



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Razones, barreras e intenciones que intervienen en la decisión de ser madres  
en Mujeres Viviendo con VIH-SIDA, Región La Libertad

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Segunda Especialidad En Promoción Y Prevención en Its-Vih/Sida Y  
Cáncer De Cuello Uterino**

AUTOR:

Obsta. Guadalupe Del Rosario García Escobar

ASESOR:

Mg. María Luisa Olivo Ulloa

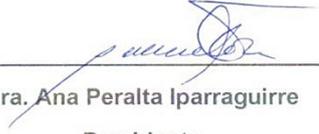
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Sexual y Reproductiva

TRUJILLO - PERÚ

2018

JURADO



---

Dra. Ana Peralta Iparraguirre  
Presidente



---

Mg. Sonia Chacón Pinto  
Secretario



---

Dra. Eliana Guzmán Avalos  
Vocal

## DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía en este camino  
y mi fuerza para no desfallecer.

A mis padres, Marlene y Segundo; a mis  
hermanos: Pilar, Segundo, Ángel, Esteban,  
Guisela, Julio, Paola y Juan por su cariño  
de siempre.

A mi amada hija Valentina Guadalupe por ser mi  
motor y motivo para seguir adelante y mi fuerza  
para concluir esta etapa de Segunda Especialidad  
con éxito

## **AGRADECIMIENTO**

Mi sincero agradecimiento a todas las mujeres que tuvieron la amabilidad de expresar sus experiencias, perspectivas y sentimientos, los mismos que forman parte de los resultados de esta investigación, de verdad gracias, sin sus discursos no habría podido ver hecha realidad esta etapa.

Asimismo, los resultados de esta tesis, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación.

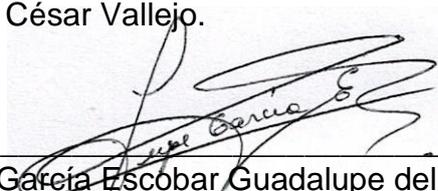
## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Obsta. García Escobar Guadalupe del Rosario, estudiante de la Segunda Especialidad en Promoción, Prevención de ITS/VIH-SIDA y Cáncer de Cuello Uterino de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 03668847, con la tesis titulada: **Razones, barreras e intenciones que intervienen en la decisión de ser madres en mujeres viviendo con VIH-SIDA, Región La Libertad.**

**Declaro bajo juramento que:**

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), se asumen las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.



Obsta. García Escobar Guadalupe del Rosario  
DNI N° 03668847

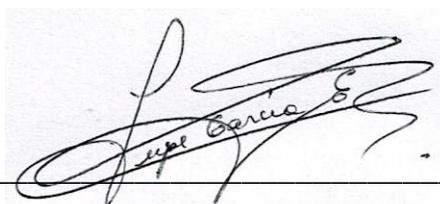
Trujillo, Octubre del 2018

## PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado, presento ante ustedes la tesis titulada: **Razones, barreras e intenciones que intervienen en la decisión de ser madres en mujeres viviendo con VIH-SIDA, Región La Libertad**; con la finalidad de Identificar las razones, barreras e intenciones que intervienen en la decisión de ser madres en Mujeres Viviendo con VIH, de la Región La Libertad durante los meses de abril a junio 2018, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Post Grado de la Universidad César Vallejo, de Trujillo, con el propósito de obtener el Título Profesional de Especialista en Promoción, Prevención de ITS/VIH-SIDA y Cáncer de Cuello Uterino.

Segura de la atención que se servirán brindar a la presente, y esperando cumplir con los requisitos de aprobación, quedo de ustedes.

Atentamente,



Obsta. García Escobar Guadalupe del Rosario

DNI No 03668847

## INDICE

PÁGINA DE JURADO .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD .....	v
PRESENTACIÓN .....	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT .....	ix
I. INTRODUCCIÓN:.....	10
1.1 Realidad Problemática.....	10
1.2 Trabajos previos .....	15
1.3 Teorías relacionadas al tema .....	20
1.4 Formulación del problema.....	25
1.5 Justificación del estudio.....	25
1.6 Objetivos.....	26
II. MÉTODO.....	27
2.1 Diseño de investigación.....	27
2.2 Población y muestra .....	27
2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	28
2.4 Métodos de análisis de datos .....	32
2.5 Aspectos éticos.....	31
III. RESULTADOS.....	33
IV. DISCUSIÓN.....	41
V. CONCLUSIÓN .....	48
VI. RECOMENDACIONES.....	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	55

## RESUMEN

Con el objetivo de Identificar las razones, barreras e intenciones que intervienen en la decisión de ser madres en las mujeres viviendo con VIH-SIDA (MVVS) en la Región la Libertad, se realizó un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad a 10 MVVS que se atendieron en el programa TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo. Se analizó los discursos brindados bajo el enfoque fenomenológico por categorías, usando el software AtlasTi. V 6.2. Entre los resultados obtenidos se encontró que las razones y motivaciones que intervienen en la decisión de ser madres de las MVVS, destacan tres elementos clave: conocer que la enfermedad no se transmita a sus hijos, la cristalización de la maternidad como mandato social y la estabilidad económica familiar. Las principales barreras para no ejercer la maternidad son; el deseo de bienestar y superación personal, la deficiente economía de la familia, oposición de la familia de su esposo, número de hijos y el temor sobre la salud del bebe. Dos de las mujeres entrevistadas, manifestaron no tener la intención de volver a tener hijos, mientras que la mayoría si tienen esta intención. Se concluye que hay tres razones que intervienen en las mujeres participantes para decidir ser madres; el conocimiento sobre la prevención de la transmisión vertical, el ejercicio de la maternidad en cumplimiento al mandato social y tener estabilidad económica y familiar; y cuatro las barreras para evitar ser madres, el deseo de bienestar y superación personal, deficiente economía familiar, oposición de la familia de su esposo, número de hijos y el temor sobre la salud del bebe. Dos de las mujeres entrevistadas, manifestaron no tener la intención de volver a tener hijos.

### **Palabras Clave:**

VIH, razones, barreras, intenciones, decisión de ser madres

## ABSTRACT

In order to identify the reasons, barriers and intentions that intervene in the decision to be mothers in women living with HIV-AIDS (MVVS) in the La Libertad Region, a qualitative study was conducted based on in-depth interviews with 10 MVVS they were treated in the TARGA program of the Regional Teaching Hospital of Trujillo. The discourses offered under the phenomenological approach by categories were analyzed using the AtlasTi software. V 6.2. Among the results obtained it was found that the reasons and motivations involved in the decision to be mothers of the MVVS, highlight three key elements: knowing that the disease is not transmitted to their children, the crystallization of motherhood as a social mandate and stability family economic The main barriers to not exercising motherhood are; the desire for personal well-being and improvement, the deficient economy of the family, opposition from her husband's family, the number of children and the fear of the baby's health. Two of the women interviewed said they did not intend to have children again, while the majority did have this intention. It is concluded that there are three reasons that intervene in the participating women to decide to be mothers; knowledge about the prevention of vertical transmission, the exercise of maternity in compliance with the social mandate and have economic and family stability; and four barriers to avoid being mothers, the desire for personal well-being and self-improvement, poor family finances, opposition from her husband's family, number of children and fear of the baby's health.

### **Keywords:**

HIV, reasons, barriers, intentions, decision to become mothers

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **Realidad Problemática**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Esta infección ha sido considerada como una epidemia que se relaciona con la sexualidad, la pobreza, la inequidad y la vulnerabilidad del ser humano. Ha cobrado ya más de 35 millones de vidas, en el 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. <sup>1,2</sup>

En el África subsahariana enfrenta la carga más grande del VIH y del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) a nivel mundial, representando el 65 % de todas las nuevas infecciones por el VIH. Otras regiones afectadas de manera significativa son Asia y el Pacífico, Latinoamérica y el Caribe, y Europa Oriental y Asia Central.<sup>3</sup>

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), informa que cada semana, alrededor de 7.000 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen la infección por el VIH. En África Subsahariana, tres de cada cuatro infecciones nuevas afectan a las adolescentes de entre 15 y 19 años, y las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años tienen el doble de probabilidades de vivir con el VIH que los hombres. Más de un tercio (35%) de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física o sexual en algún momento de su vida. En algunas regiones, las mujeres que son víctimas de la violencia tienen un 50% más de probabilidades de contraer la infección por el VIH.<sup>4</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que, en el año 2016, el 76% de los aproximadamente 1,4 millones de embarazadas infectadas por el VIH en el mundo estaban en tratamiento con antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus hijos. Cada vez son más los países donde la tasa de transmisión materna infantil es muy baja, y algunos de ellos (Armenia, Belarús, Cuba y Tailandia) han recibido la validación oficial de que se ha eliminado esta

vía de contagio. Por otro lado, varios países con tasas elevadas de infección por este virus están logrando grandes progresos en su camino hacia la eliminación.<sup>5</sup>

En el Perú según datos oficiales del Ministerio de Salud a junio 2018, 41,684 personas fueron diagnosticadas con SIDA y 115,797 con diagnóstico de VIH. Y se estima que a la fecha 70,000 personas viven con VIH en nuestro país, que en Lima y Callao concentran el 70% de los casos.<sup>6</sup>

Según la Oficina de Epidemiología de la Gerencia Regional de Salud La Libertad de 1999 a diciembre del 2017 fueron 943 las mujeres que se han notificado con VIH y SIDA, 936 se encuentran en edad fértil. Y desde el 2015 a la semana 37 de del 2018 son 84 las gestantes que presentaron diagnóstico de VIH, de las cuales el 100% recibió profilaxis y/o terapia anti retro viral. La mayoría de estas mujeres pertenecen al estrato económico medio bajo.<sup>7</sup>

Por otro lado, el Perú redujo significativamente los índices de mortalidad por VIH/SIDA gracias a la aplicación de estrategias de prevención y control de la epidemia, entre el año 2010 y 2016. Este importante avance para la salud pública fue reconocido por ONUSIDA, a través del reciente informe “Ending AIDS: avances hacia los objetivos 90-90-90”.<sup>8</sup>

El crecimiento en relación a los casos de mujeres infectadas por VIH, ha alcanzado significativamente a las mujeres en el grupo de edad que coincide con su período reproductivo - entre 15 y 49 años de edad; es decir, en edad fértil, lo cual trae como consecuencia un aumento en el riesgo de la transmisión vertical. Por tanto, el deseo de ser madre de una mujer infectada por el VIH además de ocurrir con relativa frecuencia en todo el mundo es una decisión difícil y con ciertos riesgos tanto para la madre como para el hijo en el caso de que no se tomaran medidas preventivas necesarias.<sup>9,10</sup>

