

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A. P. DE ENFERMERÍA

**“CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA Y
ESTILOS DE VIDA EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN
UNA ONG DE LIMA, 2014”**

TESIS

Para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Rosa María Barzola Pacheco

ASESOR

Angela Rocío Cornejo Valdivia de Espejo

Lima - Perú

2015

**CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA Y ESTILOS DE VIDA EN
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS
CON VIH EN UNA ONG DE LIMA,
2014**

Gracias a Dios por guiar mi mano, iluminarme con conocimientos, orientar mis pensamientos y darme fortaleza y tesón para culminar este trabajo.

A mis padres que son siempre el motor de mi vida en esta carrera. Su apoyo incondicional me motiva a superarme cada día y ser una mejor persona.

A mi familia, mis adoradas hermanas para las que espero ser un ejemplo que logre superar con mayores éxitos tanto personales como profesionales.

Gracias a mi asesora por guiarme y siempre motivarme a desarrollar la investigación. Por compartir su tiempo y su experiencia.

A André, mi gran amor por darme palabras de aliento a lo largo del proceso de esta investigación. Por impulsarme a lograr mis metas y no permitir que me rinda.

A mis amigas y compañeros que me brindaron su tiempo, cariño, y compartieron mis frustraciones, alegrías, tristezas y éxito final tras cada día de este proceso laborioso.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
INDICE	v
INDICE DE GRAFICOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	x
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	13
A. Planteamiento del problema.....	13
B. Formulación del problema.....	17
C. Objetivos.....	17
D. Justificación.....	18
E. Limitaciones.....	19
CAPITULO II. BASES TEORICAS	20
A. Antecedentes del estudio.....	20
B. Base teórica conceptual.....	23
B.1. Generalidades sobre VIH/Sida.....	23
➤ Aspectos conceptuales de VIH/Sida.....	23
➤ Modos de transmisión y factores de riesgo.....	25
➤ Manifestaciones clínicas del VIH y Sida.....	28
➤ Tratamiento.....	28
➤ Medidas preventivas del VIH.....	30
B.2. Estilos de Vida como determinante de la salud.....	32
➤ Dimensión biológica.....	34
➤ Dimensión psicológica.....	39
➤ Dimensión social.....	41
➤ Vulnerabilidad de las mujeres y el VIH/Sida.....	43
C. Definición operacional de términos.....	44
CAPITULO III. MATERIAL Y METODOS	46
1. Tipo, nivel y método de estudio.....	46
2. Sede de estudio.....	46
3. Población y muestra.....	47
4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
5. Validez y confiabilidad del instrumento.....	48
6. Proceso de recolección, procesamiento y presentación de datos.....	49
7. Proceso de análisis e interpretación de datos.....	49
8. Consideraciones éticas.....	50
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
A. Resultados.....	51
B. Discusión de resultados.....	61
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
A. Conclusiones.....	67

B. Recomendaciones.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°		Pág.
1	CONOCIMIENTOS SOBRE SU ENFERMEDAD EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN UNA ONG DE LIMA, 2014	53
2	CONOCIMIENTOS SOBRE ASPECTOS CONCEPTUALES EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN UNA ONG DE LIMA, 2014	54
3	CONOCIMIENTOS SOBRE MODOS DE TRANSMISIÓN EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN UNA ONG DE LIMA, 2014	55
4	CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN UNA ONG DE LIMA, 2014	56
5	ESTILOS DE VIDA EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN UNA ONG DE LIMA, 2014	57
6	ESTILOS DE VIDA EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA EN UNA ONG DE LIMA, 2014	58
7	ESTILOS DE VIDA EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA EN UNA ONG DE LIMA, 2014	59
8	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN LA DIMENSIÓN SOCIAL EN UNA ONG DE LIMA, 2014	60

RESUMEN

El presente estudio titulado “Conocimientos sobre VIH/Sida y Estilos de Vida de las mujeres en Edad Reproductiva infectadas con el VIH en una ONG de Lima, 2014”. **Objetivo:** determinar los conocimientos sobre VIH/Sida y estilos de vida de las mujeres en edad reproductiva infectadas con el VIH. La investigación es de tipo cuantitativo, nivel es aplicativo, diseño es descriptivo de corte transversal. La muestra fue 66 mujeres entre 18 y 43 años en una ONG de Lima, la técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. **Resultados:** las mujeres entrevistadas tienen conocimiento sobre su enfermedad en un 70% (46). Ellas conocen los factores de riesgo en un 86% (57), seguido de aspectos conceptuales en un 84% (56) y modos de transmisión en un 66,6% (44). En los estilos de vida se encontró que el 58% (38) son saludables. Así mismo, el 93,9% asisten a su control médico, 90,9% (65) no tienen múltiples parejas sexuales y un 84,8% participan en grupos de ayuda mutua. Sin embargo, solo realizan ejercicio físico un 25,8% (17), tienen una alimentación balanceada 42,4% (28), se sienten apreciada por los demás en un 28,8% (19), comunican sus sentimientos en un 36,4% (24). **Conclusiones:** las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH tienen conocimientos sobre su enfermedad modos de transmisión específicamente la vía madre a niño; en relación a los factores de riesgo se tiene que solo poco más de la mitad considera el abandono de tratamiento como factor de riesgo para desarrollar Sida. En relación a la variable estilos de vida se obtuvo que en la dimensión biológica las mujeres entrevistadas tienen un estilo de vida saludable. Siendo las áreas críticas en relación a la alimentación y la falta de ejercicio físico así mismo tienen un estilo de vida saludable en relación a la dimensión social aunque se encuentra que menos de la mitad de las mujeres

recibo apoyo familiar. En la dimensión psicológica, las mujeres presentan un estilo de vida no saludable caracterizado por una autoestima disminuida, falta de confianza para comunicar sus sentimientos, y refieren falta de afecto de los demás hacia ellas.

Palabras claves: Conocimientos sobre VIH/Sida, Estilos de vida de mujeres con VIH

ABSTRACT

The present study entitled "Knowledge about HIV/AIDS and Lifestyle of women in reproductive age infected with HIV in an NPO in Lima, 2014". **Objective:** to determine knowledge about HIV/AIDS and lifestyles of women in reproductive age infected with HIV. **Methodology:** Research is quantitative, level application, and the design is descriptive. The particular sample consisted of 66 women between 18 and 43 years in an NGO in Lima, who were interviewed. **Results:** Female respondents have knowledge about their disease by 70% (46). They know the risk factors by 86% (57), followed by conceptual aspects by 84% (56) and modes of transmission in 66.6% (44). In the lifestyles found that 58% (38) are healthy. Likewise, 93.9% attend their medical supervision, 90.9% have multiple sexual partners and 84.8% participate in self-help groups. However, only 25.8% (17) exercise, 42.4% (28) have a balanced diet, 28.8% (19) feel appreciated 36, 4% (24) communicate their feelings. **Conclusions:** Women of childbearing age infected with HIV have knowledge about conceptual lesser percentage in relation to the transmission modes specifically via mother-to-child; in relation to risk factors must be only slightly more than half consider abandoning treatment as a risk factor for developing AIDS. In relation to the variable lifestyles was obtained in the biological dimension interviewed women have a healthy lifestyle. Being critical areas relating to food and lack of exercise likewise have a healthy lifestyle in relation to the social dimension if it is found that less than half of women receiving family support. In the psychological dimension, women have an unhealthy lifestyle characterized by a diminished self-esteem, lack of confidence to communicate their feelings, and perceived lack of affection of others towards them.

Keywords: knowledge of HIV/Aids, lifestyle of women infected with HIV

PRESENTACIÓN

En la actualidad, la infección por el VIH se ha convertido en una epidemia de dimensiones mundiales que ha tenido una respuesta por parte de las diversas organizaciones internacionales como OMS, OPS, ONUSIDA, así como también se han coordinado esfuerzos internacionales de gobiernos, iniciativa privada y organizaciones civiles dirigidos a actuar sobre la epidemia del VIH y sus efectos. ⁽¹⁾ Sin embargo, se tiene que aún con las estrategias adoptadas hasta hoy, no se ha logrado controlar la enfermedad.

La infección por el VIH tiene un impacto en las múltiples dimensiones de las personas infectadas, su familia y la comunidad. Si bien se reconoce que la mayoría de las personas infectadas son hombres, las mujeres infectadas con VIH han aumentado. ⁽²⁾ Ellas están en una situación desfavorable ya que tienen dificultad para acceder a un trabajo y no cuentan con un ingreso económico, educación, ni atención adecuada de salud; situaciones que la convierten en un personaje con escasa capacidad para enfrentar su situación de enfermedad. Reconocer que en nuestra sociedad, la mujer está en una posición de vulnerabilidad se evidencia en el corroborar la información que tienen sobre su propia enfermedad y con ello, un referente en sus comportamientos; es decir en su estilo de vida a partir de la experiencia de ser una persona infectada con VIH.

El estudio titulado “Conocimientos sobre VIH/Sida y Estilos de vida en mujeres en edad reproductiva infectadas con el VIH en una ONG de Lima, 2014” tiene como objetivo determinar los conocimientos sobre

VIH/Sida y estilos de vida en mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima con el propósito de conocer la magnitud del problema para generar nuevas y mejores estrategias de intervención.

El presente estudio consta de Capítulo I: Introducción donde se consideran el planteamiento propiamente dicho, formulación, justificación y objetivos. Capítulo II: Marco teórico con los antecedentes del estudio y la base teórica; Capítulo III: Materiales y Método, así como la hipótesis y la definición operacional de términos. Además, se explica el diseño metodológico, tipo de investigación, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y el plan de recolección de datos y consideraciones éticas. Capítulo IV: Resultados y discusión. Capítulo V: las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida) son un gran problema de salud pública que en los tres últimos decenios ha cobrado más de 25 millones de vidas. ⁽³⁾ Hacia el 2009 la infección por VIH ya afectaba a unos 33.3 millones de personas a nivel mundial. De los cuales la mayor población infectada por VIH/Sida (22.5 millones) vive en la región del África Subsahariana. Por otro lado, en la región de América Central y Sur viven 1.4 millones de personas con VIH/Sida y aproximadamente 567 contraen el virus cada día. ⁽⁴⁾ En el 2011, el número de personas que murieron por causas relacionadas con el Sida fueron 1.7 millones. ⁽⁵⁾

En el caso del Perú, ya han fallecido aproximadamente 15 000 personas infectadas con VIH/Sida en los 24 años de epidemia. ⁽⁶⁾ Actualmente, tenemos 35 362 casos de VIH Y 23 988 de Sida. ⁽⁷⁾ Además, se reportan 1100 a 1200 muertes por año. Las ciudades más afectadas se encuentran en la costa y selva amazónica; mientras que la sierra tiene bajas prevalencias. Por otro lado, en relación a los casos acumulados, más del 70 % de todos los casos de Sida pertenecen a la ciudad de Lima (15 287) y Callao (1 678). ⁽⁸⁾

El VIH es una infección crónica que se ha expandido a lo largo del mundo. Este virus se transmite de una persona infectada a otra mediante

tres vías: sexual presente en un 97 % del total de los casos, por transmisión vertical (Transmisión de madre a hijo) en un 2 % y parenteral con un 1 % ⁽⁹⁾. Cuando el virus ingresa al organismo afecta el sistema de defensa y si no se trata el VIH, se convierte en el Sida. Se debe tomar en cuenta que las personas que se infectan con el VIH pueden mantenerse asintomáticos hasta 10 años. Tras transcurrir este periodo puede llegar a la fase Sida, cuadro caracterizado por la presencia de enfermedades oportunistas que eventualmente pueden conducir a la muerte.

El VIH no discrimina sexo, edad, etnia, religión, posición social ni orientación sexual. En países en desarrollo como el Perú, las poblaciones más vulnerables son hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de su libertad así como las mujeres, población joven y los niños/niñas. En nuestro país, aspectos sociales como una estructura patriarcal, inaccesibilidad a la educación y servicios de salud, inequidad de género, pobreza, violencia y discriminación, desvalorizan a las mujeres como sujetos de derecho y limitan sus habilidades para el cuidado de su propia salud, así como su autonomía para tomar decisiones. Según el INEI, se encuentra que el 55 % de la población femenina posee estudios primarios o secundarios y solo el 31 % pertenece a la población económicamente activa. Además más de la mitad de la población no cuenta con seguro y sólo el 37 % accede al seguro público. ⁽¹⁰⁾

Las mujeres infectadas con VIH/Sida constituyen el 20 % de todos los casos de personas infectadas con VIH. Sin embargo, la razón hombre/mujer ha evolucionado de 10 hombres por 1 mujer en 1983 a 3 hombres por 1 mujer en el 2004. ⁽¹¹⁾ En la población femenina, la mayoría

de los casos se presentan en mujeres de 25 a 39 años de edad. Según el ENDES para el año 2012, se encuentra que las mujeres en edad fértil entrevistadas que no tienen educación (27.1%) y, las que pertenecen al quintil inferior de riqueza (15.7%) desconocen aspectos relacionados con el VIH/Sida. ⁽¹²⁾ Al infectarse con VIH no solo se generan cambios relacionados con la aparición de los síntomas de la enfermedad y la respuesta del organismo frente a la terapia antirretroviral sino también pueden afectar el aspecto psicosocial generando preocupaciones acerca de cómo compartir la noticia y la posibilidad de contagiar a otras personas. Así surgen pues sentimientos de soledad y rechazo vinculados con el prejuicio y el estigma social que repercuten en los comportamientos que adoptan las mujeres infectadas con VIH, es decir en la adopción de un estilo de vida saludable o no saludable.

Por otro lado, se tiene que según el Minsa, las funciones de enfermería relacionados a la atención integral del adulto infectado con VIH contempla brindar educación sanitaria y orientación al paciente; verificar la información que tiene el paciente sobre su diagnóstico y evaluar el grado de comprensión del mismo; orientar a la mujer en edad fértil con VIH/Sida sobre planificación familiar y el uso de preservativo así como realizar los registros correspondientes. ⁽¹³⁾ Además, se observa que las actividades de prevención para el VIH a nivel nacional y mundial, se han dirigido específicamente hacia las personas que se supone no están infectadas, para evitar su posterior infección. Sin embargo, la disminución de la transmisión del VIH también requiere de un trabajo de prevención secundaria sobre las personas que ya están infectadas. Se debe considerar un abordaje integral de su cuidado que permita controlar su reproducción y ejercer su sexualidad sin riesgos, sobre todo porque la

mayoría de las personas infectadas con VIH se encuentran en edad reproductiva. En este ámbito, el profesional de enfermería realiza no solo prevención secundaria sino también promueve la adopción de un estilo de vida saludable en el aspecto personal, familiar y comunitario de las personas infectadas con VIH/Sida y que conviven con personas con VIH/Sida.

En la práctica hospitalaria se encontró que las mujeres manifestaban las siguientes opiniones: “Tengo VIH, soy una sidosa”, “Ahora no podré tener hijos porque tengo VIH”, “Dicen que existe una vacuna para el VIH pero está muy caro”, “Yo no puedo hacer esfuerzo, me siento débil por la enfermedad”, “No puedo ir al hospital a recoger mis medicamentos porque la gente se va a enterar de que estoy enferma”, “Siento que al mirarme la gente se da cuenta que tengo VIH”. Ello refleja como interpretan la información que reciben acerca de la enfermedad y los comportamientos que adoptan tras el diagnóstico de su enfermedad.

