recompensable.

Orquídea:

Aportan las medicinas y el SIS.

Gladiola:

Sí, tengo SIS.

Clavel:

Me brinda las vacunas gratis. No tengo SIS, sino ESSALUD, pero no he usado el seguro porque tendría que atenderme por donde yo vivo ahora; y yo empecé a tratarme por Villa María y seguí acudiendo ahí. Prefiero seguir tratándome ahí, porque conozco ya a los doctores y a las señoritas.

Azucena:

Tengo SIS, y me dan las pastillas; siempre me facilitan atenderme rápido porque saben que tengo clases y turnos en el Hospital.

Dalia:

Yo estoy por el SIS y todas las evaluaciones, citas, tratamientos y medicamentos son gratis.

Gardenia:

Tengo SIS, no me proporcionan todas las pastillas a veces tengo que comprar algunas. Me gustaría que dieran más atención. Tengo que llegar 30 minutos antes de la hora de la cita por la cola.

Lavanda:

Es gratis el tratamiento porque tengo SIS, y hay que hacer cola.

Amapola:

No me puedo quejar del Hospital, me han apoyado con el SIS, los análisis, las tomografías, no tengo quejas y cuando no tenía trabajo también me apoyaron.

Violeta:

Ellos me dan los medicamentos que son gratuitos por el SIS.

Tulipán:

Bueno sí, al menos me salvaron la vida, me iba a morir.

Margarita:

En los controles y análisis.

Hortensia:

Sí, mis consultas del SIS y la atención para tomar el tratamiento.

18.-	¿Qué opinaría su familia o personas cercanas si tuviera un hijo?
	<p>Camelia:</p> <p>No sé.</p> <p>Lirio:</p> <p>Mi mamá piensa que no, dice que se ponen a tener hijos así y los ponen a sufrir y sabiendo que tienen la enfermedad ponen a los hijos a sufrir, porque no sabes cuánto vas a vivir y el niño sufre. No lo tomarían bien porque ya mi familia sufrió conmigo.</p> <p>Geranio:</p> <p>Mi familia, con mi problema de salud; pienso que se haría un mundo y no habría tanta ilusión de querer tener un nuevo miembro en la familia. Y dirían que es una actitud de mi parte irresponsable.</p> <p>Orquídea:</p> <p>No sé qué opinarían. Tampoco sé si me apoyarían nunca he hablado de eso con mi familia.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Ellos quieren, pero me han dicho, que tengo que consultar con los médicos a ver si va a salir sano.</p> <p>Clavel:</p> <p>No sé, creo que nada. Sólo mi mamá sabe lo de mi enfermedad y creo que ella se contentaría, y mi papá también.</p> <p>Azucena:</p> <p>Creo que un poquito de preocupación, porque pueda contagiar al bebé y de que yo me pueda complicar al momento del parto.</p> <p>Dalia:</p> <p>Mi mamá estaría feliz, pero la verdad que tiene el mismo temor que yo, de que el bebé salga infectado.</p> <p>Gardenia:</p> <p>Haría muy feliz a mi mamá porque quiere un nieto más.</p> <p>Lavanda:</p> <p>Bueno, más o menos se preocuparían por lo que yo tengo, por el bebé; ya que puedo contagiar al bebé.</p> <p>Amapola:</p> <p>Mi familia se alegraría.</p> <p>Violeta:</p> <p>Mis padres se alegrarían mucho.</p>

	<p>Tulipán:</p> <p>Se alegrarían porque no conocen lo de mi enfermedad.</p> <p>Margarita:</p> <p>Le gustaría que tuviera hijos, pero la mayoría de mi familia no sabe lo de la enfermedad.</p> <p>Hortensia:</p> <p>No sé, cómo reaccionaría mi madre tal vez se preocuparía mucho por el diagnóstico que tengo y conociéndola obviamente va a pensar que el bebé va a venir con el virus. Mi papá no es mucho de hablar me imagino que le daría igual y mis hermanos, estarían felices.</p>
19.-	<p>¿Si tuviera un hijo que espera de su futuro?</p>
	<p>Camelia:</p> <p>Que estudie y tenga una carrera.</p> <p>Lirio:</p> <p>Es riesgo, si sale con VIH, así que como madre tendría que prepararme para que no sufriera, mi llore, ni nada. Pensé que el niño sufría. Y sí sale sin VIH, cuando se entere que yo tengo la enfermedad, no sé ser fuerte. No viviría así.</p> <p>Geranio:</p> <p>Pensando que él no va ser portador, lo primero que le inculcaría es que se aprenda a querer mucho y que sea responsable sexualmente. Y sería una madre sobreprotectora por el problema de salud que tengo y le inculcaría muchos valores.</p> <p>Orquídea:</p> <p>Nada, que sea fuerte, que no se deje minimizar por nadie. Y que no le importe nada de lo que tiene.</p> <p>Gladiola:</p> <p>Hablaría con el sobre las enfermedades de VIH y cómo cuidarse en las relaciones sexuales. Lo único que deseo es que el día en que embarace mi bebé salga bien.</p> <p>Clavel:</p> <p>Lo que más me interesaría, sería su salud; mientras él esté bien todo sería normal: sus estudios, su entorno y no habría ningún problema. Le aconsejaría que conozca muy bien las personas con las que se relaciona, hay muchas personas que no saben de la enfermedad y entonces no saben si están contagiando. Me gustaría verlo feliz y sano.</p> <p>Azucena:</p> <p>Como toda mamá me gustaría que mi hijo creciera sano, que no se contagie; y que llegue alguna cura para estar bien.</p> <p>Dalia:</p>

Si el bebé estuviera bien estaría super feliz; en cambio sí está mal sería muy complicado. Yo esperaré que saliera sanito, para estar bien y poder cuidarlo y estar ahí con él.

Gardenia:

Tendría miedo de que se contamine. Para su futuro quisiera que nadie lo discrimine, como me hicieron a mí. Me veo junto a mi hijo.

Lavanda:

Como algo normal, salgo más adelante con mi hijo y ya. No tengo miedo de tener un hijo; sólo por el contagio. Yo me siento bien, cumpliendo con todo lo que me mandan.

Amapola:

Que mi bebé salga bien, sanito y cuidarlo y seguir con todo lo que el médico me diga.

Violeta:

Le enseñaría cómo es vivir con esta enfermedad, decirle que se cuide bastante. Espero de mi hijo que me comprenda y me ayude moralmente, me apoye y esté conmigo. Desearía para el que nunca llegue a tener esta enfermedad.

Tulipán:

Que salga sano es lo primordial, y si sale infectado su tratamiento, que lo apoyen y tratar de ocultarlo como lo hago yo, para que no lo discriminen.

Margarita:

No tendría ningún temor, solo quiero que esté bien y si llegara a contagiarse; igual lo voy a tener. Yo seguiría con mi tratamiento.

Hortensia:

Que venga con el virus y luego el temor después de dar a luz que el tratamiento se complique y me pase algo a mí, el bebé quedaría solito.

Fuente. Elaboración propia.