Para proporcionar estas medidas preventivas se debe considerar su forma de transmisión las cuales son; por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales

con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia y se denomina transmisión vertical. Si no se interviene de ninguna forma durante estos periodos, las tasas de transmisión pueden ser del 15% al 45%, cuando se da lactancia aumenta 5-20%, lo que eleva el riesgo total a 20-45%. Es posible prevenir totalmente este tipo de transmisión administrando ARVs - tanto a la madre como al niño tan pronto como sea posible durante la gestación y el periodo de lactancia a menos de 2% sumado a la combinación de cesárea electiva, profilaxis antirretroviral tanto a la embarazada como al neonato, y la supresión de la lactancia materna. El riesgo también se incrementa por factores maternos (carga viral alta y recuento bajo de CD4+), parto vaginal y nacimiento pre término. La lactancia tiene un riesgo acumulativo, cuanto más tiempo se amamanta mayor es el riesgo de transmisión.<sup>1, 11</sup>

Es importante resaltar también los avances en relación a los derechos humanos, buscando garantizar el respeto a la ciudadanía de aquellas que viven con VIH. Toda mujer tiene el derecho de quedar embarazada. La mujer infectada por el VIH deberá, sin embargo, ser informada de la mejor fase para quedar embarazada, de los problemas más comunes relacionados, de las condiciones de asistencia, de los medicamentos y formas de tratamiento existentes, así como de la posibilidad de que su hijo nazca infectado. No hay unanimidad sobre este derecho en la sociedad en general. La propia pareja se siente insegura; las familias, los amigos y las personas en torno, juzgando la gestación de estas mujeres un problema, desaconsejan el embarazo. Tal comportamiento deriva, probablemente, del desconocimiento de los avances científicos ya conquistados, del prejuicio, del miedo a la muerte, entre otros factores. Además, los profesionales de la salud, a pesar de las posibilidades terapéuticas de protección, tienden a considerar de forma negativa la gestación de mujeres VIH positivas.<sup>9</sup>

En 2016, la OMS publicó la segunda edición de sus directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales (ARV) en el tratamiento y la prevención de la

infección por el VIH. En ellas se recomienda proporcionar ARV de por vida a todas las personas infectadas, incluidos los niños, adolescentes, adultos y, las mujeres embarazadas y que amamantan, con independencia de su estado clínico y de su recuento de CD4. En 2016, el 76% de los aproximadamente 1,4 millones de embarazadas infectadas por el VIH en el mundo estaban en tratamiento con antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus hijos. Hasta julio de 2017 habían adoptado esta recomendación 122 países, que abarcan el 90% de las personas infectadas por el virus. <sup>1</sup>

En el Perú en el año 2017, según el ministerio de salud, cerca de 16,250 personas viven con VIH sin saberlo, en el año 2016 ocurrieron cerca de 2,700 nuevas infecciones en el país, cifra que muestra la necesidad de que la población se informe respecto a cómo se adquiere el virus. Más aún, considerando que la infección por VIH no muestra síntomas durante los primeros años de adquirido y solo se manifiesta en una etapa avanzada, a la cual llamamos SIDA. <sup>12</sup>

Por otro lado, toda mujer tiene derecho a quedar embarazada, sin embargo, debe informarse sobre el mejor momento para quedar embarazada, los problemas más comunes relacionados con las condiciones de asistencia, los medicamentos y las formas de tratamiento, así como la posibilidad de que su hijo nazca infectado o no. <sup>11</sup>

Las razones y barreras son elementos que facilitan u obstaculizan de manera total o parcial la implementación de cambios en las personas, sistemas y sociedades. <sup>13</sup>

Por lo tanto, el riesgo de transmisión vertical en MVV se ha reducido significativamente gracias a la incorporación del TARGA. Estas condiciones más favorables ofrecen a aquellas mujeres diagnosticadas con VIH la posibilidad de considerar el embarazo como una posibilidad en el futuro. La literatura proporciona evidencias de que el embarazo es percibido por las MVVS como “una forma de recobrar su sentido de maternidad y sexualidad” después de haber

sido diagnosticadas con VIH <sup>14</sup>. La maternidad es sin duda un aspecto crucial en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Sin embargo, no existe evidencias de reportes o estudios que hayan profundizado este tema en nuestro país; incluida la región La Libertad.

Estudios realizados internacionalmente nos dan algunas luces sobre esta problemática. Entre ellos, un estudio transversal realizado en España entre MVVS encontró que por lo menos la mitad de las mujeres encuestadas deseaban embarazarse y que el embarazo después de un diagnóstico positivo a VIH estuvo presente en alrededor del 40% de ellas. Resultados de este estudio también evidenciaron que la principal razón de ser madres fue el deseo de iniciar y cuidar de una familia. Asimismo, la literatura a nivel internacional plantea la importancia de considerar las barreras que las MVVS enfrentan al momento de decidir ser madres. Aspectos como edad, la existencia de hijos previos, miedo a la transmisión vertical, temor a dejar al hijo huérfano, el estigma y el rechazo social debido al diagnóstico de VIH, así como la escasa información proporcionada por el personal de salud para la prevención y cuidados necesarios para un embarazo saludable se constituyen en los obstáculos que las MVVS deben superar.<sup>14</sup>

La OMS destaca la necesidad de concentrar esfuerzos en la salud sexual y reproductiva de las MVVS con la finalidad de asegurar tanto su bienestar como el de sus parejas y sus hijos.<sup>15</sup>

Sin embargo, información relacionada a este tema es inexistente a nivel nacional y de la región La Libertad. Si bien existen reportes estadísticos que describen la prevalencia de embarazos de MVVS nivel nacional y regional; la información obtenida es de tipo cuantitativo y carece de un análisis profundo de la experiencia de ser una MVVS y de las condiciones que determinan las razones y barreras que intervienen en sus intenciones para decidir ser madres.

Esta situación plantea la necesidad del diseño de una investigación cualitativa que permita entender la realidad problemática de las MVVS en relación a la toma de decisiones sobre la maternidad. El profundizar en aspectos claves tales como

las razones que las MVVS tienen para decidir ser madres después de un diagnóstico positivo, las barreras o limitaciones que tienen que enfrentar como parte del proceso de ser madres y la forma en que estas razones y barreras determinan sus intenciones de maternidad se constituyen en un elemento de investigación urgente y necesario, en particular, para quienes trabajan en el área de la salud materna infantil y la prevención del VIH-SIDA en nuestra región.

## **1.2 Trabajos previos**

### **A nivel Internacional**

Álvarez et al <sup>14</sup> (España 2018), en su estudio El papel del VIH en el deseo de procreación y maternidad en mujeres que viven con VIH en España: un enfoque cualitativo, de análisis de contenido, realizaron entrevistas abiertas a 20 MVVS de entre 18 – 45 años de edad. Obteniendo que: el diagnóstico generalmente lo asocian con el miedo a una muerte inmediata y la idea de aislamiento social, rechazando temporalmente la futura maternidad o tener una vida sexual. Su diagnóstico solo lo revelan al círculo social cerrado y el apoyo de la pareja es esencial en el proceso de asimilación del diagnóstico. Los profesionales de la salud brindan información sobre la tecnología de reproducción asistida y sobre cómo minimizar el riesgo de transmisión del VIH en la pareja. Las barreras: no están relacionadas con el VIH. Sin embargo, las mujeres temen la transmisión vertical y experimentan otras barreras derivadas de la infección por VIH.

Agbo y Rispel <sup>16</sup> (Sudáfrica 2017), en su estudio Factores que influyen en las opciones reproductivas de las personas VIH positivas que asisten a instalaciones de atención primaria de salud en un distrito de salud de Sudáfrica. Realizaron una encuesta transversal en tres centros de salud comunitarios del distrito de salud de Ekurhuleni, seleccionaron una muestra aleatoria y los datos recopilados los analizaron utilizando STATA® 13. La mayoría de los participantes ( n = 430) eran mujeres (70%) y desempleados (57%). El 46% de los y las participantes expresó un deseo por los niños (IC 95%: 41.4–50.9). Las probabilidades de querer hijos fueron 16.48 [IC 95%: 5.94–45.74] veces más altas para las personas que viven con el VIH / SIDA que, en los participantes con dos o más

hijos, mientras que, para los menores de 25 años, las probabilidades de querer niños fueron de 0.78 [95% IC: 0,23-2,59] en comparación con los mayores de 50 años. El conocimiento de las PVVS sobre las opciones reproductivas disponibles era limitado, y la mayoría dependía de la orientación de los trabajadores de la salud.

Mendoza et al <sup>2</sup> (México, 2017), realizaron una investigación titulada; Percepción del embarazo en mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana y su apoyo familiar, de diseño correlacional descriptivo transversal, en 26 mujeres portadoras de VIH. Se utilizó un cuestionario de percepción del embarazo y escala de MOS para evaluar el apoyo familiar. Se obtuvo una media de 36 años, de estado civil solteras, en cuanto a la percepción del embarazo en mujeres de VIH fue regular, con escasez de apoyo social. Mediante prueba estadística se obtuvo que no existe relación entre las variables percepción del embarazo y apoyo social. Se concluyó que el padecimiento no es un impedimento para decidir entre tener un embarazo, independientemente del apoyo familiar.

Chávez et al <sup>17</sup> (México, 2017), realizaron una investigación titulada; Percepción cultural respecto al embarazo no planeado de mujeres gestantes viviendo con VIH, de diseño cualitativa, realizando el análisis del discurso, a 15 mujeres gestantes viviendo con VIH que cursaron un embarazo no planeado, se les aplicó una entrevista semiestructurada. Donde la razón más frecuente para continuar el embarazo no planeado fue la percepción sociocultural del aborto como crimen. Los familiares y el personal de salud fueron las personas que con mayor frecuencia sugirieron continuar el embarazo. Concluyéndose que el contexto social y cultural que determina las creencias y significados sobre la infección por el VIH y la reproducción, tiene un papel fundamental para comprender el comportamiento de las embarazadas gestantes viviendo con VIH

Mokwena y Bogale <sup>18</sup> (Etiopía, 2016), en su investigación Intención de fertilidad y uso de anticonceptivos en mujeres que viven con el VIH en la región de Oromia,

Etiopía, aplicaron un cuestionario en 362 mujeres de 18 a 49 años de edad. Utilizando un diseño cuantitativo, transversal y descriptivo encontraron: el 46,6% (n = 158) de participantes informó el deseo y la intención de quedar embarazada. De los participantes del estudio que querían tener hijos, el 60.7% (n = 82) planeaba tener un hijo dentro de dos años. En el período anterior al diagnóstico de VIH, la mayoría de los participantes usaron anticonceptivos inyectables, cambiándolo al uso del condón después de su diagnóstico al VIH. Conclusión: el alto número de mujeres que tienen el deseo y la intención de tener hijos en esta muestra de MVVS, requiere que los servicios de salud reproductiva deban incluir la planificación familiar como un componente esencial de los servicios de salud reproductiva.