Por lo anteriormente mencionado, se derivan las siguientes inquietudes: ¿Qué conocimientos tienen sobre VIH y Sida? ¿Cuál es la información que tienen acerca de los modos de transmisión del VIH? ¿Qué conocen respecto de los factores de riesgo de desarrollar Sida?, ¿Cuáles son sus estilos de vida?, ¿Tienen una alimentación saludable?, ¿Realizan actividad física?, ¿Su autoestima está afectada?, ¿Sienten confianza para expresarse?, ¿Sienten que tienen apoyo?, ¿Se integran en grupos sociales?, ¿Tienen una pareja estable?

Ante la situación expuesta y las interrogantes planteadas se considera necesario investigar para dar respuesta al siguiente problema:

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto, se consideró conveniente realizar un estudio sobre: ¿Cuáles son los conocimientos sobre VIH/Sida y los estilos de vida de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2014?

C. OBJETIVOS

a) Objetivo General:

- Determinar los conocimientos sobre VIH/Sida de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima

- Describir los estilos de vida de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima

b) Objetivos Específicos:

- Identificar los conocimientos sobre aspectos conceptuales del VIH/Sida de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima

- Identificar los conocimientos sobre modos de transmisión del VIH/Sida de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima

- Identificar los conocimientos sobre factores de riesgo del VIH/Sida de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima
- Definir los estilos de vida en la dimensión biológica de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima
- Definir los estilos de vida en la dimensión psicológica de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima
- Definir los estilos de vida en la dimensión social de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima

D. JUSTIFICACIÓN

La infección por VIH constituye una carga significativa de morbilidad y mortalidad en la mayoría de países del mundo. En los últimos diez años, el panorama de las epidemias nacionales de VIH ha presentado una variación favorable en la mayoría de los países; sin embargo, en los países en donde se han logrado avances, aún hay muchos retos para lograr controlar la epidemia.

El presente estudio es importante dado el aumento de mujeres infectadas con VIH durante los últimos años. Las mujeres en edad reproductiva son una población vulnerable debido a la falta de acceso a la información y servicios de salud, la vulnerabilidad económica, la mayor violencia doméstica y la relación de poder desigual en las relaciones

sexuales, Estas condiciones aunadas a los cambios físicos, psicológicos y sociales que surgen a partir del diagnóstico de su enfermedad pueden desencadenar el desarrollo de conductas que favorezcan o dañen su estado de salud.

Se debe conocer sus estilos de vida para abordar los aspectos que dificultan su desarrollo personal y propician el ejercicio de conductas de riesgo que perpetúen la enfermedad e impidan una buena calidad de vida.

El desempeño del profesional de enfermería juega un rol importante no solo por la atención que puedan prestar a las personas infectadas con VIH sino también por la trascendencia que tiene la opinión y la actitud de estos profesionales cuando brindan información para reducir conductas de riesgo pero para ello deben conocer la magnitud del problema para generar nuevas y mejores estrategias de intervención. Por lo que la enfermera que labora en los establecimientos de salud debe indagar sobre los conocimientos que tienen los pacientes con VIH sobre su enfermedad.

E. LIMITACIONES

- Los resultados del presente estudio solo pueden ser generalizados a la población en estudio o a poblaciones con características similares.

CAPITULO II

BASES TEÓRICAS

A. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Luego de realizar la revisión de los antecedentes se han encontrado algunos estudios nacionales relacionados, así tenemos:

Juárez Vílchez José et J. Pozo Edward en Piura, 2010 realizaron un estudio titulado “Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en dos hospitales públicos de Piura, 2010” con el objetivo de explorar y describir experiencias y motivaciones de las personas que viven con VIH (PVVS) y reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), para tener comportamientos sexuales de riesgo para transmisión del VIH, en dos hospitales públicos de Piura. El estudio es de tipo cualitativo; método descriptivo. La población estuvo conformada por grupos focales en 40 PVVS, de 15 a 39 años de edad. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista a profundidad y grupos focales. El instrumento fue una guía validada. Las conclusiones fueron entre otras:

“Las personas viviendo con VIH/SIDA al recibir antirretrovirales y mejorar el estado de su salud, mantienen comportamientos sexuales de riesgo que podrían facilitar la transmisión del virus a sus parejas serodiscordantes e incrementar el número de casos con esta infección.”⁽¹⁴⁾

Esta investigación permitió confrontar los datos obtenidos.

Quispe Montañez Roxana en Lima, 2006, realizó un estudio titulado “Niveles de conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosas en adolescentes de la Institución Educativa Isaías Ardiles del distrito de Pachacamác, julio 2005 - 2006”, el cual tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento en los adolescentes acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y la dirección de las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosas en los adolescentes. El estudio es de tipo cuantitativo, el método descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 243 alumnos de ambos sexos; la técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, utilizando el cuestionario y la escala de lickert como instrumentos. Las conclusiones fueron entre otras:

“La mayoría de estudiantes tiene un nivel de conocimientos medio 49 % acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA, refiriendo conocer más la vía sanguínea; en relación a las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosas lo que fue evidenciado que a bajo o medio nivel de conocimiento mayor es la aceptación a la práctica sexual riesgosa”⁽¹⁵⁾

Esta investigación permitió precisar la variable a estudiar

A nivel internacional se encuentran los siguientes:

García Gonzales Arianna et al., 2012 realizaron un estudio titulado “Conocimiento sobre VIH/Sida en pacientes atendidos por infecciones de transmisión sexual” con el objetivo de determinar los conocimientos que tienen sobre VIH/Sida los pacientes atendidos por infecciones de transmisión sexual en el Policlínico área Centro de Sancti Spíritus en el año

2011. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo. La población estuvo conformada por 116 pacientes; la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras:

“El conocimiento sobre las vías de trasmisión del VIH resultó correcto, no así para las medidas de prevención que resultó incorrecto, lo que demuestra que las vías de información utilizadas no son efectivas y que aún es insuficiente el trabajo de educación para la salud” ⁽¹⁶⁾

Esta investigación contribuyo en el manejo metodológico

Orlandi Renata en Caxias, 2011, realizó un estudio titulado “Afrontamiento de la seropositividad por mujeres con VIH y apoyo recibido por medio de sus redes personales significativas, Santa Catalina - 2011” con el objetivo de identificar la relación entre la actuación de la red social significativa de mujeres que viven y conviven con el VIH y el enfrentamiento de la seropositividad. El estudio es de tipo cualitativo, método descriptivo. La población estuvo conformada por 14 mujeres infectadas por el VIH; la técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista, prontuarios, relatos de observaciones de campo, genograma y mapa de red, instrumento cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras:

“La atención dedicada por los profesionales de salud a los compañeros de estos sujetos es fundamental en la consolidación de la negociación de comportamientos preventivos y de la planificación familiar... gana especial importancia la figura del dialogo abierto pautado con respecto a las opciones de estas personas, interacción que favorece la prevención de la recontaminación o de la contaminación de un compañero serodiscordante, así como

también colabora en la toma de decisiones conscientes en relación al proyecto y/o concretización de una gestación”⁽¹⁷⁾

Esta investigación permitió confrontar los datos obtenidos

Toledo Chico Emmanuel en México, 2007, realizó un estudio titulado “Conocimientos de los adolescentes sobre VIH/SIDA en los estudiantes del Nivel Superior, México - 2007” con el objetivo de identificar el conocimiento del VIH/SIDA en estudiantes de la Institución Educativa de Nivel Medio Superior. El estudio es de método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo comprendida por todos los estudiantes de la Institución Educativa de Nivel Medio Superior y la muestra estuvo conformada por 80 adolescentes; la técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras:

“El nivel de conocimientos se considera bueno, quedando claro para ellos que el VIH/SIDA es una enfermedad infectocontagiosa y que la principal vía de transmisión es la sexual, también están convencidos que el tener relaciones sexuales sin condón pueden contraer el SIDA y a la vez afirman que el condón no es un método seguro para evitar que una persona se contagie.”⁽¹⁸⁾

Esta investigación contribuyó al presente trabajo en el manejo metodológico.

2. BASE TEÓRICA

B.1. Generalidades sobre el VIH y Sida

➤ **Aspectos conceptuales sobre el VIH y Sida**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana tiene la capacidad de afectar a las células del sistema inmunológico destruyendo progresivamente las células de defensa de la persona infectada. Cuando esto sucede, el virus va destruyendo los linfocitos pero el sistema inmunitario aún puede ir regenerándolos y en esta etapa los síntomas no se presentan. Sin embargo, algunas semanas después puede producirse un cuadro caracterizado por fiebre, agrandamiento de ganglios linfáticos o rash cutáneo. Después de ello, la persona infectada puede permanecer asintomática por un periodo de aproximadamente 9 años.

El VIH continúa infestando las células y se presenta el Sida. El Sida se origina por una profunda depresión del sistema inmunológico condicionando infecciones oportunistas como la neumonía por *Pneumocystis carinii*, candidiasis, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, meningitis por criptococo, entre otras.⁽¹⁹⁾

En el año 1993, se formula una nueva clasificación en base al recuento de los linfocitos CD4 (o porcentaje respecto a los linfocitos totales): Categoría 1: Más de 500/microlitro (> 28%). Categorías clínicas: A1, B1 y C1. Categoría 2: Entre 499 y 200/microlitro (28% - 14%). Categorías clínicas: A2, B2 y C2. Categoría 3: Menos de 199/ microlitro (< 14 %). Categorías clínicas: A3, B3 y C3. La categoría clínica A se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente. La categoría clínica B se aplica a los pacientes que han presentado síntomas relacionados con la infección

por el VIH pero que no se encuentren dentro de la categoría clínica C. Finalmente, la categoría clínica C se aplica a los pacientes que han presentado alguno de los cuadros incluidos en la definición de Sida en 1987 más otros tres nuevos. ⁽²⁰⁾

➤ **Modos de transmisión y factores de riesgo**

Para que haya transmisión es indispensable que el virus atraviese las barreras naturales de un individuo sano y penetre en sus tejidos. En el individuo afectado, el VIH se encuentra en líquidos corporales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. Por ello, los mecanismos de transmisión son las vías sexual, sanguínea y vertical.

La transmisión sexual se da cuando la persona infectada con el VIH puede transmitir el virus si tiene sexo oral, vaginal o anal a un individuo sano ya que entran en contacto con secreciones vaginales, semen o incluso sangre. La mayoría de las personas infectadas del VIH se contagiaron por transmisión sexual debido a diversos factores como tener múltiples parejas sexuales sin tener conocimiento del estado de la pareja con respecto al VIH y tener sexo sin protección (condón). Aunque cuántas más relaciones sexuales de riesgo se tengan sin precaución la probabilidad de infección es más grande, la existencia de una sola relación puede ser suficiente para adquirir el virus.

Según el INEI, de cada 10 mujeres con VIH, 9 mujeres se infectan por la pareja. Es probable que la mayoría de las mujeres infectadas haya contraído el virus a partir de parejas masculinas que también tienen relaciones sexuales con hombres ⁽²¹⁾.

Asimismo, la transmisión parenteral o sanguínea se da cuando una persona sana entra en contacto con objetos punzocortantes como jeringas y agujas contaminadas con el virus del VIH. En la mayoría de los casos el compartir jeringas se da durante el uso de drogas inyectables. También en transfusiones de sangre o derivados sanguíneos (como plasma, plaquetas, entre otros) sin buen control de calidad y provenientes de una persona infectada, por lo cual se puede transmitir el virus del VIH de una persona a otra.

En el periodo 1986 a 2012, se notificó un total de 163 casos de VIH y 206 casos de Sida cuya vía de transmisión fue parenteral, evidenciándose en los últimos años, una disminución en el número y la proporción de casos notificados. Entre aquellos casos en que se indicó la forma de exposición específica, el 81% de casos de VIH y el 90% de los casos de Sida reportaron que se debió a la transfusión sanguínea o hemoderivados, siendo menor la proporción de casos por compartir agujas o por accidentes con material contaminado. Para el caso de los accidentes por material contaminado, para el mismo periodo, se ha notificado un total de 15 casos de VIH y 3 casos de Sida, no habiéndose notificado casos de VIH por este tipo de exposición desde el año 2010. ⁽²²⁾

Por último, en la transmisión vertical, el VIH lo puede transmitir la madre a su hijo durante el embarazo en fluidos como líquido amniótico; perinatal, en el parto ya que puede existir contacto del recién nacido con secreciones vaginales y sangre de la madre al momento de atravesar el canal del parto; después de nacer la madre le puede transmitir el virus al neonato también a través de la leche materna. Hoy en día se cuenta con

tratamiento de profilaxis para la mujer embarazada y con ello se puede reducir el riesgo de transmisión del virus y a su vez evitar pérdidas neonatales, discapacidad y orfandad. En el Perú se han estimado 400 a 700 casos de recién nacidos infectados con VIH por año, más de 5000 en la última década. ⁽²³⁾

Para el año 1996, la normatividad del MINSA estableció que las pruebas de tamizaje para el VIH eran voluntarias y que debían realizarse previa consejería (Ley CONTRASIDA N° 26626). Posteriormente, el 2004, se emitió una ley modificatoria de la anterior (Ley N° 28243), que estableció la obligatoriedad de la prueba de tamizaje en las gestantes, previa consejería, con el fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer.

Otros factores de riesgo son el inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección. En el Perú, se estima que el 45 % de las mujeres han tenido su primera relación sexual antes de los 18 años, y 7,4 %, antes de los 15 años ⁽²⁴⁾ y respecto a los varones el 41 % de los que tienen entre 15 y 19 años ya se han iniciado sexualmente y en la mayoría de los casos sin la protección de un condón. ⁽²⁵⁾

Así mismo, el uso de alcohol y drogas psicoactivas también favorecen contactos sexuales inseguros que inciden en el aumento del número de personas con VIH y otras ITS.

Por otro lado, el VIH no se transmite por tener contacto social como dar la mano, abrazar o besar a una persona infectada. Ni tampoco a través de los alimentos ni picaduras de insectos.

➤ **Manifestaciones clínicas del VIH y SIDA**

Los individuos infectados por el VIH son susceptibles de adquirir infecciones de la comunidad, infecciones hospitalarias, e infecciones oportunistas que toman ventaja una vez aparece la inmunosupresión. La susceptibilidad para que un individuo infectado por el VIH desarrolle una infección oportunista, depende del grado de inmunosupresión inducida por el VIH. Durante los meses iniciales de la infección por el virus, probablemente el hospedero no presente un mayor riesgo de desarrollar infecciones comparado con un individuo no infectado. Una vez que la cantidad de los linfocitos CD4 cae por debajo de 200 cel/mm^3 , el hospedero del VIH se hace más susceptible a ciertas infecciones, especialmente a las producidas por *Pneumocystis pirovecci*, Citomegalovirus y *Mycobacterium avium* intracellulare. Sin embargo, durante el periodo previo puede padecer otras enfermedades tales como tuberculosis y otras micosis.⁽²⁶⁾

➤ **Tratamiento**

Existen distintos medicamentos antirretrovirales que actúan en distintas fases del ciclo de replicación viral. En el ciclo vital del virus hay un proceso fundamental denominado transcripción inversa que consiste en la conversión del ácido ribonucleico en ácido desoxirribonucleico. Esta actividad es llevada a cabo por la enzima transcriptasa inversa. Un grupo de medicamentos antirretrovirales, denominados nucleósidos, inhiben la acción de esta enzima; entre estos se encuentran la zidovudina o AZT, didanosina o ddl, la estavudina o d4T y la lamivudina o 3TC. Aunque los

nucleótidos interaccionan con la enzima de conversión del retrovirus, también pueden reaccionar con las enzimas responsables de la síntesis del ADN de las células del organismo, lo que puede hacer que resulten tóxicos y ocasionan distintos efectos secundarios. ⁽²⁷⁾

Aunque los medicamentos que inhiben la acción de la transcriptasa inversa nunca han sido considerados como curativos, solo pueden frenar la evolución de la enfermedad.