Eka et al <sup>19</sup>(Nigeria 2016), en su estudio Deseos reproductivos e intenciones de las mujeres VIH positivas en edad reproductiva que asisten a la clínica de adultos en VIH en el Hospital Universitario Jos, realizaron un estudio transversal entre 500 mujeres VIH positivas en edad reproductiva en relaciones serodiscordantes y seroconcordantes (250 respectivamente), a quienes reclutaron por técnica de muestreo por conveniencia. Analizaron los datos mediante el programa Statistical Package for Social Sciences para determinar sus intenciones reproductivas mediante Chi-square y t-test; múltiples regresiones logísticas para determinar la relación entre variables independientes e intenciones de tener hijos. Encontraron: los deseos e intenciones reproductivas entre aquellos en general fueron 60% y 56.4%; las intenciones reproductivas fueron de 63.2% y 49.6%, respectivamente. La diferencia fue estadísticamente significativa. Concluyendo que las intenciones reproductivas fueron altas, y las intenciones reproductivas mucho más altas entre personas serodiscordantes.

Haddad et al <sup>20</sup> (Atlanta, 2015), con el objetivo de identificar los factores que influyen en el deseo de tener hijos en el futuro entre las mujeres infectadas por el VIH en Atlanta, Georgia. Realizaron un cuestionario ACASI (auto-entrevista asistida por computadora con audio). Chi-cuadrado, t- Pruebas, y regresión

logística multivariable a mujeres de 18 a 45 años de edad. De los 181 participantes, 62 (34,3%) expresaron su deseo de tener hijos en el futuro, con un mayor deseo entre las mujeres más jóvenes (edad <26) y aquellas con parejas seronegativas. Las preocupaciones por la transmisión horizontal y vertical del VIH fueron elementos disuasivos para futuros embarazos. El uso del condón y el conocimiento general del riesgo de transmisión fue bajo. Concluyeron: La información errónea sobre los riesgos de transmisión del VIH persiste y es una preocupación notable que influye en el deseo de los niños.

Laar et al <sup>21</sup> (Ghana 2015), en su estudio La seropositividad al VIH no es importante en la toma de decisiones sobre la maternidad entre las mujeres ghanesas VIH positivas que reciben terapia antirretroviral, mediante entrevistas evaluaron las intenciones de fertilidad de 318 mujeres de 18 a 49 años de edad que reciben ARV en cuatro centros de tratamiento en el sur de Ghana. Utilizaron métodos cuantitativos, seleccionaron la muestra mediante técnica de muestreo aleatorio sistemático. Los análisis se realizaron utilizando IBM SPSS Statistics. Independientemente de la edad, el historial reproductivo y la duración del diagnóstico, el 46% de las mujeres deseaban procrear. El análisis bivariado muestra que las mujeres en sus edades reproductivas tardías (30–39 años) tenían el mayor deseo de procrear ( $p < 0,001$ ). Del 54% de las mujeres que no desean procrear, el logro del tamaño de familia deseado (64.3%) fue una razón más popular que el temor a la transmisión vertical del VIH (7.5%).

Liégio et al <sup>9</sup> (Brasil, 2014), en su estudio titulado; Entre el deseo, el derecho y el miedo a ser madre tras la seropositividad del VIH, de diseño exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo a 13 mujeres embarazadas, utilizando formulario socioeconómico y entrevista abierta en profundidad para la recolección de datos. Obtuvo que, siete afirman que, de alguna manera, tenía el deseo de tener un hijo y querían el embarazo actual, y seis de ellas fueron explícitas en decir que había un deseo. La conclusión es que el período de gestación está marcado por sentimientos ambivalentes de felicidad y por el miedo, debido a la posibilidad de transmisión vertical. Se podría decir que el

significado del embarazo para estas mujeres gira en torno a los elementos relacionados con el deseo, el derecho y las representaciones sociales sobre el embarazo y el SIDA.

Silva et al <sup>22</sup> (Brasil, 2013), en su estudio titulado: El deseo para la maternidad delante del diagnóstico del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, de diseño descriptivo, cualitativo a 11 mujeres con seropositividad de VIH en edad reproductiva, utilizándose la técnica de la entrevista, por medio de un itinerario semiestructurado, con preguntas de respuestas cerradas y abiertas. Los resultados muestran que ellas conocen la necesidad de la realización de tratamiento para prevenir la transmisión vertical, siendo su principal preocupación; que el placer de ser madre va más allá del diagnóstico; y que la atención de enfermería debe ser integral e individual para este grupo, ayudándoles de manera holística y humanizado. Concluyéndose que las mujeres con diagnóstico de VIH positivo, tienen deseo de ser madres, aun sabiendo de los riesgos a que ella y el niño estaban expuestos.

Romero <sup>23</sup> (Colombia, 2012), en su investigación titulada; Vivencias en el embarazo de mujeres con diagnóstico de VIH en el segundo semestre, de diseño exploratorio de tipo cualitativo, mediante entrevista semi-estructurada. Los resultados evidenciaron que cuando se realiza el diagnóstico de VIH durante el embarazo la perspectiva de vida cambia considerablemente en las mujeres puesto que ven la muerte como algo cercano, los hijos de estas mujeres se convierten en su fortaleza y motivación para seguir adelante. Concluyéndose que un factor común en estos casos, es la negación al recibir el diagnóstico y es uno de los procesos más difíciles de afrontar. Durante este proceso de aceptación de la enfermedad llega a estas mujeres la posibilidad de interrumpir el embarazo por miedo que sus hijos puedan nacer portadores del virus del VIH.

Gimeniz et al <sup>24</sup> (Brasil, 2010), en su investigación, titulada; Dilemas y conflictos de ser madre con la vigencia del VIH / SIDA, de diseño cualitativo con ocho mujeres atendidas de forma ambulatoria. Mediante las entrevistas observándose que la mayoría de las mujeres VIH positivo, el embarazo es una elección

deseada, sin embargo, esta decisión se ve de forma negativa por parte de los profesionales de la salud. Además, algunas mujeres consideran que gestar a un niño es condición indispensable para su propia vida. Aunque cotidianamente se pregunta si su hijo será portador del VIH o si ella vivirá lo suficiente para cuidarlo. Concluyéndose que estas dudas, incertidumbres, generan ansiedad y desencadenan en esas mujeres madres sobreprotectoras del niño nacido bajo exposición del VIH.

Es importante mencionar que de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada a nivel nacional no se han encontrado estudios previos relacionados en Perú.

### **1.3 Teorías relacionadas al tema**

La toma de decisiones en el ser humano ha sido uno de los temas de reflexión de los psicólogos, filósofos, antropólogos, economistas, quienes a lo largo del tiempo desde sus perspectivas tratan de explicar el comportamiento humano a través del estudio de los distintos factores que puedan predecirlo, entre ellos, se ha dado una especial importancia a los factores cognitivos y especialmente a las actitudes. En ese contexto la Teoría de la Acción Razonada (TAR) propuesta por Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980). Esta teoría, pretende predecir la conducta humana, propone que el individuo al tomar una decisión, lo hace buscando dos cosas: maximizar sus beneficios y reducir sus costos, para ello, se sostiene en una base de conocimientos sobre los costos de cada elección, y de valoración que le da a cada una de estas <sup>25</sup>. Por tanto, para la mejor predicción de la conducta humana se requiere de un mayor conocimiento específico sobre la conducta y del efecto de su valoración.

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) plantea que el comportamiento humano se encuentra bajo el control consciente del individuo, que existen varios factores que preceden y explican una determinada conducta, e incorpora a la intención de conducta como un determinante inmediato. Al mismo tiempo, considera que la intención de la conducta tiene dos precursores: la Actitud hacia la conducta y la Norma subjetiva. La Actitud hacia la conducta, está determinada por la creencia que tiene la persona de que ésta determinada conducta lo llevará a

ciertas consecuencias y la evaluación positiva o negativa que hace el individuo a cada una de estas consecuencias, esta evaluación aporta el componente afectivo a la actitud y por lo tanto determina la motivación y la fuerza a la intención de la conducta, en tal sentido es de carácter estrictamente individual. Las creencias como determinante de la actitud tienen un origen diverso, entre los que podemos mencionar: a) Por experiencia directa (que son las que tienen mayor fuerza o resistencia al cambio, b) Por experiencia indirecta o llamadas creencias inferenciales (adquiridas por similitud con los adquiridos mediante experiencia directa) y c) Por la información que recogemos a partir de la experiencia de otros individuos, ya sea por medios de comunicación o personas que conforman su círculo social (información que va ser aceptada en función a la experiencia directa o indirecta).<sup>26</sup>

Por otro lado, la Norma subjetiva, contiene un carácter colectivo y social, aporta un conjunto de creencias, patrones culturales y sociales (contexto sociocultural) que son compartidos en los espacios de socialización que frecuenta. En este sentido, según sea la percepción que tienen las otras personas respecto a la conducta que el individuo va a realizar y la motivación que este tiene para complacer las expectativas de las personas que tienen significancia sobre él, determinarán de manera directa o indirecta en la Intención de conducta.<sup>27</sup>

La crítica a la TAR sostiene los siguientes argumentos: a) El comportamiento humano no siempre es racional, b) Los individuos están en un contexto que incluye a otros individuos en el que cada uno posee una posición relativa, c) Las preferencias y posibilidades de cada individuo dependen del contexto en que se encuentra y de su posición. En tal sentido, no todas las acciones o conductas se encuentran bajo el control consciente del individuo, existen situaciones en la que surgen imprevistos, o que requieran recursos, habilidades que interfieren en la Intención que lleva a determinada conducta, el reconocimiento de esta limitante llevó a incorporar un tercer determinante en la Intención de conducta al que se le denomina Control percibido y que llevó a modificar la TAR a lo que se conoce como la Teoría de la Acción Planificada (TAP).<sup>28</sup>

El control percibido (o percepción de control) considera variables internas (la presión de la capacidad y las habilidades de acción) y variables externas (la oportunidad de acción, obstáculos, tiempo, costos, cooperación, etc.). Así mismo, la percepción de control puede tener efecto indirecto o directo sobre la conducta, por ejemplo, puede incidir en la Intención de la conducta modulando el efecto de la Actitud y Norma subjetiva, pero también puede constituirse en un factor independiente de predicción de la conducta cuando a pesar de que existe la Intención de la conducta, esta puede verse modificada o inhibida por la acción directa de la percepción de control sobre la conducta. La incorporación de este tercer determinante, la percepción de control, permite que la TAP aporte al estudio del comportamiento humano, en la medida que va permitiendo comprender que no todas las conductas se hallan bajo control consciente o razonado<sup>29</sup>, teoría que puede ser utilizada para explicar los determinantes que favorecen o inhiben la decisión de embarazarse en las MVVS, contribuyendo en el primer caso al impulso de hacerlo o en el segundo caso, constituyéndose en barreras para tomar la decisión.

La formulación básica de la teoría de la acción razonada parte del supuesto que los seres humanos son esencialmente racionales y que esta cualidad les permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas, por lo que con la información se pueden realizar o no determinadas conductas sociales.<sup>25</sup>

Así también existen barreras y estas pueden definirse como aquellos factores que impiden, total o parcialmente, la implementación del cambio en las conductas en las personas<sup>30</sup>. Se propone una clasificación de las barreras en aquellas relacionadas con el profesional sanitario: Competencia que implica nuevos aprendizajes en la medida que el desconocimiento de los mismos puede impedir los cambios en las prácticas, actitudes y opiniones. Existen diferentes aspectos sobre el cambio de los individuos que muchas veces actúan como dificultades para llevar a cabo las recomendaciones y así lograr los cambios esperados. Motivación para el cambio que pueden ser intrínsecas, (por ejemplo, código ético), o extrínsecas (por ejemplo, los ingresos económicos, la carga de

trabajo, etc.) o mixtas (por ejemplo, el tiempo libre, el reconocimiento social o profesional, la autonomía, etc.). Características personales como la edad, sexo, confianza en sus propias capacidades que pueden determinar los cambios de las personas. <sup>31</sup>

Respecto a la intensión se dice que hace referencia a la actividad que realizan las personas con determinados propósitos o fines. Según el Diccionario de la lengua española, entre otras acepciones, significa “Determinación de la voluntad en orden a un fin” <sup>32</sup>. La intención consiste, por tanto, en la “voluntad”, en el “pensamiento” o en la “idea”. Se trata, pues, de un fenómeno mental y, como tal, está caracterizado por la intencionalidad, por la cualidad de referirse a algo. Decimos, por ejemplo, “Tengo la intención de comer” o “Tengo la intención de estudiar”. El contenido, aquello a lo que se refiere el acto mental denominado intención, es siempre una acción. Debido a la confusión a que puede llevar los usos ordinario y técnico del término “intencional”. <sup>33</sup>

Por otro lado, el VIH, es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". <sup>34</sup>

Se transmite por vía sexual, sanguínea y vertical o madre-niño, a través de fluidos que contienen altas cantidades de virus como el semen, secreciones vaginales, la sangre, y leche materna, respectivamente. La transmisión se puede producir cuando el virus (contenido en esos líquidos) llega hasta la sangre de otra persona a través de heridas o pinchazos en la piel, o cuando alguno de esos fluidos entra en contacto directo con mucosas corporales (vaginal, anal, conjuntival, oral). Por otro lado, la transmisión madre-hijo, en la cual la mujer con VIH puede transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Esto suele ocurrir en 1 de cada 5 embarazos de mujeres con VIH que no reciben ARV y tienen carga viral detectable en sangre. El 2% de los casos notificados al sistema de salud corresponden a esta vía. La cual es

evitable, ya que los avances científicos demuestran que la prueba oportuna del VIH en las gestantes, permite conocer su estado serológico y brindar el tratamiento y cuidados necesarios para prevenir esta transmisión. <sup>35, 36</sup>

Es posible inhibir el VIH mediante tratamientos en los que se combinan tres o más fármacos ARV. Aunque el tratamiento ARV, no cura la infección, frena la replicación del virus en el organismo y permite que el sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para combatir las infecciones. <sup>1</sup>

Es así que se ha definido 3 escenarios de tratamiento de la gestante para prevenir la transmisión vertical, el escenario 1 (VIH-E1) referido a la gestante que por primera vez se le diagnostica la infección por VIH durante la atención prenatal o con diagnóstico previo que no recibe Tratamiento de Gran Actividad (TARGA); el escenario 2 (VIH-E2), referido a la gestante VIH que estuvo recibiendo TARGA antes de su embarazo; y el escenario 3 (VIH-E3) referido a la gestante VIH diagnosticada por primera vez durante el trabajo del parto. <sup>37</sup>

En el Perú se ha implementado todo un marco normativo para responder a la epidemia desde los años 80, teniendo mayor contundencia a partir de los años 90, al promulgarse la Ley 25275, que declaró de interés nacional a la prevención y lucha contra el SIDA. Y esta fue reemplazada en 1996, por la Ley 26626, llamada Ley Contra SIDA, donde se estableció la voluntariedad de las pruebas diagnósticas y la necesidad de la consejería previa, asimismo, asignó el carácter confidencial a los resultados, así como la causa cierta o probable de infección. Debido a que esta ley y su reglamento no reconocían explícitamente el derecho al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH/SIDA (PVVS), en mayo del 2004 se promulgó la Ley 28243, que “amplía y modifica” a la Ley 26626 en 2 aspectos relevantes: 1) la obligatoriedad de la prueba de diagnóstico en las madres gestantes “a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo de previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes”; 2) reconoce el derecho de las personas a recibir tratamiento, estableciendo que la atención a las PVVS debe responder de manera integral a sus componentes biológico, psicológico y espiritual

”comprendiendo en dicho proceso a su familia y sociedad”. Finalmente, mediante el Decreto Supremo 005-2007-SA, se promulgó el Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la prevención y control de las ITS y el VIH/IDA en el Perú, el mismo que fue suscrito por todos los sectores del estado. El objetivo estratégico N° 3 del mencionado plan contempla reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011.<sup>38</sup>

#### **1.4 Formulación del problema**

¿Qué razones, barreras e intenciones intervienen en la decisión de ser madres en mujeres viviendo con VIH, de la Región La Libertad durante los meses de abril a junio 2018?

#### **1.5 Justificación del estudio**

Conveniencia: la presente investigación servirá para conocer cuáles serían las razones, barreras e intenciones que podrían estar interviniendo en la decisión de ser madres en MVVS, tema que a la actualidad no ha sido abordado en nuestra región y que a mi parecer es necesario tener en cuenta ya que involucra la vida sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil con esta condición en nuestra región.

Relevancia social: Este estudio es relevante al considerar que el resultado tendrá impacto para: el cuidado integral dirigido a mujeres en edad fértil viviendo con VIH y SIDA, así como en la prevención de la transmisión vertical. De igual manera puede considerarse como un referente importante para para iniciar investigaciones de este tipo otras regiones del país.

Implicancia práctica: los resultados de este estudio ayudaran a conocer cuáles serían las razones, barreras e intenciones que podrían estar interviniendo en la decisión de ser madres en las MVVS, para a partir de allí plantear estrategias y dar soluciones a este problema de salud pública.

Valor teórico: con este estudio, se podrá lograr tener un mejor conocimiento de la realidad y de las expectativas que tiene la población objetivo en cuanto al

ejercicio de la maternidad, su salud sexual y reproductiva, así como sus derechos sexuales y reproductivos.

Utilidad metodológica: con los resultados de este estudio se espera contar con: mayores elementos que permitan abordar de manera integral el apoyo emocional brindado a este grupo de personas a través de las acciones de salud dignidad y prevención positiva; información relacionada a los mecanismos de planificación familiar y de su salud sexual y reproductiva, para, a partir de ello, ofrecer opciones que se adapten a las necesidades y expectativas de las usuarias; y entender la forma en que estas mujeres asumen y ejercen sus derechos sexuales y reproductivos, en la región La Libertad cuando se trata de tomar decisiones relacionadas a la maternidad.

Aporte científico: Los resultados de este estudio buscan contribuir con el entendimiento de la forma en que las mujeres viviendo con VIH y SIDA perciben la maternidad desde su propia experiencia.

## **1.6 Objetivos.**

### **Objetivo General**

- ✓ Identificar las razones, barreras e intenciones que intervienen en la decisión de ser madres en Mujeres Viviendo con VIH, de la Región La Libertad durante los meses de abril a junio 2018.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Describir las razones que intervienen en la decisión de ser madres en las mujeres viviendo con VIH, de la Región La Libertad
- ✓ Describir las barreras que intervienen en la decisión de ser madres en las mujeres viviendo con VIH, de la Región La Libertad
- ✓ Conocer si las mujeres viviendo con VIH, de la Región La Libertad tienen intenciones de ser madres.

## **II. MÉTODO**

### **2.1 Diseño de investigación**

El presente estudio ha utilizado metodología cualitativa, de diseño Fenomenológico, tomando en cuenta que en la fenomenología obtenemos las perspectivas de los participantes. Sin embargo, en lugar de generar un modelo a partir de ellas, se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno. Pueden ser sentimientos, emociones, razonamientos, visiones, percepciones, etc. De esta manera, en la fenomenología los investigadores trabajan directamente las unidades o declaraciones de los participantes y sus vivencias. <sup>39</sup>

### **2.2 Población y muestra**

#### **2.2.1 Población**

La población de estudio estuvo conformada por todas las mujeres viviendo con VIH/SIDA (MVVS), de 18 a 40 años de edad, que acudieron al Programa de TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante los meses de abril a junio 2018 y que además residían en las diferentes provincias de la Región La Libertad.

#### **2.2.2 Muestra**

La muestra estuvo constituida por 10 mujeres viviendo con VIH que acudieron a sus controles al TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo en los meses de abril a junio 2018.

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, de tipo Intencional o por Conveniencia, debido a que, en este tipo de muestreo las muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales el(la) investigador(a) tiene acceso (Battaglia, 2008). <sup>39</sup>

La modalidad utilizada es el muestreo teórico que más que preocuparse por el número correcto o selección al azar se preocupa de recoger la información más relevante para el concepto o teoría buscada, el mismo que continua hasta alcanzar el nivel de “saturación”, es decir se detiene el recojo de información cuando ya no encontramos información novedosa.