El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) está diseñado para alcanzar la supresión máxima y prolongada de la replicación viral, lo que resulta en el incremento del recuento de linfocitos TCD4, mejoría de la función inmune, retraso de la progresión clínica y prolongación del tiempo de sobrevida. ⁽²⁸⁾

Al instaurarse el programa TARGA se ha logrado la supresión máxima de la replicación viral brindando beneficios clínicos evidentes por lo cual esta constituye una estrategia efectiva para reducir la mortalidad u mejorar la calidad de vida de las personas infectadas con el VIH. El ingreso al TARGA es voluntario. El inicio del TARGA debe ser discutida con el paciente. El éxito de las recomendaciones para el inicio de la terapia depende del estado clínico, inmunológico y virológico del paciente y su compromiso de adherirse al TARGA. Los criterios son los siguientes:

En todo paciente con niveles de carga viral mayor a 55.000 copias/mL o recuento de células TCD 4 menor a 200 cel/mm³, el TARGA está indicado, independientemente de las manifestaciones clínicas. En todos los pacientes asintomáticos con un recuento de células TCD 4 igual

o mayor de 200 cel/mm³, la decisión de ingreso al TARGA será definida por el comité de Expertos siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones: Carga viral mayor o igual a 55.000 copias/mL; caída significativa del recuento de células TCD 4 igual o mayor de 100 cel/mm³ monitorizada cada 3 meses, y carga viral mayor o igual a 55.000 copias/mL; los pacientes asintomáticos con recuento de células TCD 4 por encima de 200 cel/mm³ y carga viral menor de 55.000 copias/mL deberán ser monitorizados por el especialista regularmente cada 3 a 6 meses desde el punto de vista clínico, inmunológico y virológico a fin de evaluar la progresión de la infección. ⁽²⁹⁾

➤ **Medidas preventivas del VIH**

Son aquellas acciones y comportamientos orientados a evitar contraer el VIH:

Prácticas sexuales sin penetración. Son aquellas prácticas que no involucran el coito. La seguridad frente al contagio sexual es total si se evitan las relaciones sexuales de penetración. Los besos, abrazos, caricias, fantasear y la masturbación mutua no transmiten el virus.

Practicar el “sexo seguro”. La práctica sexual está conformada por alternativas como la masturbación mutua, masajes eróticos, etc. En caso de ocurrir el coito, se utiliza el preservativo.

El preservativo o condón brinda doble protección ya que previene de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Está demostrado que es un método efectivo para prevenir la infección por

microorganismos de transmisión sexual por ello se debe utilizar siempre en todas las relaciones en que haya penetración, ya sea oral, anal o vaginal. Aun cuando la persona ya está infectada, el preservativo evitara el riesgo de contagiar a la pareja y de volverse a infectar por el HIV, si la pareja está infectada. El hecho de volverse a infectar por el virus (reinfección) puede contribuir a un desarrollo más rápido del SIDA.

Es importante el uso correcto del preservativo para lo cual se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Revisar la fecha de caducidad, porque la resistencia del látex se puede reducir con el paso del tiempo.
- Los preservativos se han de guardar en lugares secos y protegidos del calor; ya que se pueden deteriorar y romperse con facilidad.
- La colocación tiene que hacerse al producirse la erección, antes de que se inicie la relación de penetración. El preservativo ha de deshacerse presionando con los dedos el receptáculo, de manera que cubra el pene hasta su base y que quede bien ajustado, para evitar que se desprenda.
- El preservativo tiene que mantenerse hasta el final de la relación, y debe sacarlo cuando el pene aún conserva una cierta erección, para poder impedir que el semen caiga en el interior de la vagina o en el interior del recto.

- Una vez sacado, se hará un nudo en el extremo abierto para evitar el derrame del semen, y se tirará a la basura.
- Se debe usar un preservativo nuevo por cada relación sexual.
- Se ha de evitar la utilización de lubricantes aceitosos como la vaselina, la parafina o la lanolina porque disminuyen la resistencia del látex. Es preferible utilizar lubricantes acuosos como la glicerina.

En todo momento, la pareja de la persona infectada con VIH tiene que evitar tener contacto con fluidos que son de alto riesgo como las secreciones vaginales, semen o sangre para reducir la recontaminación u contraer otra enfermedad de transmisión sexual.

Evitar tener múltiples parejas sexuales. Esto constituye uno de los mayores factores de riesgo para contraer una enfermedad de transmisión sexual.

B.2. Estilos de vida como determinante de la salud

La concepción epidemiológica de Cristina Possas hace referencia al concepto de modo de vida “como una amplia y fundamental instancia determinante de los procesos salud-enfermedad”.⁽³⁰⁾

Según lo anteriormente descrito, el contexto socioeconómico y cultural influencia en el proceso salud-enfermedad de las personas. Este

entorno condiciona un modo de vida en sociedad. El modo de vida es una forma específica e importante de la actividad humana en la sociedad.

Por otro lado, las personas somos seres humanos complejos por ende nuestras acciones también tienen una naturaleza compleja. Si bien es cierto que las acciones humanas se ven influenciada por el entorno sociocultural que genera condiciones de vida en una sociedad, éstas también son producto de la actividad psíquica del organismo que determina que cada persona adopte un estilo de vida individual.

Según Rolando Arellano Cueva el estilo de vida “sería aquel patrón más o menos consistente de comportamiento que caracteriza al individuo en su forma de ser y expresarse, pero su concepto engloba no sólo elementos psicológicos sino también comportamientos y características externas, los cuales son determinados y a su vez determinan la manera de ser y actuar futura de un individuo”.

Según Del Hawkins el estilo de vida se define como la manera en que uno vive. Es una función de nuestras características individuales inherentes moldeadas por la interacción social durante el paso del tiempo. Es como se expresa el concepto personal con acciones. ⁽³¹⁾

Según la OMS, “el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”. ⁽³²⁾

Los niveles de salud de las personas están determinados por cuatro factores esenciales: el primero es la herencia genética (27 %); el segundo es el medio ambiente o entorno en que se vive (19 %); el tercer factor es el sistema sanitario (11 %) y en cuarto lugar se encuentra los estilos de vida (43 %); siendo este último el que tiene mayor importancia cuantitativa como determinante de la salud.

Los estilos de vida están continuamente sometidos a prueba en distintas situaciones sociales por lo tanto, estos no son fijos sino que son modificables, y pueden ejercer un efecto positivo en caso de ser saludable o negativo en la salud en caso de no serlo; ello puede afectar a las mismas personas y también la vida de otros. Al adoptar un estilo de vida saludable, que promueve determinados hábitos saludables y elimina ciertas conductas nocivas, el resultado más probable es el disfrute de unos niveles elevados de bienestar tanto físico como psíquico.

Son varias las teorías que han afirmado que para entender cómo se adquiere el estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta los diferentes factores biopsicosociales que determinan el comportamiento.

➤ **Dimensión biológica**

La persona infectada con VIH durante las diversas etapas de la enfermedad puede incurrir en la negación de su enfermedad y asumir conductas de riesgo porque suprimirá el comportamiento de prevención y autocuidado que implica su revisión médica, toma de medicamentos según prescripción de acuerdo a la cantidad, en los horarios establecidos para retardar el avance de la enfermedad.⁽³³⁾

Control médico. Cuando el paciente inicia el TARGA, será controlado por el médico a los 15 y 30 días, luego el control será mensual durante el primer año aunque esta frecuencia puede variar según la evolución clínica y adherencia del paciente.

La determinación de la carga viral es también importante. La carga viral (CV) es el recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo y se mide por mililitro de plasma. Se controlará la carga viral al tercer mes; si la carga viral es indetectable se hará seguimiento cada 6 meses. En caso de ser detectable se hará un control luego de 3 meses.⁽³⁴⁾

El recuento de linfocitos T CD 4 es la medición de las cepas de linfocitos que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total y que constituyen la principal célula blanco del VIH. Se mide por mm³. Esta medición se realizará cada seis meses.⁽³⁵⁾

El hemograma completo, TGO, TGP, fosfatasa alcalina y glicemia así como la úrea, creatinina y examen completo de orina se evalúa al primer mes; se evalúa nuevamente los 5 primeros exámenes de laboratorio a los 3 meses, a los 6 meses y al cumplir el primer año de tratamiento. También se evalúa perfil lipídico 2 veces cada 6 meses. Esta periodicidad puede variar si hay problemas de toxicidad hematológica, hepatotoxicidad o hiperglicemia o indicación según indicación clínica.⁽³⁶⁾

Después de un año de TARGA, el control médico se hará cada 2 meses. La carga viral y el recuento de linfocitos T CD 4 se realizará cada 6 meses cada uno.

Ejercicio físico. Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.⁽³⁵⁾ El ejercicio físico ayuda a que muchas personas con VIH se sientan mejor y puedan fortalecer su sistema inmunológico. El ejercicio físico no puede controlar la enfermedad del VIH ni luchar contra ella, pero puede ayudarlo a sentirse mejor y a combatir muchos de los efectos secundarios de la enfermedad causada por el VIH y los medicamentos anti-VIH.⁽³⁷⁾

Se ha observado que hacer ejercicio físico en forma regular y moderada brinda a las personas con el VIH muchas de las mismas ventajas que también ofrece para la mayoría de las personas. El ejercicio físico puede mejorar la masa, fortaleza y resistencia musculares, mejorar la resistencia cardíaca y pulmonar, mejorar el nivel de energía para que usted se sienta menos cansado, reducir el estrés, aumentar su sensación de bienestar, ayudar a estabilizar o a prevenir la disminución de la cantidad de células CD4, aumentar la fortaleza de los huesos, reducir el colesterol y los triglicéridos, reducir la grasa abdominal y mejorar el apetito, el sueño, y el modo en el que el cuerpo utiliza y controla el azúcar en la sangre (glucosa).⁽³⁸⁾ Además a nivel socio-afectivo, favorece y mejora la autoestima, mejora la imagen corporal, enseña a asumir responsabilidades, derrotas y aceptar normas.⁽³⁹⁾

Existen algunos cuidados que deben procurar las personas con VIH para evitar complicaciones: Es necesario mantener altos los niveles de fluidos ya que puede deshidratarse; si no hace los ejercicios correctamente puede lesionarse y estas lesiones pueden tardar más tiempo en curarse; si hace demasiado ejercicio puede perder masa corporal magra y los casos más graves pueden llevar al síndrome de desgaste progresivo del Sida.

Al iniciar un programa de ejercicios debe iniciar con una rutina de 20 minutos como mínimo al menos tres veces por semana. El comenzar a hacer ejercicio cuando aun se encuentre saludable puede ayudar a retrasar los síntomas del VIH y retardar el desarrollo de Sida. Posteriormente, se debe adoptar la rutina hasta 45 minutos o 1 hora. ⁽⁴⁰⁾

Alimentación balanceada. Una persona que está infectada de VIH/Sida debe hacer todo lo posible para seguir unas pautas nutricionales sanas y equilibradas. Cuando una persona se infecta con el VIH, el sistema inmunitario trabaja más intensamente para luchar contra la infección. Esto aumenta las necesidades de energía y nutrientes. La subsiguiente infección y fiebre incrementan también la demanda de alimentos por el organismo. Una vez infectada con el VIH, una persona tendrá que comer más para satisfacer sus necesidades suplementarias de energía y nutrientes. Estas necesidades aumentarán aún más a medida que se presentan los síntomas del VIH/Sida.

Se observa frecuentemente que el VIH/Sida reduce la ingesta de alimentos debido a que la enfermedad y los medicamentos que toman los pacientes pueden reducir el apetito, ya que se altera el sabor de los

alimentos; una de las afecciones como consecuencia de la infección es la diarrea que conlleva daño de las paredes del intestino por ello los alimentos ya no pasan bien a través de él y, por lo tanto, no son absorbidos; síntomas como las inflamaciones de la boca, las náuseas y los vómitos dificultan consumir los alimentos; por otro lado, el cansancio, el aislamiento y la depresión reducen el apetito y la disposición para esforzarse en preparar alimentos y comer normalmente; aunque también sucede que no hay suficiente dinero para comprar alimentos. ⁽⁴¹⁾

En general, los objetivos de la intervención nutricional son conservar el normal balance de proteínas, prevenir la disminución o el aumento de nutrientes que interfieren en la función inmune, minimizar las complicaciones que interfieren en la ingesta y absorción de nutrientes, favorecer y/o mantener el buen estado nutricional de la persona. ⁽⁴²⁾

Los alimentos que deben consumir son en el caso de la leche y las carnes, se recomienda dos o más veces por semana, mientras que los huevos deben ser ingeridos 4-6 veces por semana, es decir casi uno por día. Los cereales (arroz, trigo, etc.), que son muy comunes en la comida peruana, deben ser consumidos con regularidad, de 4 a 6 porciones. Las menestras deben consumirse 2 veces por semana. Los tubérculos (la papa, yuca, entre otros) deben ingerirse de 2 porciones. Es importante recordar que para la ingesta de verduras, éstas deben ser cocidas y/o sin cáscara, para evitar infecciones, sobretodo intestinales. Esto es particularmente importante en Lima en donde las plantaciones son regadas con aguas con contenido fecal. Asimismo las grasas deben ser consumidas también pues son una importante fuente de vitaminas y ácidos grasos. Finalmente recordar que es necesario comer azúcar, así

como una adecuada cantidad de líquidos. En términos generales es siempre necesario comprobar que la persona no sufra ninguna alteración o enfermedad que pueda cambiar sus necesidades de nutrientes o de líquidos. O también si realiza ejercicio físico, una nutrición adecuada es importante ya que con el aumento de actividad física puede necesitar consumir más calorías para evitar la pérdida de peso. ⁽⁴³⁾

Se recomienda tomar los alimentos frescos más no los precocinados ni los conservados; todo resto de comida se debe desechar. Preparar los alimentos en horno, a la plancha, como guisos en vez de frituras rebosados y empanados. Preferir aderezar con aceite de oliva, especias, hortalizas y hierbas aromáticas en lugar de usar salsas grasas como mayonesa.