Criterios de inclusión:

- ✓ MVVS, de 18 a 40 años de edad.
- ✓ MVVS, que acuden a los servicios del Hospital Regional Docente de Trujillo periódicamente.
- ✓ Mujeres que conocen su diagnóstico por lo menos con 6 meses de antigüedad.
- ✓ MVVS, que no fueron diagnosticadas durante la gestación
- ✓ MVVS, que viven en las localidades de la Región La Libertad
- ✓ MVVS, que tienen actividad sexual
- ✓ MVVS, que tienen una pareja estable
- ✓ MVVS, capaces de dar su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

MVVS y que reúnen todos los criterios de elegibilidad, pero que:

- ✓ No desean participar del presente estudio.
- ✓ No se encuentren dentro de sus facultades mentales para dar el consentimiento informado.
- ✓ Se muden a otras regiones durante la toma de la muestra.

## **2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **2.3.1 Técnica de recolección de datos**

Se realizó a través de una entrevista en Profundidad, realizándose 10 entrevistas (Anexo C), las que estuvieron definidas en función de los conceptos de “muestreo teórico” y “saturación teórica”, en ese sentido, el número de mujeres viviendo con VIH a ser entrevistadas fue determinado

en el campo, definiéndose a medida que se realizaba la recolección, volviendo a los datos cada vez que se encuentren vacíos de información y una vez que los datos estén “saturados”, es decir que no ofrezcan información nueva, se detuvo la producción y recolección.

Para el caso de este estudio y por la naturaleza de la unidad de análisis, el reclutamiento de las participantes (MVVS) se realizó a partir de contactar con un informante clave que conoce a la población requerida, y que: estuvieran dispuestas a participar voluntariamente del estudio (durante la espera a su atención o después de ella), cumplieran con los criterios de inclusión, hasta llegar a obtener la cantidad total de entrevistas necesarias para este estudio.

Las entrevistas se realizaron en los ambientes del Hospital Regional Docente de Trujillo donde las mujeres viviendo con VIH desearon ser entrevistadas. Las participantes fueron identificadas e invitadas a participar en el estudio por el consejero par (CEPs) del Hospital Regional Docente de Trujillo respetando y cuidando la confidencialidad, cuando las mujeres sujetas de estudio, acudieron a sus controles periódicos al TARGA; de manera personalizada, el CEP les comentaba acerca del estudio, el objetivo del estudio y los términos de la participación.

Al confirmar su interés fueron contactadas por la investigadora del estudio, quien conoce a la población objetivo ya que trabaja varios años en el Centro Referencial de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) donde muchas de ellas han sido diagnosticadas; la investigadora al tener contacto con la paciente procedía a verificar si cumplían con los criterios de inclusión planteados, así como a explicar los acuerdos contenidos en el consentimiento informado, a la firma de éste y a realizar la entrevista en profundidad.

La entrevista tuvo una duración aproximada de 45 minutos; asimismo, con la finalidad de recolectar toda la información brindada la entrevista fue

grabada en una grabadora digital, solicitando a la entrevistada el consentimiento necesario, como parte de la aplicación del consentimiento informado (Anexo B) de participación en el estudio.

Adicionalmente, y previo a la aplicación de la entrevista, se aplicó a cada entrevistada una sencilla ficha de información socio-demográfica (anexo A): La información obtenida en este punto permitió conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres entrevistadas, a fin de caracterizar al grupo entrevistado de manera más específica.

### **2.3.2 Instrumento**

El instrumento utilizado fue una guía de entrevista en profundidad de 8 preguntas abiertas donde se consideraron 2 ejes temáticos:

#### **A. Razones y barreras que intervienen en la decisión de ser madres en MVVS.**

- ✓ Razones que intervienen en la decisión de ser madres.
- ✓ Barreras que intervienen en la decisión de ser madres.

#### **B. Intenciones de ser madres**

- ✓ Apoyo a su intención

### **2.3.3 Validez y confiabilidad**

El instrumento fue validado a través de tres pilotos de la entrevista, con el objetivo de reflexionar en torno a la información obtenida a partir de los ejes temáticos planteados y analizar la interacción establecida con las entrevistadas. Este proceso también buscó evaluar: la fluidez del instrumento, la comprensión de las preguntas, así como la comodidad o incomodidad de las entrevistadas para comunicarse y responder a las preguntas.

Con los resultados del piloto se buscó redefinir la guía de entrevista, aunque es importante mencionar que el proceso de redefinición del instrumento fue

un proceso continuo durante la recolección de la información, de tal manera que se pudieran incorporar aspectos nuevos y relevantes, que permitieran tener una mejor comprensión del tema de investigación.

#### **2.4 Métodos de análisis de datos**

- ✓ El análisis de la información se realizó utilizando técnicas cualitativas estándar y un software para análisis de información cualitativa Atlas ti V. 6.2.
- ✓ La información obtenida en las entrevistas se recogió en una grabadora digital para luego realizar la transcripción de cada entrevista en profundidad, sin modificar ninguna de las palabras empleadas por las participantes. Iniciándose de esta manera el análisis de los datos obtenidos.
- ✓ Luego se ingresó al software de análisis cualitativo Atlas ti V. 6.2 y crear una unidad hermenéutica que contenían las 10 entrevistas transcritas.
- ✓ Una vez creada la Unidad Hermenéutica se realizó la codificación de las entrevistas según lista de códigos, identificándose y agrupándose así los principales ejes temáticos a lo largo de la transcripción de cada entrevista.
- ✓ La codificación de los ejes temáticos requirió la lectura completa de cada una de las entrevistas, proceso importante ya que permitió organizar la información, identificar la riqueza del material encontrado e iniciar la comprensión del texto.
- ✓ Una vez terminada la codificación se analizó e interpretó mediante análisis de contenido, lo que hay detrás del discurso de las mujeres entrevistadas, identificando sus valoraciones, juicios, razones, expectativas y experiencias a partir de lo dicho por ellas.

#### **2.5 Aspectos éticos**

De acuerdo a la naturaleza del estudio por tratarse de una investigación con seres humanos y según la declaración de Helsinki se consideró los

siguientes aspectos éticos:

**Consentimiento informado:** La entrevistadora del estudio junto con la participante leyó el consentimiento informado, para asegurarse el entendimiento de los objetivos del estudio y además para que perciban la importancia, seriedad y confidencialidad del estudio.

**Privacidad y Confidencialidad:** Se mantuvo la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, guardándose los audios gravados y las transcripciones en archivos que solo la investigadora tiene acceso. Al momento de codificar las entrevistas se conservó el dato de la edad de la participante, la zona en la cual reside y se identificará el audio por un código. Ninguna identificación personal de la entrevistada será guardada (p. e. nombre)

**Conflicto de intereses:** La autora del estudio declaró no tener ningún conflicto de interés al aplicar la entrevista.

**Veracidad en los datos:** Se empleó todos los datos obtenidos de la entrevista aplicada de acuerdo a los discursos, pensamientos y perspectivas brindadas por las participantes.

### III. RESULTADOS

#### A. Razones y barreras que intervienen en la decisión de ser madres en MVVS.

##### ✓ Razones y motivaciones que intervienen en la decisión de ser madres.

Las razones de las MVVS para decidir embarazarse se pueden clasificar de la siguiente manera:

- a. Conocimiento de que la enfermedad no necesariamente se va a transmitir a los hijos si se toman las medidas adecuadas de protección, destacan el tratamiento ARV, tal como lo señalan los siguientes testimonios

*P1: “Creo que si una MVVS decide ser mamá es porque ya conoce que hay ayuda para que su niño no nazca infectado porque si no hubiera esas probabilidades entonces una mujer no se embaraza, porque yo para que voy a quedar embarazada para que mi niño también nazca enfermo”*

*MVVS, 34 años*

*P1: ...”.yo creo que si es una... mujer que es joven y que de repente su enfermedad no está muy avanzada, creo que si, porque ahorita ya hay tratamiento, hay muchas probabilidades que el niño no nazca infectado”*

*MVVS, 34 años*

*P5: “Creo que saber que puedes embarazarte tomar tu medicamento, llevar tu control y saber que puedes tener un niño sano creo que eso ha sido fuerte para mí y decidir...”*

*MVVS, 23 años*

- b. Otra de las razones encontradas es la relacionada con la cristalización de la maternidad como mandato social, y la conformación de la familia como ideal de bienestar y es fuerte aún en nuestro medio.

*P4: "... completar su felicidad, es bonito tener un hijo pues no?, y me daba tanta alegría tenerlo y es algo que puede hacer formar a una familia mejor, el tener un hijo... es la razón que me da seguir adelante y vivir por él, a veces uno piensa en uno mismo y al tener un hijo uno piensa diferente..."*

*MVVS, 19 años*

*P5: "yo pienso que..., bueno... que la enfermedad, capaz de a un momento sientes que ya no puedes más y que ya tu vida ya..., ¿para qué vivir?, pero en mi caso personalmente yo no quise, pero ya después al informarme y al ver que yo iba bien y al ver que merezco y creo que todas las personas merecen tener un hijo, todas merecen tanto las mujeres y al ver lo que me decían acá (las compañeras), porque a veces me preguntaban que, si volvería a tener un hijo, y yo decía no y a veces me decían, pero acá todos los bebés, cuando estas a tiempo, incluso hay madres que se enteran a los 6 meses y han tomado y salen bien sus hijos, entonces como que... más que eso y de ver que a mí me nació otra vez ese sentir esos movimientos acá (se toca el vientre), porque a veces yo, yo soñaba y decía no, si quiero volver a ser madre, quiero volver a tener otro bebito y tenerlo dentro mío y cargarlo"*

*MVVS, 23 años*

*P2: "Para formar una familia, para que la relación crezca más, haya más confianza"*

*MVVS, 21 años*

- c. También se encuentra que otra razón que tienen las MVVS es la estabilidad económica familiar, contar con trabajo estable y que las relaciones de pareja sean buenas, independientemente del diagnóstico, conforme se señala en el siguiente testimonio.