Por otro lado, es necesario recordar que los alimentos deben estar adecuadamente conservados para evitar su contaminación. Se debe tener en cuenta el almacenamiento en un lugar fresco, y a temperatura adecuada. Un punto importante es descongelar los alimentos en la parte baja del refrigerador. Se debe lavar meticulosamente los alimentos siempre. Se debe cocinar todos los alimentos. La manipulación debe ser la mínima y con la mayor higiene posible. ⁽⁴⁴⁾

➤ **Dimensión psicológica**

Es importante atender que la persona con VIH reciba asesoría psicológica para afrontar la enfermedad a nivel individual y familiar. El paciente puede negar radicalmente que este infectado con el VIH aludiendo que él no se ve como enfermo y critique los métodos de

diagnóstico, Aun si el paciente acepta su enfermedad, es una preocupación constante la reacción de sus familiares y amigos frente a esta enfermedad. Además, se pueden producir pérdidas importantes en la vida de la persona y ellos no logran expresar sus sentimientos debido a una constante actitud de rechazo de parte de su entorno. ⁽⁴⁵⁾

La persona infectada se enfrenta a una enfermedad incurable y mortal. Las reacciones del paciente están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su vida, como son las siguientes: edad, género, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida y grado de instrucción; aspectos sociales como la familia y aspectos relacionados directamente con la enfermedad como medicamentos, tratamiento, dolor físico, complicaciones, asistencia sanitaria, deterioro físico y psicológico y tiempo de sobrevida.

Se ha demostrado que las mujeres infectadas con VIH con depresión mayor son más propensas de progresar más rápidamente a Sida, y tienen una más alta mortalidad relacionada al Sida. Ellas tienen menor probabilidad de iniciar el tratamiento, acuden a sus citas médicas con menos regularidad, y son menos adherentes a su tratamiento. Un tratamiento integral considerando servicios de salud mental, medicamentos específicos y la terapia psicológica en mujeres infectadas con VIH puede mejorar la adherencia al TARGA, ayudar a disminuir la progresión de la enfermedad, mejorar su soporte social e incluso según la evidencia científica sugiere se puede mejorar a su vez la respuesta inmune. El personal de salud que atiende a las mujeres infectadas con VIH debe por ello también considerar el estado de salud mental.

➤ **Dimensión social**

Debido a que la infección por VIH y el Sida son incurables evoca temores y profundas inhibiciones en el ser humano. El impacto social del VIH/Sida se ve reflejado en la desintegración de la familia, la pareja o diferentes grupos sociales como las amistades, compañeros de trabajo, entre otros.

El estigma y prejuicio son los determinantes de la discriminación que han acompañado íntimamente la epidemia desde su inicio, son los factores menos comprendidos y más complejos, que la salud pública debe enfrentar. La discriminación ha generado que gobiernos nieguen derechos, les impongan restricciones en sus libertades o impidan legalmente la entrada a sus territorios a las personas viviendo con el virus aunque se trate de viajes de negocios, turismo o simples visitas. Así mismo ha llevado a que las comunidades rechacen y segreguen a las familias afectadas y que, por lógica consecuencia, las personas que se sienten en riesgo de estar infectadas no deseen siquiera conocer su estado serológico por temor a las consecuencias. ⁽⁴⁶⁾

Según Goffman, el estigma es un “atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, que queda sometido a reacciones adversas, de hostilidad y de rechazo, que favorecen la soledad y el aislamiento social”. ⁽⁴⁷⁾ En los casos más extremos de estigma, se legitima el hecho de que estas personas sean excluidas moralmente de la sociedad, de la vida social y que además producen una serie de emociones negativas en el resto de la sociedad, como el miedo o el odio.

La persona infectada con VIH puede autoestigmatizarse cuando interiorizan o anticipan las actitudes sociales que se experimentan en la sociedad. Ello está relacionado con las connotaciones con las cuales se ha designado a esta infección, las cuales incluyen concepciones moralistas o denigrantes sobre la conducta sexual humana como “promiscuidad”, “drogadicción” y “homosexualidad”, es decir la infección y la enfermedad se asocian a comportamientos vergonzantes. Todo ello, puede ocasionar desprecio de sí mismo, sentimientos de culpabilidad y de inferioridad, que pasan a formar parte de su identidad favoreciendo situaciones de autoexclusión en múltiples ámbitos de la vida.

Según la Onusida, la discriminación se produce “cuando el estigma se instala”. Se considera discriminación hacia la persona infectada con el VIH cuando se presenta una distinción arbitraria entre las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, ya sea confirmado o sospechado. La discriminación arbitraria puede ser el resultado de una acción o una omisión.

En el ámbito laboral, la persona infectada con VIH se encuentra inmerso en una ola de discriminaciones como el rechazo de los compañeros y compañeras de trabajo, la imposibilidad de optar a nuevos puestos o promociones internas, los despidos y/o cambios de funciones injustificados, la exigencia de pruebas serológicas innecesarias y la falta de confidencialidad.⁽⁴⁸⁾

La persona infectada con VIH debe enfrentar la pérdida de su empleo, de los amigos, familiares, del compañero sexual, de la propia

sexualidad y en general de las relaciones afectivas, además de la pérdida del esquema corporal. Además, también hay un impacto psicoafectivo de las personas, consideradas “contactos” de los infectados por el VIH, se caracteriza por estados de depresión, culpa, abandono y por la posibilidad de encontrarse igualmente afectados. ⁽⁴⁹⁾

En todo ello, la familia juega un rol muy importante en la aceptación de la enfermedad por parte de la persona infectada. La familia de la persona infectada con VIH debe enfrentar diversas situaciones como la muerte de su ser querido, reconocer en uno de sus miembros un comportamiento sexual para el que posiblemente no esté preparada, e incluso enfrentar la posibilidad del estigma social. Por lo cual, puede mostrar interés en el cuidado y apoyo o generar actitudes irracionales por temor al contagio que puedan distanciarle y generar una crisis familiar.

Por otro lado, muchas personas infectadas con VIH no tienen conocimiento de la existencia de Grupos de Ayuda Mutua donde se organizan reuniones para personas que están afectadas por la misma enfermedad. Este tipo de grupos capacita y fortalece a sus miembros y crea lazos de soporte social que les permite desenvolverse mejor en su entorno. El apoyo social favorece que los pacientes se adapten psicológicamente a vivir con el VIH.

➤ **Vulnerabilidad de las mujeres y el VIH/Sida**

Para las mujeres en edad reproductiva, el VIH/Sida es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo entero. Se ha reportado que un 47,8 % de las mujeres infectadas refirieron haber tenido

solo una pareja sexual. ⁽⁵⁰⁾ Sin embargo, la práctica de relaciones sexuales no seguras es lo que constituye el mayor factor de riesgo en los países en desarrollo. En el Perú, la falta de acceso a información y servicios de salud, la vulnerabilidad económica y la relación de poder desigual en las relaciones sexuales exponen especialmente a las mujeres jóvenes al riesgo de contraer la infección por VIH.

Aun cuando el VIH/Sida siga prevaleciendo en la población masculina, la tendencia internacional muestra claramente que esta epidemia cada vez afecta más fuertemente a la población femenina. Según Cristina Herrera, en la relación heterosexual, la mujer es biológicamente más vulnerable por varios motivos: primero, la zona de exposición al virus durante la relación coital es de mayor superficie en la mujer; segundo, la mujer suele asumir un rol pasivo en la relación; tercero, la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales que se ponen en contacto al mantener relaciones sexuales. Además, la discriminación y el estigma asociados a la infección dificultan a las mujeres con VIH que sufren violencia de pareja la salida de la situación de maltrato, y origina formas concretas de violencia psicológica ejercidas por el maltratador. ⁽⁵¹⁾

3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Conocimiento sobre VIH/SIDA. Es toda aquella Información que refieren las mujeres infectadas con VIH sobre aspectos conceptuales, diagnóstico, tratamiento, medios de transmisión y factores de riesgo, la cual ha sido obtenida mediante un cuestionario y valorada en conocen y no conocen.

Estilos de vida. Son las respuestas expresadas por las mujeres infectadas con VIH sobre sus comportamientos en las 3 dimensiones biológica, psicológica y social, las cuales han sido obtenidas mediante un cuestionario y valoradas en saludable y no saludable.

Paciente infectada con VIH. Persona que presenta según el registro del programa TARGA de la ONG, una prueba de tamizaje reactiva y una prueba confirmatoria positiva; con CD4 por encima de 200 cel/mm³ y carga viral menor de 55.000 copias/mL.

Mujer en edad reproductiva. Persona de sexo femenino que tiene entre 15 y 44 años de edad (OMS, 2009).

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

1. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo cuantitativo, pues le asigna un valor numérico a la variable de estudio. El nivel es aplicativo pues se origina en la realidad y busca contribuir a solucionar una problemática actual de salud. El método es descriptivo; y de corte transversal pues la información se obtiene en un tiempo y espacio determinado.

2. SEDE DE ESTUDIO

El área de estudio donde se realizara la investigación es la institución Hogar San Camilo, ubicado en el Jirón Huanta 300 en el distrito del Cercado de Lima. El Hogar San Camilo es una entidad sin fines de lucro que consta de 3 pisos: En el tercer piso están los consultorios de medicina, psicología, enfermería, y un ambiente para estimulación temprana; en el segundo piso está el almacén y la farmacia; en el primero se encuentra la recepción y un auditorio. Esta entidad brinda servicios de Medicina General, Terapia Física, Traumatología y Ortopedia, Dermatología, Medicina Interna, Infectología, Odontología, Psicología, Enfermería (Control de niño sano, inyectables), y Análisis de Laboratorio. Para lo cual el personal está conformado por 2 médicos, 1 odontólogo, 1 fisioterapeuta, 1 enfermera, 1 laboratorista, 1 psicólogo y 1 químico farmacéutico; además del personal auxiliar, voluntario y de limpieza

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total estuvo constituida por 80 mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH. Se aplicó la fórmula para determinar muestras finitas lo cual dio como resultado 66 pacientes. Se trabajó estadísticamente con un nivel de confianza del 95 % (1.96) y un margen de error de 5 % (0.05). (Ver anexo J)

Se tomó en cuenta como criterio de inclusión y exclusión lo siguiente:

Criterios de inclusión:

- Sexo femenino
- Edad: 18 – 43 años
- Infectada con VIH según el registro del programa TARGA de la ONG
- Asistir regularmente al menos a sus 3 últimos controles
- Dar su consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Hablar Quechua
- Padecer una patología psiquiátrica
- Estar en fase Sida
- Estar embarazada

4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario. La entrevista permitió identificar los conocimientos sobre VIH/Sida y estilos de vida de las mujeres entrevistadas. La estructura del instrumento estuvo organizado de la siguiente manera: Presentación, datos generales y datos específicos. El cuestionario estuvo conformado por 30 preguntas dicotómicas dividido en la mitad para cada variable. (Ver anexo B)

A cada paciente se le hizo entrega de un formato elaborado para que brinde su consentimiento informado previo a la ejecución.

5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez de constructo del instrumento se realizó a través del juicio de expertos en el cual participaron 2 médicos del programa TARGA, 5 enfermeros del PROCETTS, y 2 psicólogos; siendo procesado en la tabla de concordancia y prueba binomial. (Ver anexo G) Además para determinar la validez del contenido se aplicó la fórmula de R de Pearson a cada uno de los ítems de la prueba piloto. (Ver anexo H)

Para la confiabilidad del cuestionario se aplicó una prueba piloto con 30 mujeres infectadas con VIH en edad reproductiva y fue analizada mediante la fórmula de K. Richarson. (Ver anexo I)

6. PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo en la institución a fin de obtener el permiso para la ejecución. Se llevó a cabo la coordinación con la Licenciada en enfermería con la finalidad de programar la fecha de recolección de datos. Se realizaron las entrevistas mediante citas durante aproximadamente 30 minutos de 9:00 am a 5:00 pm los días martes a jueves durante los meses de enero y febrero del 2015.

Luego de la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el uso del software de Excel. Para el procesamiento de los datos se asignó un valor numérico de acuerdo a las respuestas correctas. Se le dio a la respuesta correcta 1 punto y a la incorrecta 0 puntos.

7. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se elaboró la tabla de matriz de datos. (Ver anexo C) Para la variable conocimientos, se determinó la sumatoria de los puntajes totales y del valor obtenido se halló el promedio aritmético para aplicar la escala de Stanones y hallar los límites de los intervalos agrupados en dos categorías: Conoce y no conoce. (Ver anexo E). Se procedió de igual manera para la variable estilos de vida tras aplicar nuevamente la escala de Stanones se agrupó en dos categorías: Saludable y no saludable. (Ver anexo F)

Posteriormente, los resultados han sido presentados en tablas y gráficos para su respectivo análisis e interpretación de acuerdo a la base teórica y los objetivos.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El VIH/SIDA produce de manera directa o indirectamente efectos a nivel social. Siendo la sociedad la que respeta o niega los derechos humanos, en este trabajo se considera los principios éticos. En relación al paciente se le brindó un formato de consentimiento informado por el cual haciendo cumplimiento al principio de autonomía, decidió si participaba o no en el estudio de investigación. Además, los datos personales de las pacientes permanecen en el anonimato más los datos recolectados en relación al conocimiento sobre su enfermedad y estilo de vida han sido utilizados solo con fines de investigación y han sido compartidos con el programa de TARGA del Hogar San Camilo para los fines que dispongan. (Ver anexo D)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

A. 1. DATOS GENERALES

En relación a los datos generales, se tiene que la muestra el presente estudio fue conformada por 66 mujeres en edad reproductiva que están infectadas con VIH. En relación a su edad, un 77,3 % (51) son adultas jóvenes, ya que sus edades varían entre 25 y 35 años. Un 13,6 % (9) está constituido por mujeres entre 36 y 43 años y el otro 9,1 % (6) lo representan mujeres entre 18 y 24 años. (Ver anexo K)

En relación al grado de instrucción se encontró que el 86,4 % (57) han logrado estudiar hasta la secundaria, 7,6 % (5) tienen estudios superiores, mientras 4,6 % (3) han estudiado hasta la primaria y solo 1,4 % (1) no tiene estudios. (Ver anexo L)

La ocupación más frecuente es un 69,7 % (46) es ser ama de casa. Seguido de lejos por la ocupación de comerciante con un 19,7 % (13) y finalmente solo 10,6 % (7) son trabajadoras independientes. (Ver anexo M)

En relación al estado civil, el 68,2 % (45) son convivientes, el 15,6 % (10) son solteras, 10,6 % (7) son separadas y 5,6 % (4) son viudas. (Ver anexo N) De las mujeres convivientes se tiene que el 93,9 % (42) tienen

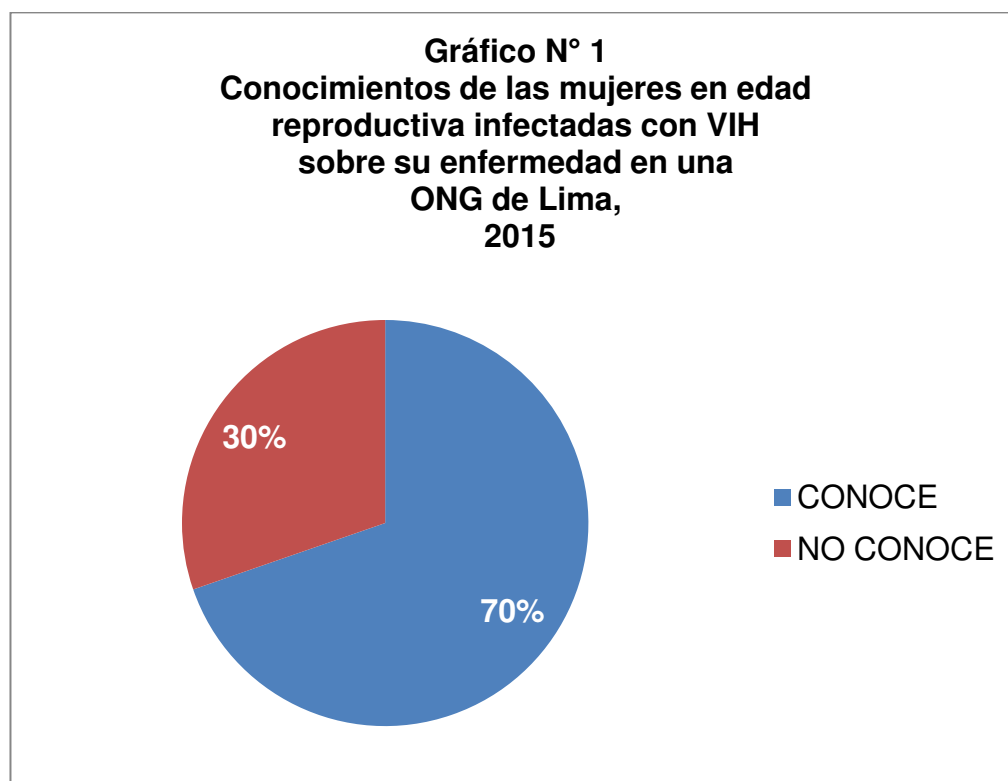
pareja infectada con VIH. Mientras el otro 6,7 % (3) no sabe el estado de su pareja en relación con la infección por VIH.

En las mujeres entrevistadas, se obtuvo que el 57,6 % (38) tienen entre uno y tres hijos. Mientras el otro 42,4 % (28) no tiene hijos.

El 78,8 % (52) de las mujeres entrevistadas tienen conocimiento de su diagnóstico de VIH positivo hace 4 a 6 años, seguido de lejos por las mujeres que saben su diagnóstico hace más de 7 años con un 15,2 % (10) y el restante 6 % (4) se ha enterado hace 1 a 3 años. Además el 100 % (66) refiere que la vía de transmisión por la cual se infectaron con VIH fue la sexual. (Ver anexo O)

Por último, el 100 % (66) de las mujeres refiere recibir TARGA actualmente.

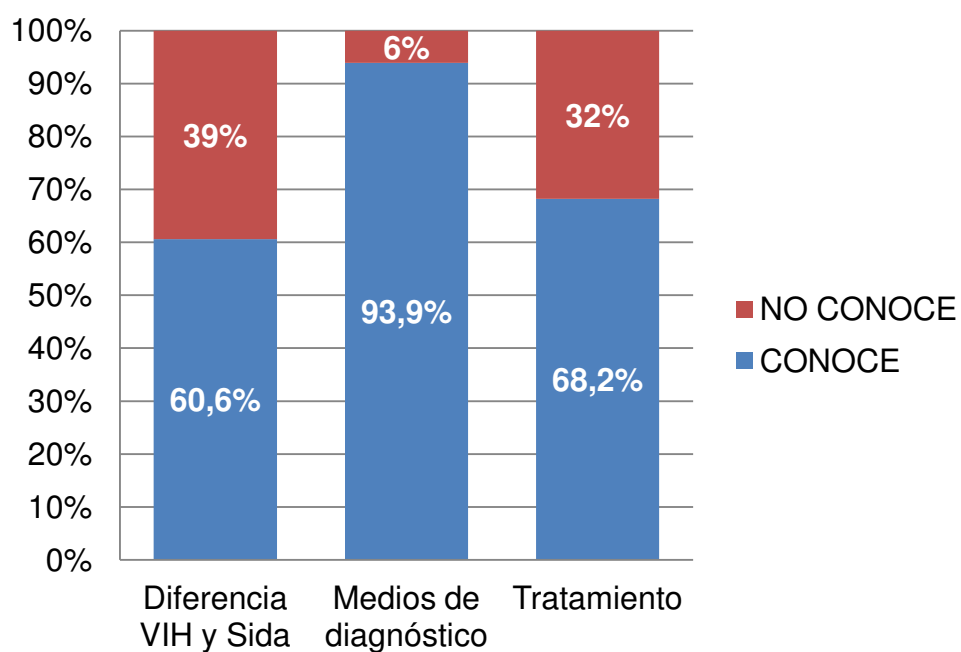
A. 2. DATOS ESPECÍFICOS



Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015.

En el gráfico N° 1 respecto a los conocimientos de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH sobre su enfermedad en una ONG de Lima, se logra observar que del 100 % (66) de mujeres encuestadas, 30 % (20) desconocen sobre su enfermedad.

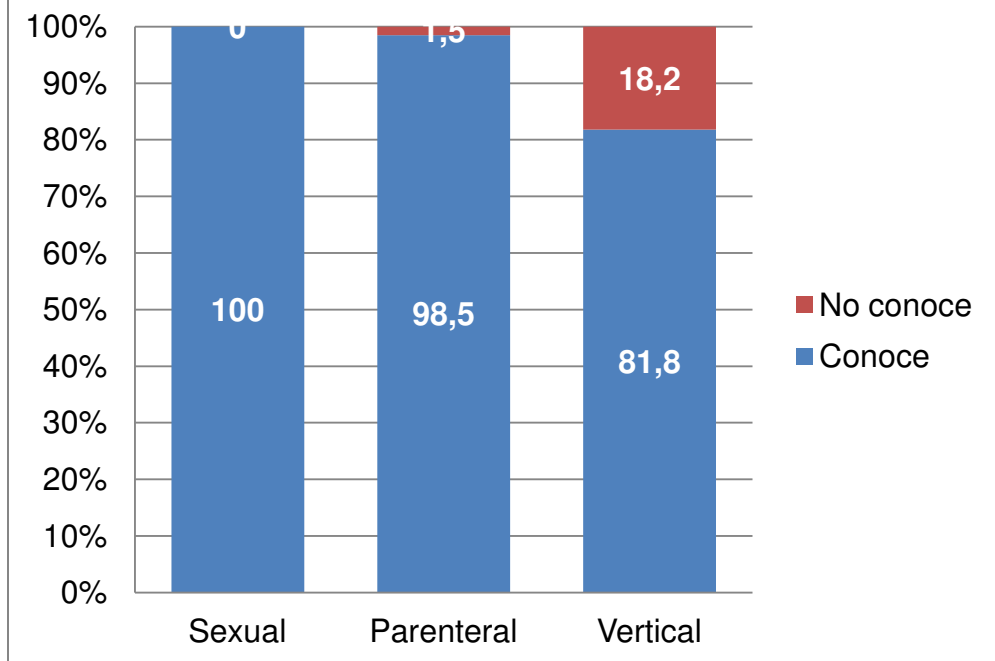
Gráfico N ° 2
Conocimientos sobre aspectos conceptuales de la
infección por el VIH/Sida en las mujeres en
edad reproductiva infectadas con VIH
en una ONG de Lima,
2015



Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015.

En el gráfico N° 2 respecto a los conocimientos sobre aspectos conceptuales de la infección por el VIH/Sida en las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, se logra observar que del 100 % (66) de mujeres encuestadas, 60.6 % (20) conocen la diferencia entre VIH y Sida, el 93.9 % (62) tienen conocimiento sobre los medios de diagnóstico de la enfermedad y el 68.2 % (49) conoce sobre el tratamiento de la enfermedad.

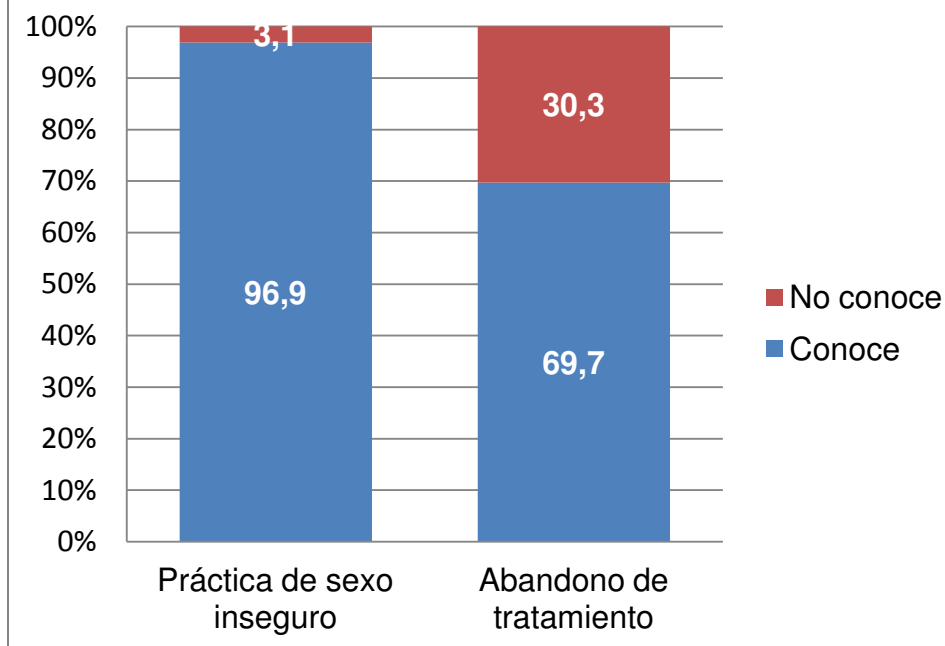
Gráfico N° 3
Conocimientos sobre modos de transmisión de la
infección por VIH/Sida en mujeres en edad
reproductiva infectada con VIH en
una ONG de Lima,
2015



Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015.

En el gráfico N° 3 respecto a los conocimientos sobre los modos de transmisión de la infección por el VIH/Sida en las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, se reconoce que el 100 % (66) de mujeres encuestadas conoce la vía sexual como modo de transmisión, 98.5 % (65) conocen la vía parenteral, y un 81.8 % (54) tienen conocimiento sobre la vía vertical.

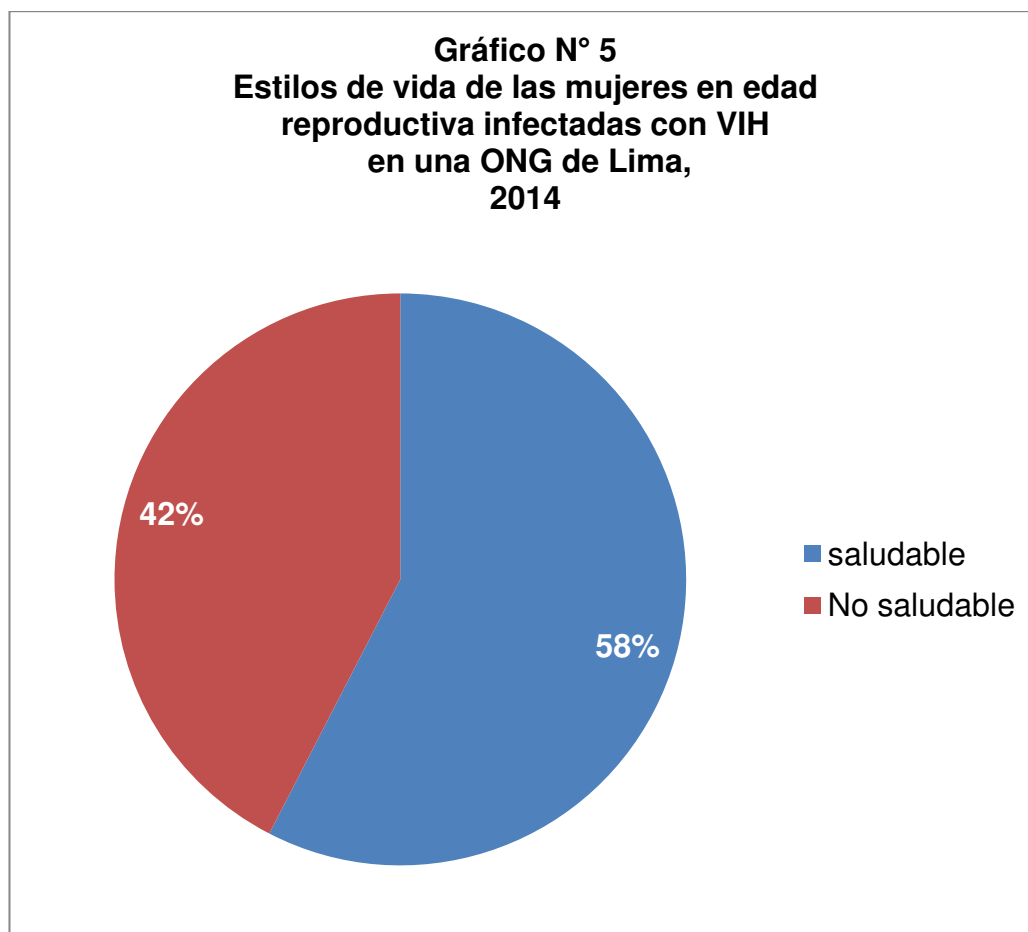
Gráfico N° 4
Conocimientos de los factores de riesgo de
infección por VIH/Sida en mujeres en
edad reproductiva infectadas con
VIH en una ONG de Lima,
2015



Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015

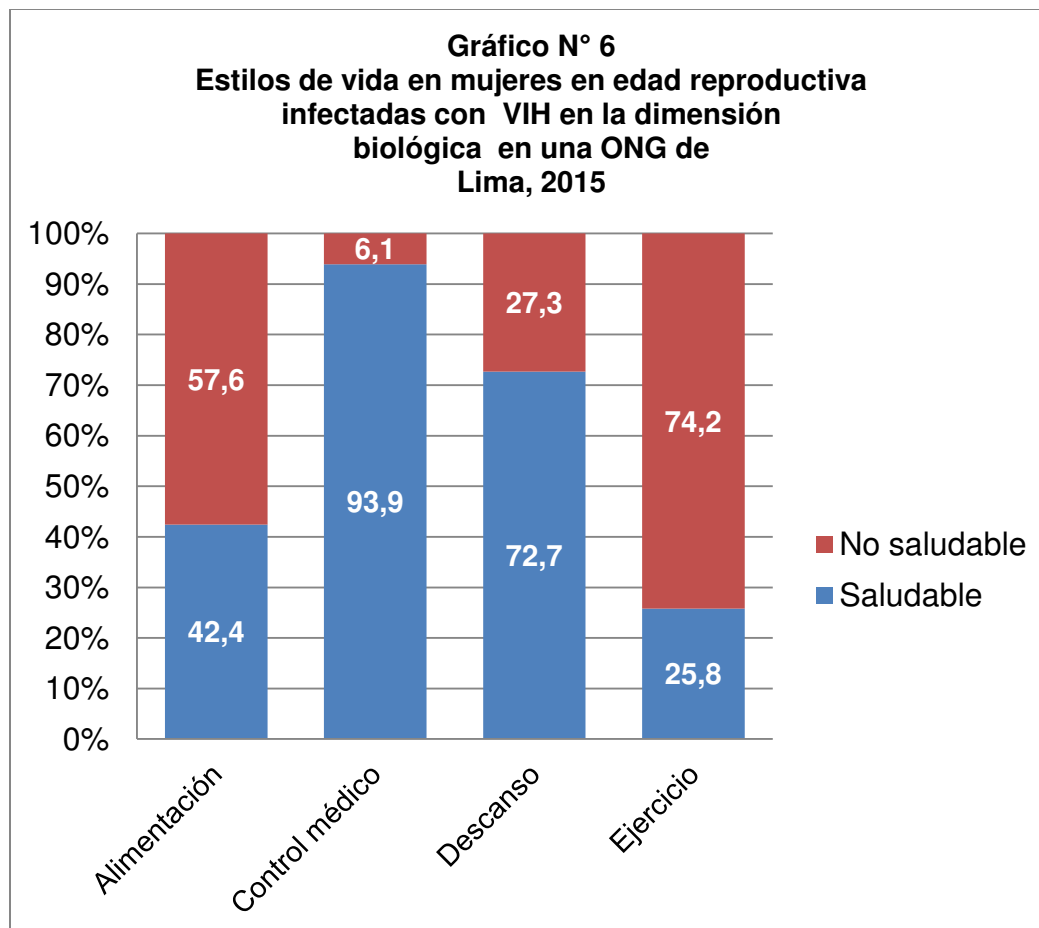
En el gráfico N° 4 respecto a los conocimientos sobre los factores de riesgo de infección por el VIH/Sida en las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, se observa que del 100 % (66) de mujeres entrevistadas, el 96.9 % (64) de mujeres encuestadas conoce sobre la práctica de sexo inseguro, mientras un 69.7 % (46) conocen sobre el abandono de tratamiento como factor de riesgo para desarrollar Sida.