*P8: “Una sería bien, bien, sí es que estoy bien económicamente si es que mi esposo tiene un trabajo estable, si es que mi matrimonio está yendo bien eso sería una razón si es que ya yendo bien en el amor si es que hay armonía ahí estamos bien totalmente mi hijo mi esposo y yo sí, sí es que no, no”.*

*MVVS, 20 años*

*P3: “sí tendría también, porque mi esposo trabaja y económicamente estamos bien”*

*MVVS, 30 años*

✓ **Barreras que intervienen en la decisión de ser madres.**

Respecto a las barreras que refieren las participantes podemos describir la siguiente clasificación:

- a. Una de las principales barreras encontrada para no ejercer la maternidad o post ponerla en este estado de diagnóstico destaca el deseo de bienestar personal al querer continuar con los estudios superiores o sacar el título profesional conforme se manifiesta en los siguientes testimonios

*P2: “Mi motivo es que quiero estudiar..., por ese motivo y mi papá no..., él piensa que estoy separado de él y hay comentarios que ha llegado, pero hasta ahorita no me pregunta si sigo o no sigo, y me dijo “que no lo engañe que si quería estudiar que le diga, si no de lo contrario que mejor me quede con mi mamá que no haga gastar plata en vano” y decidí estudiar, por eso me puse el implante para cuidarme 3 años, pero antes de eso termino mi carrera”*

*MVVS, 21 años*

*P2: “después de tener el título poder trabajar, después de eso ya”*

- b. Otra barrera que destacan las participantes es la deficiente economía de la familia, conforme lo detalla una de las participantes.

*P9: “en la intimidad nos llevamos bien, jugamos, nos bromeamos, pero siempre cuidándonos con preservativos... a veces yo lo animo para tener un bebé y no me dice por ahorita no, quizás con el tiempo, quizás dos tres años podemos tener un bebé, pero ahorita no me dice porque en la situación que estamos a las justas... sobrevivimos para comer y para los niños que tenemos nada más”*

MVVS, 20 años

- c. Otra barrera que describen las mujeres participantes del estudio está relacionada con las relaciones familiares, en el primer caso que se describe a continuación, la familia del esposo se opone a un embarazo, pese a que la MVVS si lo desea. En el segundo testimonio es la familia de ella quienes se oponen.

*P6: “yo lo decidí, me aleje de él, de su familia,... porque él se deja influenciar siempre por su familia y por eso nos separamos... yo tome la decisión, yo le dije tú estás de acuerdo con lo que dice tu familia, para ustedes fácil es hablar, pero en el cuerpo que esta es en el mío..., ustedes dicen que no lo tenga, que no lo tenga,... ya en el caso que no lo quieren que lo tenga ya que hago entonces?, me dicen que no lo tenga, que no lo tengan, pero no me dicen ya sabes que vamos a un doctor a hablar a ver que lo pierdas o que te lo saquen? Mas es lo que me hablan así y no me apoyan pues... para ese caso mejor, yo lo voy a decidir tener y yo tengo confianza en Dios y creo en Dios*

*que mi niña va a salir bien... y que voy a salir adelante, y sabes qué si tú vas a estar así, mejor ya no ya, y de ahí tanto de ver él que yo le era indiferente estando yo en su casa ya él accedió y me dijo ya pues tenlo... y así de ver que ya tomé las cosas en serio, accedió a que yo tenga a mi hijita y me dijo ya pues tenlo me dijo y como dices tú que sea lo que Dios quiera”*

*MVVS, 30 años*

*P7: “de q depende, o sea yo me estoy trazando algo primeramente yo si he dicho “así mi mamá o se oponga el mundo entero a que yo tenga un hijo, yo lo voy a tener porque... me nace, yo quiero tener algo que es mío, que yo lo quiero con toda el alma así me quede sola, así esa persona con quien yo estoy, se va, me deja no me interesa, yo quiero tener mi hijo, pero para tener un hijo yo tengo q tener un hogar, una comodidad donde tenerlo...”*

*MVVS, 30 años*

- d. Dentro de los temores que refieren las participantes, destaca el temor sobre la salud de su bebé, temor que muchas veces es reforzado por el personal profesional de salud que viene interactuando con ellas.

*P6: “me dice (su esposo) tengo miedo, tengo temor que la bebe vaya a salir mal por mi culpa y todo por mi culpa, él dice que él es el único responsable, pero ahora le digo no las cosas ya están hechas lo único es salir adelante y cuidarla y verla por ella nomas le digo, que nos queda porque si vamos estar ahí de pena, de temor más daño nos hacemos nosotros y como lo vamos ayudar a ella”*

*MVVS, 30 años*

*P1: "... lo más difícil... yo he visto a varias chicas que han estado embarazadas, han recibido tratamiento y que siempre han comentado que tenían el temor que su niño nazca con la enfermedad, nazca infectado y eso creo que sería también mi temor de que nazca infectado también"*

*MVVS, 34 años*

*P6: "ella dice que ya hablado con el doctor no sé cómo se llama, no me acuerdo con que doctor o doctora me dijo pero que ha hablado y que le ha dicho que no debería tener hijos por el diagnóstico que tiene, pero yo creo que no señorita al contrario porque, por ejemplo la chica que me dijo así me dio una pena, y como me vio con mi hijita, me pregunto cómo ha sido que me había embarazado y le conté pues no... que tuve miedo, que pase situaciones muy difíciles, pero acá estoy no y mi niña esta grande gracias a dios. Está bien hasta ahorita solamente falta el último resultado porque al año 6 meses creo le dan de alta ya"*

*MVVS, 30 años*

- e. De la misma manera, el número de hijos que tienen y haber vivido la experiencia de la maternidad, así como el tener un futuro incierto por la misma infección, fueron otras de las barreras que mencionaron las participantes a parte de su diagnóstico.

*P1: cómo ya tengo dos hijos no ha sido muy difícil (decidir no tener más hijos), ... creo que más es el hecho de tener VIH... porque.... de repente quien, de repente lo va a cuidar van a ser los familiares y no yo*

*MVVS, 34 años*

*P3: “si tienen 3, 4 hijos no pues..., pero si tienen unito si pues (si deben tener), como para que te acompañen porque a veces los hijos los crías bien ya te acompañan, sino también se te van, pero si tienes 3-4 y decides vuelta tener otro hijo, no pues también”*

*MVVS, 30 años*

## **B. Intenciones de ser madres**

La mayoría de las MVVS entrevistadas manifestaron su intención de embarazarse en un futuro por las razones descritas anteriormente, decisión que fue tomada en la mayoría de los casos junto a sus parejas, sin embargo, una de las entrevistadas manifestó no entender las intenciones de otras mujeres, en iguales condiciones de seropositividad, de querer embarazarse, manifestando que ella no deseaba ni tenía la intención de volver a embarazarse por el temor de tener un hijo infectado.

*P4: “Nosotros lo decidimos juntos y cuando estábamos un poco mejor en el aspecto emocional, estábamos mejor ya, y él decidió tener al bebé ya por los riesgos que se pueden correr después cuando uno cumpla 35 - 40 pues no?, porque yo pensaba tener uno a esa edad todavía, pero él dijo normal hay que tenerlo pues...”*

*MVVS, 19 años*

*P10: “No se la verdad porque quieren embarazarse... yo no deseo embarazarme ... por la enfermedad que tengo, y me da un temor que salga mal mi hijo”*

*MVVS, 27 años*

De igual manera algunas MVVS entrevistadas, manifestaron no tener la intención de volver a tener hijos, por temor de que el diagnóstico de

su hija infectada por este virus y la otra participante debido a que su esposo es usuario de drogas.

*P1:” ....yo tampoco tengo esa... o sea yo al saber que... que tengo VIH, no pienso en tener otro hijo o en embarazarme de nuevo... si hay muchas probabilidades que una mujer con VIH, tenga un hijo que no esté infectado, también puede haber casos o debe haber uno... y bueno (llanto) tener un niño con VIH, es difícil a veces uno se hace la fuerte, pero con el tiempo no sabes que es lo que va a pasar con tu hijo... y bueno mi idea es que las madres que tengan la enfermedad no, no salgan embarazadas porque yo tengo una niña y a veces sola me pongo a pensar de cómo será con el tiempo me va a preguntar porque tomo ese medicamento o por que toma esos jarabes y yo no voy a tener respuesta o no sé cómo le voy a explicar... eso es un poquito también es que a veces cuando estoy sola me pongo a pensar, porque mi niña, porque yo, porque nosotros... es difícil, pero tratamos de... salir a delante y enfrentarlo... pero no me gustaría que hubiera más niños así”*

*MVVS, 34 años*

*P8. “...cada vez que él me dice mi excusa es que el deje su vicio (drogas) y en el cual él se queda en nada, él si quiere tener hijos como el solamente tiene una hermana y él si quiere tener más hijos pero yo a veces le digo cambia sí es que tú cambias o yo me doy cuenta que si en dos años o tres años ya no tienes ese vicio podemos hablar... si es que no, no, esa es mi excusa mía”.*

*MVVS, 20 años*

#### IV. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio ofrecen conocer las razones, barreras e intenciones que están interviniendo en la decisión de ser madres en MVVS, de la Región La Libertad, la información recolectada se realizó a través de entrevistas a profundidad con la ayuda de una guía de entrevista, con preguntas abiertas a las MVVS que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniéndose lo siguiente:

El conocer la posibilidad de tener hijos sanos, de acuerdo a la teoría de la acción razonada propuesta por Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980) <sup>27</sup> que plantea que el comportamiento humano se encuentra bajo el control consciente del individuo, por tanto, la mayoría de entrevistadas de este estudio están prediciendo a través del conocimiento específico que si durante la gestación toman las medidas necesarias para evitar la transmisión vertical sus hijos tienen muchas probabilidades de no adquirir la infección considerándola como una buena razón de un embarazo futuro, lo que concuerda con lo encontrado por Silva et al <sup>22</sup> (Brasil, 2013), quien en su estudio El deseo para la maternidad delante del diagnóstico del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, encontró entre las mujeres VIH positivas que participaron de su estudio que ellas conocen la necesidad de la realización de tratamiento para prevenir la transmisión vertical, siendo su principal preocupación; y que el placer de ser madre va más allá del diagnóstico.

*P1: “Creo que si una MVVS decide ser mamá es porque ya conoce que hay ayuda para que su niño no nazca infectado...”*

*MVVS, 34 años*

Otra razón encontrada y que podría intervenir en la decisión de ser madres en las participantes de este estudio es la cristalización de la maternidad como ideal de bienestar, respondiendo sobre todo a un mandato social que es la conformación de la familia y que de acuerdo a lo descrito por Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980) <sup>27</sup> quienes describen que la Norma subjetiva, lleva un carácter colectivo y social y hace referencia al contexto socio-cultural del individuo, así mismo que la actitud hacia la conducta, está determinada por cada una de las creencias de la persona y que la conducta lleva a ciertas consecuencias y la evaluación positiva o negativa que hace el individuo de cada una ellas, esta evaluación aporta el componente

afectivo a la actitud y por lo tanto determina la motivación y la fuerza a la intención de la conducta, en tal sentido es de carácter estrictamente individual. Nuestros resultados son apoyados por los encontrados con Hernando et al <sup>40</sup> (España, 2014) quienes en su estudio El deseo reproductivo en mujeres con infección por VIH en España, factores asociados y motivaciones: un estudio de método mixto, encontraron que las principales razones para querer hijos estaban relacionadas con el hecho de gustarles y querer formar una familia, ideal que responde a las normas socioculturales. De la misma manera fueron refrendados por Gimenez et al <sup>24</sup> (Brasil, 2010), en su investigación, titulada; Dilemas y conflictos de ser madre con la vigencia del VIH / SIDA, encontrando que algunas mujeres consideran que gestar a un niño es condición indispensable para su propia vida.