Gráfico N° 5
Estilos de vida de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2014



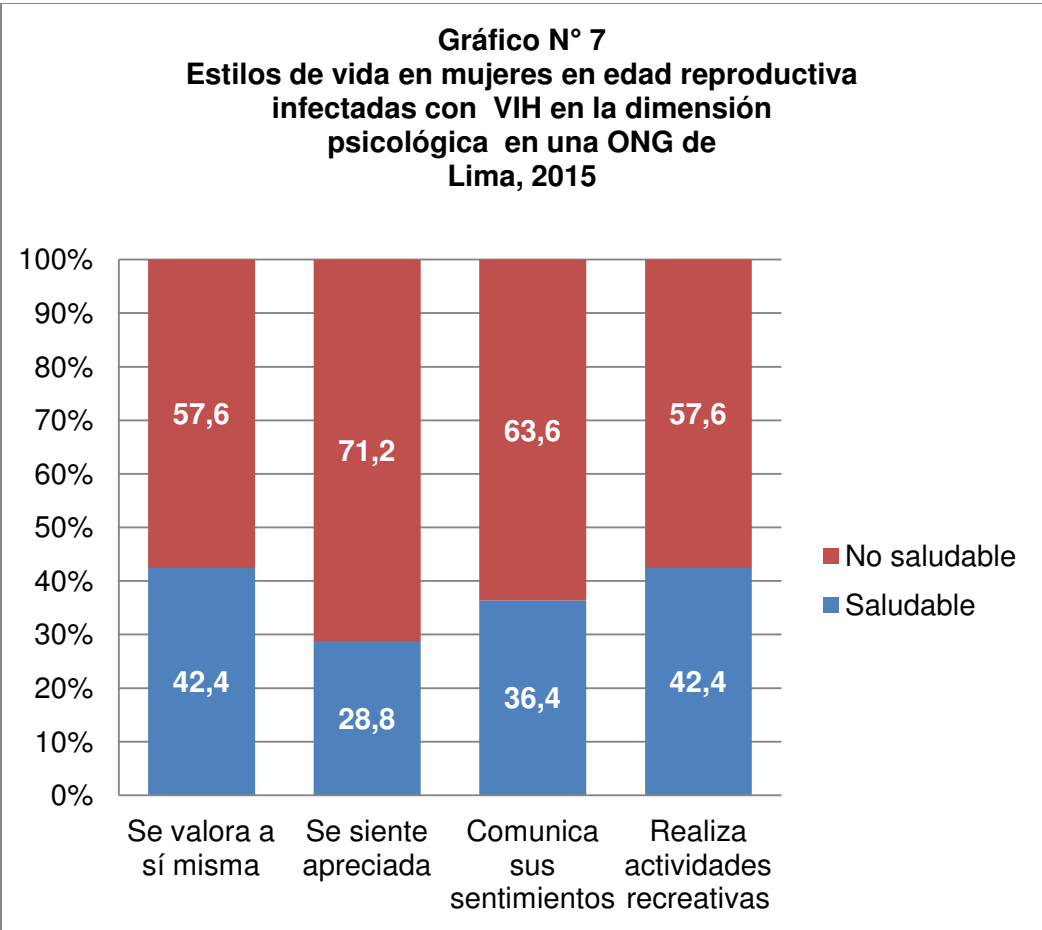
Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015.

En el gráfico N° 5 respecto a los estilos de vida de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, se evidencia que del 100 % (66) de mujeres encuestadas, 58 % (38) tienen un estilo de vida saludable mientras el otro 42 % (28) no tiene un estilo de vida saludable.



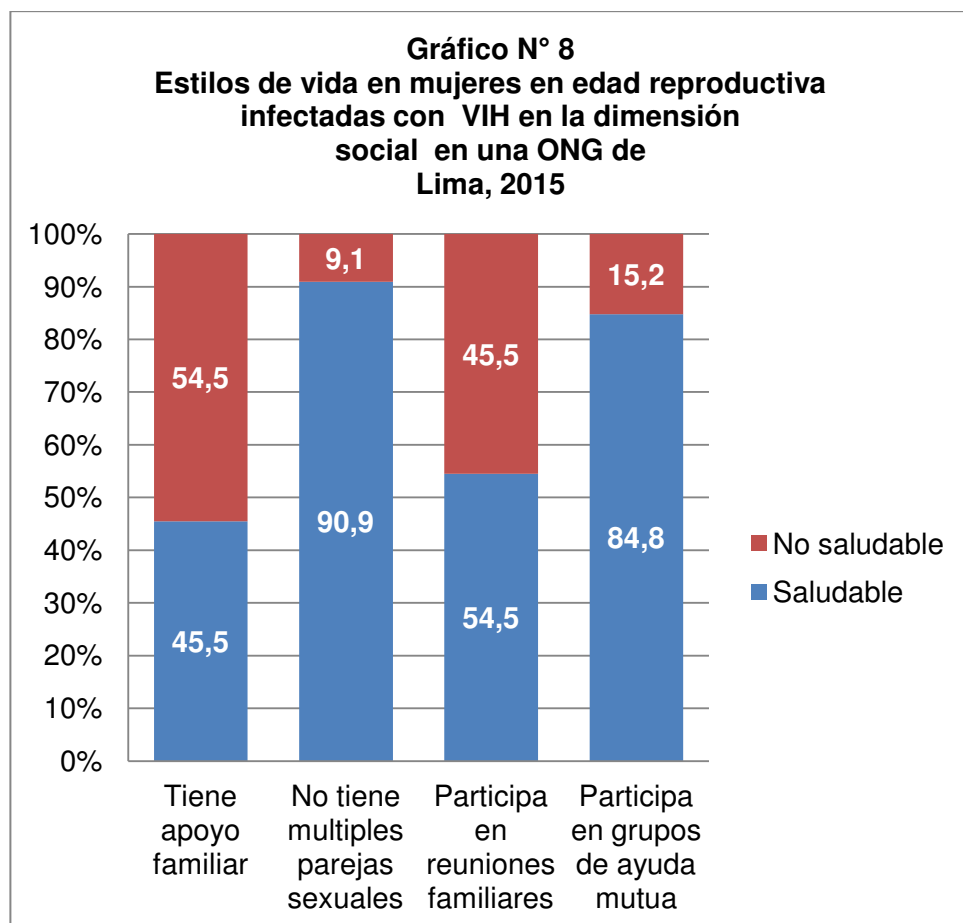
Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015

En el gráfico N° 6 respecto a los estilos de vida en las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en la dimensión biológica en una ONG de Lima, se tiene que del 100 % (66) de mujeres entrevistadas, el 57.6 % (38) no tienen una alimentación saludable. Mientras el 93.9 % (62) asiste a su control médico, el 72.7 % (48) tiene un descanso de 6 a 8 horas y finalmente solo el 74.2 % (49) no realizan ejercicio físico.



Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015

En el gráfico N° 7 respecto a los estilos de vida en las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en la dimensión psicológica en una ONG de Lima, se tiene que del 100 % (66) de mujeres entrevistadas, el 42.4 % (28) se valora a sí misma, el 28.8 % (19) se siente apreciada por los demás, el 36.4 % (24) comunica sus sentimientos y el 42.4 % (28) realiza actividades recreativas.



Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015

En el gráfico N° 8 respecto a los estilos de vida en las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en la dimensión social en una ONG de Lima, se tiene que del 100 % (66) de mujeres entrevistadas, el 54.5 % (36) no tienen apoyo familiar, 90.9 % (60) no tienen múltiples parejas sexuales, 54.5 % (36) participan en reuniones familiares y 84.8 % (56) participan en grupos de ayuda mutua.

B. DISCUSIÓN

Los conocimientos que tienen las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH sirven de herramienta para tomar decisiones acerca de las dimensiones que son necesarias afianzar y buscar una mejora en las estrategias de intervención para lograrlo.

Según el informe del Instituto Nacional de Salud, la mayor cantidad de casos reportados de mujeres infectadas con VIH se da entre las edades de 20 a 44 años. Dentro de este grupo, predominan las mujeres con edades entre los 25 y 29 años.⁽⁵²⁾ En este estudio se encontró que el 90,9 % de las mujeres entrevistadas tenían edades entre los 25 y 43 años, lo cual coincide con las estadísticas nacionales. En este rango de edad, es decir entre los 18 y 43 años las mujeres se encuentran en edad fértil.

En el informe emitido por el MINSA en el 2013, plantea que cuanto menor es el poder socioeconómico y político de la mujer, como las desigualdades en el acceso a la educación, el empleo, y los servicios de salud, aunado a la presencia de violencia o el miedo a sufrirla, mayor es su vulnerabilidad al VIH; lo cual deviene en que muchas mujeres y niñas no tengan la capacidad para negociar las prácticas sexuales, insistir en el uso de preservativo o tomar medidas para protegerse a sí mismas del VIH. Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian que la mayoría de las mujeres encuestadas han logrado terminar el colegio. Sin embargo, la ocupación más frecuente (69,7 %) entre ellas es ser ama de casa. Esto refleja la realidad de nuestro país que coincide con que solo el 31 % de las mujeres del Perú pertenecen a la población económicamente activa.

En el presente estudio se observa que las mujeres entrevistadas conocen más sobre los aspectos conceptuales y sobre factores de riesgo Según el ENDES (Perú, 2012) ⁽⁵³⁾, del total de mujeres entrevistadas el 96.6% conocía o había oído hablar del VIH/Sida y el 77.8% refirió conocer que se reduce el riesgo de adquirir el VIH usando el preservativo durante las relaciones sexuales. Afortunadamente, se muestra una tendencia en aumento hacia niveles altos de conocimiento sobre la infección del VIH desde el año 1996 en los diferentes grupos de edad, lo que indica que el acceso a la información sobre VIH/Sida ha mejorado con el tiempo y ha permitido que más mujeres tengan conocimiento sobre el tema y conozcan algunas estrategias de prevención. Además, según refieren las encuestadas hoy en día es más fácil acceder a diferentes fuentes de conocimientos ya sea a través de los medios de difusión masiva como el internet, la televisión, la radio, entre otros.

Además, se encontró que con menor porcentaje conocen sobre la transmisión del VIH de la madre al niño. Al respecto la Onusida manifiesta que el modo de transmisión principal de la infección por el VIH en niños es la transmisión vertical. ⁽⁵⁴⁾ Por lo cual en la intervención terapéutica, es importante la consejería y las pruebas voluntarias ya que son ventajosas para las mujeres, dado que así ellas puedan tomar decisiones informadas sobre su actividad sexual, la anticoncepción, la interrupción del embarazo e informarse acerca de la correcta alimentación del lactante.

A su vez en este estudio también se encontró que solo el 69,7 % considera que al abandonar su tratamiento se vuelven vulnerables a contagiarse de otras enfermedades. Como se revisó en el marco teórico, el virus del VIH se replica constantemente y muta con rapidez para

volverse resistente incluso ante un fármaco individual. Por ello, la combinación de medicamentos que se brindan en el TARGA incide en diversos aspectos del proceso de replicación con el fin de lograr la supresión máxima del VIH y permitir un incremento y mantenimiento de los CD4. El tratamiento evita que la replicación viral incremente y a su vez disminuye la vulnerabilidad del paciente para desarrollar infecciones oportunistas que caracterizan la fase Sida y puedan conllevar al fallecimiento. De ahí la importancia de conocer el abandono del tratamiento como un factor de riesgo de desarrollar Sida.

Los estilos de vida se entienden como un patrón de conductas y hábitos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen. Depende de la decisión del individuo adoptar un estilo de vida saludable o no saludable ya sea en el desarrollo de conductas que requieren ser practicadas a diario como la alimentación balanceada, ejercicio físico, descanso de 6 a 8 horas, u otras que tienen una naturaleza más esporádica como el asistir a su control médico. Además, las mujeres entrevistadas presentan una característica trascendental que está relacionado con su edad y las implicancias de ello. En esta etapa se manifiesta plenamente su sexualidad por lo cual es importante conocer para poder orientar a la mujer fértil. Particularmente las mujeres entrevistadas habrán de desenvolverse desde la prevención secundaria para mantener su estado de salud y mejorarla.

En las entrevistadas se evidenció que solo el 25,8 % realizan ejercicio físico. El ejercicio no está contraindicado en personas con VIH. Por el contrario se considera que los efectos del ejercicio son saludables, tanto a nivel físico como psicológico. Las personas infectadas con VIH

podrían responder al entrenamiento físico de una forma similar a cómo lo hacen aquéllas que no tienen el virus. No se ha observado en personas con VIH que practican deporte efectos adversos, como reducción de los recuentos de células CD4 o aumentos de la carga viral. ⁽⁵⁵⁾ Por esta razón, se sugiere generalmente que las personas infectadas con VIH comiencen a realizar ejercicio mientras no presenten otras patologías oportunistas.

Es muy importante el aspecto de la alimentación en la persona infectada con VIH ya que mejorará la calidad de vida de las personas infectadas manteniendo su peso corporal y energía; mejorando la función del sistema inmunitario y prolongando el período que transcurre de la infección a la aparición del SIDA, entre otros beneficios. ⁽⁵⁶⁾ Sin embargo en las mujeres entrevistadas se encontró que solo el 42,4 % tiene una alimentación balanceada lo cual puede ocasionar un problema en el sistema inmunológico y repercutir en mayor dinero gastado en tratamiento por enfermedades oportunistas, por ejemplo. Las mujeres entrevistadas refieren que a pesar de ser amas de casa; muchas veces el dinero que reciben de sus parejas no es suficiente para comprar los alimentos para una alimentación balanceada sin embargo muchas de ellas son conscientes que si desarrollaran SIDA su cuidado lo enfrentaría su familia, y ésta pagaría los gastos mientras ellas no estén en condiciones de trabajar. Es por ello que se debe promover una nutrición sana y equilibrada como uno de los objetivos del cuidado de las personas infectadas por VIH.

Por otro lado tenemos que los estilos de vida en relación a la dimensión psicológica de las mujeres entrevistadas no son saludables. En las mujeres entrevistadas se evidenció que el 71,2 % no se siente

apreciada por los que la rodean. Según Alexander Egúsquiza, la discriminación de ciertos grupos los obliga a esconderse, haciendo que la comunicación, el contacto y la existencia lleguen a ser difíciles facilitándose la transmisión del VIH. Por desconocimiento o por prejuicios, los enfermos son estigmatizados y discriminados, lo cual genera consecuencias devastadoras de autoestima y lo que es más grave aún, los pacientes no muestran interés ni cooperación a la hora de tomar medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás.⁽⁵⁷⁾ Las entrevistadas refieren que ellos (sus familiares) no saben que están infectadas con VIH y ellos tampoco saben que ellas están infectadas con el VIH, lo cual las obliga a esconder sus medicamentos, por ejemplo.

Renata Orlandi en su investigación titulada: “Afrontamiento de la seropositividad por mujeres con VIH y apoyo recibido de sus redes personales significativas” refiere lo siguiente: “... las participantes que tenían habilidades sociales más precarias tuvieron mayores dificultades para hablar abiertamente sobre el VIH con sus prójimos y tendieron a delegar los esfuerzos para la mejora en su estado de salud... desenredándose el cuidado de su propia iniciativa, actuando de manera más pasiva, estando su compromiso con el cambio afectado, por ejemplo, con relación a la mejora de la alimentación y a la interrupción de comportamientos adictivos.”⁽⁵⁸⁾ En este estudio se evidencia que el 36,4 % de las entrevistadas manifiesta sus sentimientos a los demás. Según algunas refieren esto se debe a que no han comunicado su diagnóstico. Si un miembro de la familia no percibe un apoyo constante en su hogar tienen dificultades para afrontar las enfermedades que lo puedan aquejar. Florentina Martin et al. manifiesta que “el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de

su familia y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego”.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

El presente estudio de investigación ha permitido obtener las siguientes conclusiones:

- La mayoría 70 % (46) de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima tienen conocimientos sobre aspectos conceptuales, factores de riesgo y modos de transmisión de la infección. Este conocimiento acerca de la propia enfermedad puede generar la adopción de cambios para propiciar la reorganización de la vida de la persona.
- En relación a la variable estilos de vida la mayoría 58 % (38) de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima tienen un estilo de vida saludable. La adopción de un estilo de vida saludable disminuye la probabilidad de desarrollo de otras infecciones oportunistas e incluso mejora el sistema inmunológico.
- Las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH tienen conocimientos sobre aspectos conceptuales en un 84 % (56) pero es alarmante que solo el 60.6 % (40) conocen la diferencia entre VIH y Sida. Ello debe ser considerado ya que con el avance del tratamiento farmacológico se puede vivir saludablemente con el VIH toda la vida mientras que al desarrollar Sida se produce

síntomas indicadores del deterioro del sistema inmunológico y requiere otros cuidados específicos.

- Las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH tienen conocimientos sobre los modos de transmisión pero en menor porcentaje 81.8 % (54) conocen acerca de la transmisión vertical por lo cual se debe brindar mayor información a la población sobre esta vía de transmisión, para que las gestantes puedan acceder a la atención prenatal y a las pruebas de tamizaje para el VIH, y así disminuir el riesgo de infección del niño por nacer.
- Las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH tienen conocimientos sobre los factores de riesgo pero en menor porcentaje 69.7 % (46) conocen acerca del riesgo de desarrollar Sida por abandono de tratamiento. El tratamiento para la persona infectada es por toda la vida así que se debe reforzar la importancia de la adherencia en la población.
- En la dimensión biológica las mujeres entrevistadas tienen un estilo de vida saludable. Siendo las áreas críticas en relación a la alimentación ya que solo 42.4 % (28) son saludables y el ejercicio físico donde solo un 25.8 % (17) lo realizan. La persona infectada con VIH requiere de una alimentación saludable para evitar complicaciones frecuentes como la pérdida de peso y la deshidratación así como otras complicaciones por una manipulación no higiénica de los alimentos. Así mismo, el ejercicio también ha probado jugar un rol fortalecedor del sistema inmunológico.

- En la dimensión psicológica las mujeres entrevistadas presentan un estilo de vida no saludable caracterizado porque solo el 28.8 % (19) se sienten apreciadas por los demás, el 36.4 % (24) comunica sus sentimientos y el 42.4 % (28) se valoran a sí mismas. Ello puede estar relacionado con el afrontamiento individual frente a la enfermedad y la aceptación de la misma ya que se enfrentan a una enfermedad incurable.
- En relación a la dimensión social las mujeres entrevistadas tienen un estilo de vida saludable. Sin embargo, se encuentra que menos de la mitad 45.5 % (30) recibe apoyo familiar y solo 54.5 % (36) participa en reuniones familiares. Además las mujeres entrevistadas refieren que sus familiares no saben su diagnóstico. La posibilidad de pérdida del afecto de su familia, el rechazo, la discriminación y consecuente abandono debido a que en la sociedad la enfermedad tiene connotaciones vergonzantes puede estar relacionado con el temor a compartir la noticia y aislamiento del ambiente familiar.

B. RECOMENDACIONES

- Realizar trabajos relacionados a las dimensiones e indicadores en otros grupos de diferentes estratos sociales.
- Realizar trabajos similares en donde se profundice en la parte psicoemocional, como por ejemplo indagar más sobre las razones por las que su autoestima está afectada ya que ello influye en su salud.

- Elaborar una propuesta para involucrar en el tratamiento de la enfermedad a un elemento clave de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) OMS. VIH/SIDA. Noviembre, 2012. [Citado 21 abril 2014].
- (3) Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- (2) ONUSIDA. Informe mundial de avances en la lucha contra el
- (4) SIDA. [Revista en internet]. Ginebra, 2014. [Citado 21 abril
- (5) 2014]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/>
- (6) MINSA. Análisis de la mortalidad por causas específicas: VIH/SIDA, tuberculosis, causas maternas y accidentes de tránsito. 2007-2008. [Revista en internet]. Perú, 2013. [Citado 25 abril 2014]. Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/049752.pdf>
- (7) (50) MINSA. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín epidemiológico mensual. Enero 2013.
- (8) (11) MINSA. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en
- (22) (23) el Perú, 2013. DGE. 1° ed. Perú, 2013.
- (9) (21) MINSA. ¿Qué es el VIH y SIDA? Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA (ESNITS). [Revista en internet]. Perú, 2010. [Citado 30 mayo 2014]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/internomenu.asp?Int=1&Opc=1>
- (10) Beltrán Barco Arlette. Estado de salud de las mujeres pobres en el Perú. Centro de investigación de la Universidad del Pacífico. 1° ed. Perú 2009.
- (12) Delgado Panez, Miriam. "Percepción del paciente con SIDA sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de

- Infectología en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2007”. [Tesis para licenciado en Enfermería]. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina. UNMSM. Lima, Perú – 2007.
- (13) MINSA. Líneas de acción. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA (ESNITS). [Revista en internet]. Perú, 2010. [Citado 30 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/galeria.asp?Int=0>
- (14) Juárez Vílchez José et J. Pozo Edward. “Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en dos hospitales públicos de Piura, 2010”. [Tesis para licenciado en Enfermería]. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Piura, Perú – 2010.
- (15) Quispe Montañez Roxana. “Niveles de conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH/SIDA y las actitudes hacia las prácticas sexuales riesgosas en adolescentes de la Institución Educativa Isaías Ardiles del distrito de Pachacamác, julio 2005 – 2006”. [Tesis para licenciado en Enfermería]. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina. UNMSM. Lima, Perú – 2006.
- (16) García González Arianna Dalgis et al. Conocimiento sobre VIH/sida en pacientes atendidos por infecciones de transmisión sexual. Gaceta Médica Espirituana. 14 (Supl 1), 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/sup.14.%281%29_02/p2.html
- (17) Orlandi Renata. “Afrontamiento de la seropositividad por mujeres con VIH y apoyo recibido por medio de sus redes personales

- significativas, Santa Catalina - 2011". [Tesis para especialidad en Enfermería].Caxias, Brasil – 2011.
- (18) Toledo Chico Emmanuel. "Conocimientos de los adolescentes sobre VIH/SIDA en los estudiantes del Nivel Superior, México - 2007". [Tesis para licenciado en Enfermería]. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina. UNMSM. Lima, Perú – 2007.
- (19) MINSA. Líneas de acción. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA (ESNITS). [Revista en internet]. Perú, 2010. [Citado 30 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/galeria.asp?Int=0>
- (20) Díaz Torres Héctor Manuel y Lubián Caballero Ana Luisa. Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. [Revista en internet]. Cuba, 1998. [Citado 04setiembre 2014]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol37_3_98/med05398.htm
- (24) López Valenzuela Miluska. ""Vivenciando el SIDA: Qué es vivir siendo paciente portador del VIH/SIDA Hngai EsSalud. Lima, 2002". [Tesis para licenciado en Enfermería]. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina. UNMSM. Lima, Perú – 2002.
- (25) INEI. Sexualidad y Anticoncepción en la Adolescencia. [Revista en internet]. Perú, 1998. [Citado 04 setiembre 2014]. Disponible en:
<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0016/CAP-02-2.HTM>
- (26) Lasso B. Martin. Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en el paciente adulto con infección por VIH/SIDA. Revista chilena de infectología 2011; 28 (5): 440-460
- (29)

- (27) Minsal. Guía clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
(28) VIH/SIDA. [Revista en internet]. Chile, 2010. [Citado 15 agosto 2014]. Disponible en: web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4340c44a9e04001011f0113b9.pdf
- (30) Barceló Acosta Malicela y Borroto Díaz Gerardo. Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Rev Cubana Invest Biomed* 2001; 20(4): 287-95
- (31) HAWKINS, Del I et al. (2004). Comportamiento del Consumidor. Construyendo estrategias de marketing. 9° Edición. México: Ed. Mc Graw Hill.
- (32) OMS. Campaña del Día Mundial de la Salud. [Revista en internet] Ginebra, 2012. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
- (33) Viteri Burbano María Amelia. Discursos sobre el VIH/SIDA: un estudio en parejas heterosexuales viviendo con VIH/SIDA. [Tesis de maestría en Ciencias Sociales con Especialización en Estudios de Género]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Quito – 2003
- (34) MINSA. “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del
(35) Adulto/a con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)”. 2010.
- (36) FAO. Beneficios de una buena nutrición de los enfermos de
(41) VIH/SIDA y su familia. [Citado 25 mayo 2014]. Roma, 2003.
(53) Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/y4168s/y4168s04.htm>

- (37) layac. Ejercicio físico y el VIH. Aidsorg. Hoja informativa 802.
(38) [Citado 23 marzo 2015] Disponible en:
http://aidsinfonyet.org/fact_sheets/view/802?lang=spa
- (39) Frieder Kurt y Trejo María. Construyendo Calidad de Vida:
(52) Actividad Física y VIH / SIDA. Fundación Huésped. 1 ed.
(55) [Citado 23 marzo 2015]. Argentina. Disponible en:
<http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2015/01/vih-sida-actividad-fisica.pdf>
- (40) López Fernández Iván et Almendral Lara Pedro. Efectos del ejercicio físico en sujetos infectados por el VIH-1. Archivos de Medicina del Deporte REVISION Volumen XIV. Número 58. 1997 Págs 135-140. España.
- (42) Jauregui María del Rosario. Alimentación en las personas
(56) viviendo con VIH/Sida. UPCH. 1° ed. [Citado 23 marzo 2015].
(43) Perú. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/MODULOS/NUTRICION.htm>
- (44) Polo Rodríguez Rosa. Recomendaciones de
(57) SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH. 1° ed. [Citado 23 marzo 2015]. España. Disponible en:
http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Recomendaciones_Sob_Sob_Nutricion_en_VIH.pdf
- (45) Piassa Polizzi, Valeria. Porque a mi. Editorial Alfaguara. 1° ed.
(58) Perú – 2011
- (46) Frieder Kurt y Trejo María. Construyendo Calidad de Vida: Actividad Física y VIH / SIDA. Fundación Huésped. 1 ed. [Citado 23 marzo 2015]. Argentina. Disponible en:

- <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2015/01/vih-sida-actividad-fisica.pdf>
- (47) Goffman Erving. Estigma. La identidad deteriorada.1963. Amorrortu, Buenos Aires
- (48) Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Estigma y
(51) discriminación hacia las personas con VIH y Sida. 1° ed. [Citado 23 marzo 2015]. España. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/estigma.htm>
- (49) Delgado Panez, Miriam. “Percepción del paciente con SIDA sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Infectología en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2007”. [Tesis para licenciado en Enfermería]. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina. UNMSM. Lima, Perú – 2007
- (54) Onusida. Transmisión del VIH de la madre al niño. Onusida [Citado 24 marzo 2015]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc531-mtct-tu_es_0.pdf

ANEXO

	Pág.
ANEXO A. Operacionalización de variables	I
ANEXO B. Instrumento	VI
ANEXO C. Lista de codificación	X
ANEXO D. Consentimiento informado	XII
ANEXO E. Categorización de la variable conocimiento	XIII
ANEXO F. Categorización de la variable estilos de vida	XIV
ANEXO G. Análisis de la concordancia prueba binomial	XV
ANEXO H. Validez de contenido del instrumento	XVI
ANEXO I. Confiabilidad	XVIII
ANEXO J. Determinación de la muestra	XIX
ANEXO K. Distribución de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH según rango de edad	XX
ANEXO L. Distribución de las mujeres en edad Reproductiva infectadas con VIH según grado de instrucción	XXI
ANEXO M. Distribución de las mujeres en edad Reproductiva infectadas con VIH según grado de instrucción	XXII
ANEXO N. Distribución de las mujeres en edad Reproductiva infectadas con VIH según Estado civil	XXIII

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Conocimientos sobre VIH/SIDA de las mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH	Conjunto de ideas, conceptos o información que han recopilado a lo largo de su vida las mujeres en edad reproductiva, que tienen entre 15 y 44 años, infectadas del virus como resultado de experiencias y aprendizajes acerca del	ASPECTOS CONCEPTUALES MECANISMOS DE TRANSMISIÓN FACTORES DE RIESGO	1. Definición del VIH/SIDA 2. Diagnóstico 3. Tratamiento 4. Transmisión sexual 5. Transmisión sanguínea 6. Transmisión vertical 7. Consumo de alcohol y/o drogas 8. Practica de sexo inseguro 9. Abandono de tratamiento	Es toda aquella información que refieren las mujeres infectadas con VIH sobre aspectos conceptuales, diagnóstico, tratamiento, medios de transmisión y factores de riesgo, la cual ha sido	Conoce No conoce

		SOCIAL	8. Comunica sus sentimientos 9. Realiza actividades recreativas 10. Tiene una red de apoyo familiar 11. Tiene múltiples parejas sexuales 12. Participa en grupos de ayuda mutua 13. Participa en reuniones familiares y sociales	mediante un cuestionario y valoradas en saludable y no saludable.	
--	--	--------	---	---	--

ANEXO B INSTRUMENTO

I. PRESENTACION

Buenos días, mi nombre es Rosa María Barzola Pacheco. Soy interna de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando un estudio de investigación con el objetivo de obtener información acerca de lo que usted conoce acerca de la infección por VIH y el SIDA, y cuál es su estilo de vida.