*P4: "... completar su felicidad, es bonito tener un hijo pues no?, y me daba tanta alegría tenerlo..."*

*MVVS, 19 años*

La estabilidad económica y familiar es otra de las razones y motivaciones que las MVVS de nuestra región tienen en cuenta cuando se trata de decidir ser madres independientemente de su estatus serológico, este resultado obedece a lo que se conoce como la Teoría de la Acción planificada de Amparo Carpi Ballater y Alicia Brea Asensio, donde indican que la percepción de control considera variables internas como la presión de la capacidad y las habilidades de acción y variables externas como la oportunidad de acción, obstáculos, tiempo, costos, cooperación, etc., <sup>26</sup> Esta razón y de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada no ha sido descrita por ningún autor en estudios previos.

*P8: "Una sería bien, bien, sí es que estoy bien económicamente si es que mi esposo tiene un trabajo estable, si es que mi matrimonio está yendo bien eso sería una razón..."*

*MVVS, 20 años*

Entre las barreras encontradas en el presente estudio se encuentran el deseo de superación personal al querer continuar los estudios superiores y hacerse profesional, se constituye en una barrera que interviene en la realización y/o post poner la maternidad, que fue mencionada por una de las entrevistadas y que estaría

obedeciendo a la TAP que participa como un obstáculo para la realización de la maternidad. De la misma manera esta razón y de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada no ha sido descrita en estudios anteriores.

*P2: “Mi motivo es que quiero estudiar..., después de tener el título poder trabajar, después de eso ya”,*

*MVVS, 21 años*

La economía familiar, solvencia o carencia, está relacionada con la TAP, en el caso de la solvencia económica como un facilitador para decidir positivamente sobre la maternidad, mientras que la carencia de la misma interviene negativamente en las decisiones de procrear tal como lo mencionaron algunas de las entrevistadas. Es importante mencionar que la actitud frente a esta barrera está relacionada con las motivaciones extrínsecas para el cambio como son los ingresos económicos tal como fueron descritos por Grol y Wensing <sup>31</sup>(Escocia, 2005).

*P8: “Una sería bien, bien, sí es que estoy bien económicamente si es que mi esposo tiene un trabajo estable, ...”.*

*MVVS, 20 años*

*P9: “... a veces yo lo animo para tener un bebé y no me dice por ahorita no, quizás con el tiempo, quizás dos tres años podemos tener un bebé, pero ahorita no me dice porque en la situación que estamos a las justas...”*

*MVVS, 20 años*

La oposición de la familia, por desconocimiento (obedeciendo a la TAR), es otra barrera que podrían intervenir negativamente en la decisión de ser madres de las MVVS entrevistadas lo que se contradice con lo encontrado por Chávez et al <sup>17</sup> (México, 2017), en su estudio Percepción cultural respecto al embarazo no planeado de mujeres gestantes viviendo con VIH quienes encontraron que los familiares y el personal de salud fueron las personas que con mayor frecuencia sugirieron continuar el embarazo. De la misma manera nuestros resultados difieren con los encontrados por Mendoza et al <sup>2</sup> (México, 2017), quienes concluyen que el

padecimiento de la infección no es un impedimento para decidir entre tener un embarazo, independientemente del apoyo familiar.

*P6: “yo lo decidí, me aleje de él, de su familia,... porque él se deja influenciar siempre por su familia y por eso nos separamos... yo tome la decisión, yo le dije tú estás de acuerdo con lo que dice tu familia, para ustedes fácil es hablar, pero en el cuerpo que esta es en el mío..., ustedes dicen que no lo tenga, que no lo tenga, ...”*

*MVVS, 30 años*

La mayoría de las entrevistadas manifestaron que el mayor temor presentado por las participantes y que muchas veces se constituye en una barrera que interviene para no ejercer la maternidad tiene que ver con su estatus serológico y los efectos sobre la salud de su bebé, sin embargo, no necesariamente se constituyen en determinantes para negarse esta posibilidad. Los hallazgos de Álvarez et al <sup>14</sup> (España 2018), concuerdan con nuestro estudio al encontrar que la mayoría de las barreras: no están relacionadas con el VIH. Sin embargo, las mujeres temen la transmisión vertical y experimentan otras barreras derivadas de la infección por VIH. Romero <sup>23</sup> (Colombia, 2012), es otro de los autores que refrenda nuestros resultados, concluyendo que un factor común en estos casos, es la negación al recibir el diagnóstico y es uno de los procesos más difíciles de afrontar. Durante este proceso de aceptación de la enfermedad incluso llega a estas mujeres la posibilidad de interrumpir el embarazo por miedo a que sus hijos puedan nacer portadores del virus del VIH.

*P6: “me dice (su esposo) tengo miedo, tengo temor que la bebe vaya a salir mal por mi culpa y todo por mi culpa...”*

*MVVS, 30 años*

El número de hijos que tienen las MVVS de este estudio se torna ambivalente en la decisión de tener hijos dado a que a la no existencia de hijos o no haber alcanzado su número a lo que ellas consideran adecuado es una razón para decidir tenerlo, mientras que a mayor número de hijos o el haber pasado por la experiencia de tenerlos se torna en una barrera que limita las posibilidades de ejercer este derecho

reproductivo. Nuestros resultados han sido refrendados por diferentes autores como: Laar et al <sup>21</sup> (Ghana 2015), quienes informaron en su estudio La seropositividad al VIH no es importante en la toma de decisiones sobre la maternidad entre las mujeres ghanesas VIH positivas que reciben terapia antirretroviral que, del 54% de las mujeres que no desean procrear, el logro del tamaño de familia deseado (64.3%) fue una razón más popular que el temor a la transmisión vertical del VIH (7.5%), mal estado de salud (5%) y complicaciones relacionadas con el embarazo. (1,6%). Asimismo Agbo y Rispel <sup>16</sup> (Sudáfrica 2017), encontraron que las probabilidades de querer hijos fueron 16.48 [IC 95%: 5.94–45.74] veces más altas para las personas que viven con el VIH / SIDA que, en los participantes con dos o más hijos.

*P3: “si tienen 3, 4 hijos no pues..., pero si tienen unito si pues (si deben tener), como para que te acompañen porque a veces los hijos los crías bien ya te acompañan, sino también se te van, pero si tienes 3-4 y decides vuelta tener otro hijo, no pues también”*

*MVVS, 30 años*

Otra barrera que mencionan las entrevistadas es el considerar tener un futuro incierto por el diagnóstico de VIH, motivo que les limita adoptar la posibilidad de la maternidad a pesar de la existencia y administración de antirretrovirales (ARV), que, si bien no cura la infección, frena la replicación del virus en el organismo y permite que el sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para combatir las infecciones. En 2016, la OMS publicó la segunda edición de sus directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. En ellas se recomienda proporcionar TAR de por vida a todas las personas infectadas, incluidos los niños, adolescentes y adultos, y las mujeres embarazadas y que amamantan, con independencia de su estado clínico y de su recuento de CD4 <sup>1</sup> lo que estaría alargando la vida de las PVVS y ya no debería ser una limitante para ejercer la maternidad si así lo desean.

*P1:” ...creo que más es el hecho de tener VIH... porque.... de repente quien, de repente lo va a cuidar van a ser los familiares y no yo”*

La barrera del temor sobre la salud de sus bebés, y que muchas veces es reforzado por el personal de salud con las que interactúan, se constituye en una barrera que puede limitar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, en este sentido es importante que el equipo multidisciplinario que atiende a las MVVS cuente con personal capacitado en salud sexual y reproductiva, para que las y los pacientes que acuden a este servicio cuenten con conocimientos y puedan decidir qué es lo mejor para ellos y sus hijos. Estos hallazgos son refrendados por los encontrados por Cuca y Dawson <sup>41</sup> (Estados Unidos, 2015), donde informan que, muchas de las mujeres querían tener hijos, pero experimentaron una estigmatización relacionada con su VIH y con sus decisiones de tener hijos. Esta estigmatización provino de múltiples fuentes, incluidos los proveedores de atención médica, algunos de los cuales alentaron a sus pacientes a abortar los embarazos debido a su VIH. Sin embargo, esta barrera no concuerda con Chávez et al <sup>17</sup> (México, 2017), quienes encontraron que el personal de salud fueron las personas que con mayor frecuencia sugirieron continuar el embarazo.

*P6: “ella dice que ya hablado con el doctor no sé cómo se llama, no me acuerdo con que doctor o doctora me dijo pero que ha hablado y que le ha dicho que no debería tener hijos por el diagnostico que tiene, ...”*

MVVS, 30 años

La intención de ser madres estuvo presente en casi todas las participantes de este estudio, decisión que en su mayoría es tomada junto a sus parejas. Lo que indica que la intención de procrear no sólo es importante y un deseo para las mujeres sino también para los varones. Estos hallazgos tienen sustento en diferentes estudios como el realizado por Kaoje et al <sup>42</sup> (Nigeria, 2015), quienes encontraron que una gran proporción de los encuestados (67.7%) reportó el deseo de tener hijos en el futuro. Mokwena y Bogale <sup>18</sup> (Etiopía, 2016), encontraron que el 46,6% ( n = 158) de participantes informó el deseo y la intención de quedar embarazada . De la misma manera Eka et al <sup>19</sup> (Nigeria 2016), concluyeron que los deseos e

intenciones reproductivas entre aquellos en general fueron 60% para los serodiscordantes y 56.4% para los seroconcordantes; las intenciones reproductivas fueron de 63.2% y 49.6%, respectivamente.

*P4: “Nosotros lo decidimos juntos y cuando estábamos un poco mejor en el aspecto emocional, estábamos mejor ya, ...”*

*MVVS, 19 años*

## **V. CONCLUSIÓN**

- ✓ Las principales razones mencionadas por las MVVS a la hora de decidir ser madres fueron; conocer que la enfermedad no necesariamente se transmite a los hijos si se toman las medidas adecuadas de protección, la cristalización de la maternidad, la conformación de la familia como ideal de bienestar y mandato social y, la estabilidad económica y familiar.
  