Agradezco anticipadamente su gentil colaboración para el logro de los fines del presente trabajo y solicito que sus respuestas sean lo más veraces y sinceras. La encuesta es de carácter individual, anónimo y confidencial; ya que sus respuestas solo se van a utilizar para el estudio de investigación.

II. DATOS GENERALES

Completar o marcar con un aspa (X)

1. Edad:
2. Grado de instrucción:
 - A. No tiene estudios
 - B. Primaria
 - C. Secundaria
 - D. Superior
3. Tiempo de enfermedad:
4. Ocupación:
 - A. Ama de casa
 - B. Comerciante
 - C. Empleada doméstica

- D. Otros.....
- 5. Recibe tratamiento antirretroviral
 - A. Si
 - B. No
- 6. Estado civil:.....
- 7. Pareja:
 - A. No tiene
 - B. VIH positivo
 - C. VIH negativo
 - D. No sabe
- 8. Número de hijos:.....

III. DATOS ESPECIFICOS

A continuación le voy a realizar preguntas con 2 opciones. Elija la respuesta que usted crea conveniente.

ITEM	SI	NO
1. Es lo mismo estar infectado por VIH que tener SIDA		
2. El SIDA es una enfermedad infecciosa y crónica que destruye las defensas del organismo		
3. El VIH se contagia a través de la vía sexual si hay contacto con las secreciones vaginales o semen de la persona infectada		
4. El VIH se puede transmitir a través de la vía sanguínea		
5. La prueba rápida de VIH/SIDA ó ELISA permite curar la enfermedad a tiempo		
6. Una mujer infectada con el VIH puede transmitirle la enfermedad a su hijo		
7. Una mujer embarazada debe realizarse la prueba rápida de		

VIH/SIDA ó ELISA		
8. Si una mujer infectada con el VIH se embaraza y recibe tratamiento antirretroviral disminuye la probabilidad de infectar al bebe		
9. En relación al tratamiento del VIH solo se brinda en la fase terminal de la enfermedad		
10. La persona sana está en riesgo de enfermar de VIH al acariciar o abrazar a una persona infectada con VIH		
11. Existe una vacuna para el VIH		
12. Si una persona infectada con VIH se contagia de otra infección de transmisión sexual, aumenta el riesgo de desarrollar SIDA		
13. Una persona infectada con el VIH/SIDA debe utilizar preservativo para evitar contagiar y contagiarse de otras enfermedades		
14. Si una persona infectada con el VIH/SIDA abandona su tratamiento, es más vulnerable a contagiarse de otras enfermedades		
15. La finalidad del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA es retrasar el avance de la enfermedad		

A continuación se realizará una serie de preguntas acerca de su estilo de vida. Cada una de ellas contiene 2 posibles respuestas de las cuales usted deberá elegir solo una.

1. ¿Consume mínimo tres comidas al día?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....

.....

2. ¿Consume alimentos “chatarra”?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

3. ¿Asiste su control médico?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

4. ¿Descansa de 6 a 8 horas diarias?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

5. ¿Se ejercita al menos 30 minutos diarios?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

6. ¿Consume cigarrillos?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

7. ¿Consume bebidas alcohólicas?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

8. ¿Participa en actividades recreativas o de ocio?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

9. ¿Siente que el aprecio hacia sí misma está afectado?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

10. ¿Se siente apreciada por los que la rodean?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

11. ¿Siente confianza para expresar sus sentimientos hacia los demás?

Si ()

No ()

¿Porque?

.....
.....

12. ¿Su familia la apoya en el proceso de su enfermedad?

Si ()

No ()

¿Porque?

.....
.....

13. ¿Ha tenido más de una pareja sexual durante el año?

Si ()

No ()

¿Porque?

.....
.....

14. ¿Participa en reuniones de grupos de ayuda mutua para personas infectadas con VIH?

Si ()

No ()

¿Por qué?

.....
.....

15. ¿Participa en reuniones familiares igual que antes de tener la enfermedad?

Si ()

No ()

¿Porque?

.....
.....

ANEXO C
LISTA DE CODIFICACIÓN

A. DATOS GENERALES

1. 18 – 24 (0), 25 – 29 (1), 30 – 34 (2), 35 – 39 (3), 40 - 43 (4)
2. No tiene estudios (0), primaria (1), secundaria (2), superior (3)
3. 1 – 3 (0), 4 – 6 (1), 7 – 10 (2), 10 a más (3)
4. Ama de casa (0), comerciante (1), empleada doméstica (2), otro (3)
5. Recibe TARGA (0), no recibe TARGA(1)
6. Casada (0), conviviente (1), soltera (2), viuda (3), divorciada (4), separada (5).
7. Pareja con VIH + (0), VIH - (1), no sabe (2), no tiene (3).
8. No tiene (0), 1 (1), 2 (2), 3 a más (3)

B. DATOS ESPECÍFICOS

CONOCIMIENTOS		
N°	SI	NO
1	0	1
2	0	1
3	1	0
4	1	0
5	0	1
6	1	0
7	1	0
8	1	0

ESTILOS DE VIDA		
N°	SI	NO
1	1	0
2	0	1
3	1	0
4	1	0
5	1	0
6	0	1
7	0	1
8	1	0

9	0	1
10	0	1
11	0	1
12	1	0
13	1	0
14	1	0
15	1	0

9	0	1
10	1	0
11	1	0
12	1	0
13	0	1
14	1	0
15	1	0

ANEXO D
CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el estudio de investigación titulado: “Conocimientos sobre VIH/SIDA y Estilos de vida de las Mujeres en Edad Reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2014” , habiendo sido informada del propósito así como de los objetivos y teniendo confianza plena de que la información que se obtenga del instrumento será solo y exclusivamente para fines del estudio en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

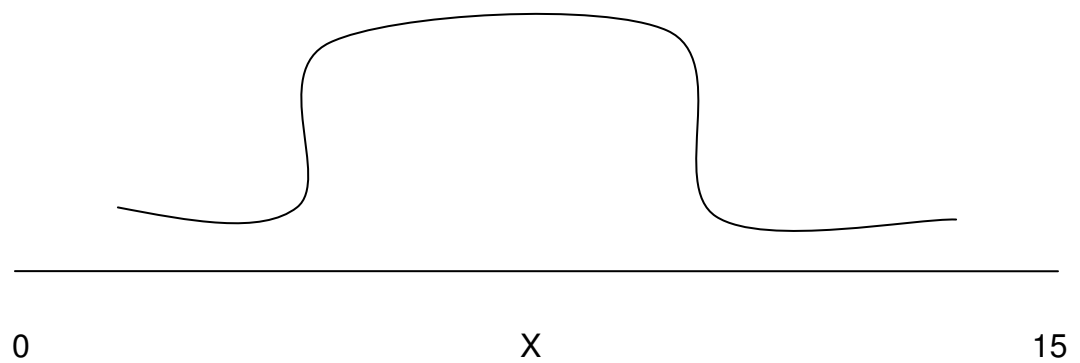
FIRMA

ANEXO E
CATEGORIZACION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO

Para la categorización de la variable conocimiento se procedió de la siguiente manera:

Número de preguntas: 15

Promedio aritmético: 12.4



Conoce: 0 – 12.4

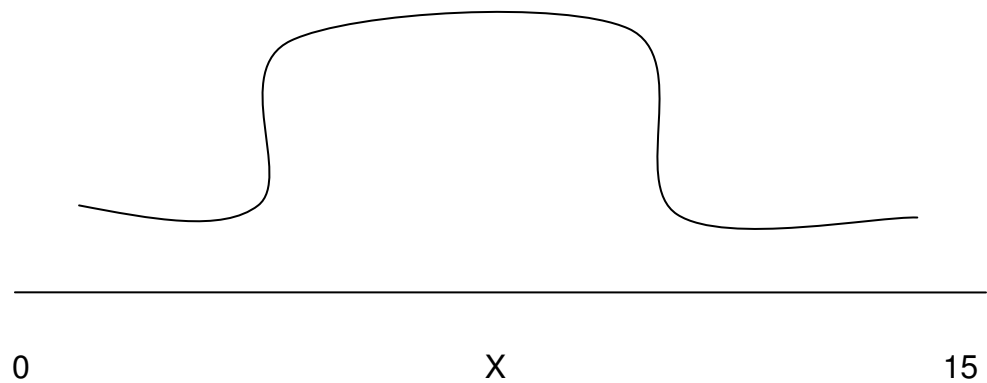
No conoce: 12.5 - 15

ANEXO F
CATEGORIZACION DE LA VARIABLE ESTILOS DE VIDA

Para la categorización de la variable estilos de vida se procedió de la siguiente manera:

Número de preguntas: 15

Promedio aritmético: 8.8



Saludable: 8.9 - 15

No saludable: 0 – 8.8

ANEXO G
ANALISIS DE LA CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL
JUEZ DE EXPERTOS – CUESTIONARIO

N° PREGUNTAS	JUECES EXPERTOS									VALOR DE “p”
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
7	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0.08984
8	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0.08984
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00195

$p < 0.05$

ANEXO H

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Items	CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA															Total
	Aspectos Conceptuales					Mecanismos de Transmisión					Factores de Riesgo					
N°	P1	P2	P5	P7	P9	P11	P15	P3	P4	P6	P8	P10	P12	P13	P14	
1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13
2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13
3	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	7
4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	11
5	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	12
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	14
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14
9	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
13	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13
14	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	10
15	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
16	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
17	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
18	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13
19	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
20	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12
21	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	8
22	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
23	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13
24	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10
25	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
26	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
27	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	5
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14
30	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
Sum	16	21	26	29	26	15	27	29	29	21	28	29	26	29	21	372
Coef P	0.37254418	0.75964791	0.32978293	0.60808454	0.4599604	0.26551099	0.74736426	0.60808454	0.36156378	0.27682085	0.69778116	0.60808454	0.28639044	0.44373737	0.50214014	
p	0.53333333	0.7	0.86666667	0.96666667	0.86666667	0.5	0.9	0.96666667	0.96666667	0.7	0.93333333	0.96666667	0.86666667	0.96666667	0.7	12.4
q	0.46666667	0.3	0.13333333	0.03333333	0.13333333	0.5	0.1	0.03333333	0.03333333	0.3	0.06666667	0.03333333	0.13333333	0.03333333	0.3	
pq	0.24888889	0.21	0.11555556	0.03222222	0.11555556	0.25	0.09	0.03222222	0.03222222	0.21	0.06222222	0.03222222	0.11555556	0.03222222	0.21	
Sumapq	1.78888889															
k	15															
Vara	0.25747126	0.21724138	0.11954023	0.03333333	0.11954023	0.25862069	0.09310345	0.03333333	0.03333333	0.21724138	0.06436782	0.03333333	0.11954023	0.03333333	0.21724138	5.28275862
Kr	0.70861308															

ESTILOS DE VIDA																
P1	Biologico								Psicologico			Social				Total
	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15		
1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	8	
1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	12	
1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	11	
0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	8	
0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	6	
0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	8	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	9	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	9	
1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	7	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	11	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	9	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	9	
1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	7	
1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	
1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	8	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	9	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	8	
1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	6	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	8	
1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	7	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	8	
1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	10	
0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	6	
1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	8	
0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	7	
1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	10	
1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	9	
25	2	29	20	9	26	4	27	9	14	17	26	24	7	25	264	
0.35437465	0.31766904	0.22889388	0.43580096	0.56998608	0.31080713	0.7683843	0.26413527	0.44189932	0.22942764	0.33758556	0.39714245	0.21277564	0.70777037	0.27562473		
0.83333333	0.06666667	0.96666667	0.66666667	0.3	0.86666667	0.13333333	0.9	0.3	0.46666667	0.56666667	0.86666667	0.8	0.23333333	0.83333333	8.8	
0.16666667	0.93333333	0.03333333	0.33333333	0.7	0.13333333	0.86666667	0.1	0.7	0.53333333	0.43333333	0.13333333	0.2	0.76666667	0.16666667		
0.13888889	0.06222222	0.03222222	0.22222222	0.21	0.11555556	0.11555556	0.09	0.21	0.24888889	0.24555556	0.11555556	0.16	0.17888889	0.13888889		
2.28444444																
15																
0.14367816	0.06436782	0.03333333	0.22988506	0.21724138	0.11954023	0.11954023	0.09310345	0.21724138	0.25747126	0.25402299	0.11954023	0.16551724	0.18505747	0.14367816	5.33793103	
0.61289529																

ANEXO I
CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA PILOTO
ENCUESTA ACERCA DE CONOCIMIENTOS

A través de la prueba Kuder - Richardson

$$\frac{15}{14} \left[1 - \frac{8 * (0.86 * 0.14) + 3 * (0.73 * 0.27) + 6 * (0.8 * 0.2) + 5 * (1 * 0) + 8 * (0.93 * 0.7)}{1.54} \right]$$

$$r = 0.70$$

Como $0.70 > 0.5$ el instrumento es confiable

CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA PÍLOTO
ENCUESTA SOBRE ESTILOS DE VIDA

A través de la prueba Kuder - Richardson

$$\frac{15}{14} \left[1 - \frac{11 * (0.47 * 0.53) + 2 * (0.2 * 0.8) + 2 * (0.07 * 0.93) + 7 * (0.6 * 0.4) + (0.27 * 0.73) + (0.67 * 0.33) + (0.54 * 0.46) + (0.34 * 0.66)}{4.34} \right]$$

$$r = 0.61$$

Como $0.61 > 0.5$ el instrumento es confiable

Se realizó la prueba piloto con 30 pacientes para el instrumento de conocimientos y estilos de vida.

ANEXO J
DETERMINACION DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 N p q}{i^2(N - 1) + Z^2 p q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (80) (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (79) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

$$n = \frac{76.832}{1.1579}$$

$$n = 66.35 = 66$$

La población estaba conformada por 80 mujeres de las cuales se determinó una muestra de 66.

ANEXO K
Distribución de las mujeres en edad reproductiva
infectadas con VIH según rango de edad
en una ONG de Lima,
2015

Edad	Mujeres	
	N	%
18 - 24	6	9.1
25 - 35	51	77.3
36 - 43	9	13.6
Total	66	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015.

ANEXO L
Distribución de las mujeres en edad reproductiva
infectadas con VIH según grado de instrucción
en una ONG de Lima,
2015

Grado de instrucción	Mujeres	
	N	%
No tiene	1	1.4
Primaria	3	4.6
Secundaria	57	86.4
Superior	5	7.6
Total	66	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015.

ANEXO M
Distribución de las mujeres en edad reproductiva
infectadas con VIH según ocupación
en una ONG de Lima,
2015

Ocupación	Mujeres	
	N	%
Ama de casa	46	69.7
Comerciante	13	19.7
Empleada doméstica	0	0.0
Trabajadora independiente	7	10.6
Total	66	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015.

ANEXO N
Distribución de las mujeres en edad reproductiva
infectadas con VIH según estado civil
en una ONG de Lima,
2015

Estado civil	Mujeres	
	N	%
Soltero	10	15.6
Conviviente	45	68.2
Separado	7	10.6
Viudo	4	5.6
Total	66	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de Lima, 2015.