- ✓ Entre las barreras mencionadas por las MVVS que intervienen en su decisión de ser madres encontramos: el deseo de superación personal, la deficiente economía familiar, la falta de apoyo familiar, el número de hijos, la experiencia de haber ejercido la maternidad, la percepción de un futuro incierto, así como el temor sobre la salud de su bebé y que es reforzado por el personal de salud que las atiende.
  
- ✓ La mayoría de las MVVS que participaron del presente estudio manifestaron tener la intención de ser madres en algún momento, y quienes manifestaron lo contrario alegaron querer dedicarse a cuidar a su hija infectada y a que su esposo es usuario de drogas.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- ✓ Elaborar estrategias como apoyo de pares, difusión de mensajes en medios de comunicación masiva, reactivar los Grupos de ayuda mutua (GAMs), de acuerdo a la realidad de cada población que ayuden a aumentar el nivel de conocimiento sobre las vías de transmisión enfatizando la transmisión vertical sobre todo en mujeres en edad fértil, con la finalidad de interiorizar el conocimiento nuevo teniendo como consecuencia que las razones que den en el futuro en las intenciones de ser madres sean tomadas de acuerdo a la TAR.
- ✓ Fortalecer estrategias como charlas grupales y en familia de acuerdo a la realidad de cada población, a fin de que brinden el soporte emocional y necesario para esta enfermedad, con la finalidad de que los integrantes de cada familia interioricen el conocimiento nuevo teniendo como consecuencia la disminución del estigma y la discriminación a sus propios familiares.
- ✓ A nivel nacional y local se debe elaborar estrategias como teatros urbanos de acuerdo a la realidad de cada población que ayuden a aumentar el nivel de conocimiento sobre las vías de transmisión, pero sobretodo como no se transmite este virus, enfatizando la transmisión vertical para el entorno familiar, con la finalidad de eliminar la percepción negativa hacia las MVVS y sus hijos y con ello puedan interiorizar el conocimiento nuevo y no intervengan como una barrera para las futuras intenciones de ser madres en esta población.
- ✓ Capacitar permanentemente al personal que atiende a las MVVS para la orientación y realización de una adecuada atención pre-concepcional y que además incluya otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.
- ✓ Es importante que los servicios de atención para PVVS estén integrados con los de salud sexual y reproductiva de tal manera que las PVVS tengan una atención integral y articulada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población. [Internet]. [actualizado 1 de julio de 2016; Citado 20 de julio 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
2. Mendoza G, González R, Rendón M. Percepción del embarazo en mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana y su apoyo familiar. Horiz. sanitario [Internet]. 2018 [citado 14 Sep 2018 ]; 17( 1 ): 69-76. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592018000100069&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000100069&lng=es).
3. Asociación de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina de Colombia. SIDA: el contador macabro que no para – 35 millones de muertes subiendo. . [Internet]. [actualizado 9 de agosto de 2017; Citado 2 de julio 2018]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/sida-el-contador-macabro-que-no-se-detiene-35-millones-de-muertes-y-subiendo/>
4. [ONUSIDA Hoja informativa. – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia del SIDA.](#) [Internet]. [actualizado 1 de julio de 2018; Citado 10 de julio 2018]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
5. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021. [Internet]. [actualizado 19 de julio de 2018; Citado 28 de julio 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
6. [Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín mensual junio 2018. Situación Epidemiológica](#) [Internet]. [actualizado 01 de julio de 2018; Citado 12 de julio 2018]. [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin\\_2018/junio.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2018/junio.pdf)
7. Gerencia Regional de Salud La Libertad. Oficina de Epidemiología. Fecha de consulta del VIH- SIDA en el Perú. [actualizado 01 de enero de 2017; Citado 01 de julio 2018]. <http://www.diresalalibertad.gob.pe/sala-situacionales/>
8. Pietriani M. Maternidad En Mujeres VIH Positivo. Universidad Abierta Interamericana. 2010 [Internet]. \_[Tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología]. [Internet]. [citado 14 Sep 2014 ] Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC099617.pdf>

9. Liégio ME, Borges D, Freitas M. Entre el deseo, el derecho y el miedo a ser madre tras la seropositividad del VIH. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Abr [citado 14 Sep 2018 ]; 13( 34 ): 453-466. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200021&lng=es).
10. Almirola R. Embarazo y VIH. [actualizado 01 de mayo de 2018; Citado 22 de julio 2018]. Disponible en: <https://www.monografias.com/docs113/embarazo-vih/embarazo-vih.shtml>
11. Álvarez-Carrasco R, Espinola-Sánchez M, Angulo-Méndez F, Cortez-Carbonell L, Limay-Ríos A. Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Artículo original Ginecol Obstet Mex.* 2018 febrero; [citado 14 Sep 2018 ] 86(2):108-116. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2018/gom182d.pdf>
12. Ministerio de Salud del Perú. En el Perú cerca de 16,250 personas vive con VIH sin saberlo. [Internet] [actualizado marzo 2018; Citado 01 de julio 2018]. Disponible en : <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=25679>
13. Orrego, C.,Pérez, I. y Alcorta, I. Identificación de barreras y facilitadores. <http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/documentos/apartado03/apartado03.pdf>
14. Álvarez D, Rodríguez S, Pérez MJ, Blanco JR, Cuellar S, Del Romero J, Santos I, et al. Role of HIV in the desire of procreation and motherhood in women living with HIV in Spain: a qualitative approach. *MC Women's HealthBMC series – open, inclusive and trusted*,2018 .
15. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y reproductiva de mujeres viviendo con VIH / SIDA. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf?ua=1> . 2006. 7–8-2018.
16. Agbo I. S. Factors Influencing the Use of Information and Communication Technology (ICT) in Teaching and Learning Computer Studies in Ohaukwu Local Government Area of Ebonyi State-Nigeria. *Journal of Education and Practice* [www.iiste.org](http://www.iiste.org) ISSN 2222-1735 (Paper) ISSN 2222-288X (Online) Vol.6, No.7, 2015.

17. Chávez ML., Canales R, Figueroa R. Percepción cultural del embarazo no planeado de mujeres gestantes viviendo con VIH. Rev. Chile Salud Pública 2016; Vol. 20 (1): 29-35.
18. Mokwena K y Bogale YR. Fertility intention and use of contraception among women living with the human immunodeficiency virus in Oromia. Region, Ethiopia, South African Family Practice, (2017) 59:1, 46-51, DOI: 10.1080/20786190.2016.1254931.
19. Eka PO, Ujah IOA, Musa J, Swende TZ, Achinge G, Maanongun M. Reproductive desires and intentions of HIV-positive women of reproductive age attending the adult HIV clinic at the Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria. 2016 Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology | Published by Wolters Kluwer – Medknow. [Internet]. [actualizado 01 de julio de 2018; Citado 12 de julio 2018]. <https://www.ajol.info/index.php/tjog/article/viewFile/151886/141482>
20. Haddad LB, Machen LK, Cordes S, Huylebroeck B, Delaney A, Ofotokun I, Nguyen ML y Jamieson DJ, Future desire for children among women living with HIV in Atlanta, Georgia, AIDS 2016 Care, 28:4, 455-459, DOI: [10.1080/09540121.2015.1114996](https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1114996).
21. Laar AK, Taylor AE y Akasoe BA. HIV-seropositivity is not important in childbearing decision-making among HIV-positive Ghanaian women receiving antiretroviral therapy, AIDS 2015. Care, 27:7,870-875, DOI: 10.1080/09540121.2015.1007115.
22. Silva C, Sampaio I, Carvalho L, Silva I, Bezerra MM, Sepúlveda I. El deseo para la maternidad delante del diagnóstico del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, 2013; (27) 3: 239-248.
23. Romero, A. Vivencias en el embarazo de mujeres con diagnóstico de VIH en el segundo semestre 2012. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería. Bogotá D. C. 2012
24. Gimenez M, Da Cunha G, Tavares M. Dilemas y conflictos de ser madres en casos de VIH/SIDA. Universidad Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Fortaleza, CE. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 371-6. 3.

25. Delgado V. Decisiones de la natalidad mujeres con experiencia de aborto inducido.2009.
26. Carpi A y Brea A. La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la Teoría de Acción Planeada.
27. Rodríguez L. Teoría de la acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad Pedagógica de Durango. [Internet]. [actualizado 01 de setiembre de 2017; Citado 22 de julio 2018]. [http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914\\_40.pdf](http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf)
28. Comunicación en salud teorías, modelos y práctica [Internet]. [actualizado 01 de julio de 2018; Citado 12 de julio 2018]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/comunsocial/part1.pdf>
29. Teoría de la conducta planeada. [Internet]. [actualizado 11 de mayo de 2018; Citado 15 de junio 2018]. Disponible en: <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/82-modelo-basado-en-la-teoria-de-la-conducta-planeada.html>
30. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? a framework for improvement. JAMA. 1999;282(15):1458-65.
31. Grol R, Wensing M. Characteristics of successful innovations. En: Grol R, Wensing M, Eccles M, editores. Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Edinburgh: Elsevier; 2005. p. 60-70.
32. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española XXII edición. Madrid 2018. Consultado 24 octubre 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=VFawIYq>
33. Mosterin, J. Introducción: acciones e intenciones. En Anscombe, GEM. Intención. Barcelona: Paidós, 1991.
34. ONUSIDA. Información básica sobre el VIH. [ Citado el 10 Julio 2018]. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519\\_fastfacts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf)
35. Llinas M, Carballo M, Feijoo M, Gómez R, Ribera E. Grupo de Estudio de SIDA de la SEIMC (GeSIDA) Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SESIDA). Ayudar a vivir positivamente. Manual para personas seropositivas. 3ª ed. Barcelona, 2015.

36. Bardales A, Guevara S. Documento técnico “Plan Multisectorial de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA, 2015 – 2019. Cuarta medición de Indicadores del Objetivo 1 del componente VIH: Sub-estudio cuantitativo sobre estilos de vida saludables de adolescentes y jóvenes en temas de ITS, VIH y SIDA. CARE. Lima, 2008.
37. MINSA. Norma Técnica de Salud para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis. [Internet]. [actualizado 20 de agosto de 2014; Citado 22 de julio 2018]. Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2014/Agosto/19/RM-619-2014-MINSA.pdf>
38. Vía Libre. 2010. Informe del cumplimiento de las metas de la UNGASS-SIDA en Salud sexual y reproductiva de mujeres y poblaciones trans. Primera ed.
39. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la Investigación. Sexta Edición. Mc Graw Hill Education. México D. F.
40. Hernando V, Alejos B, Alvarez D, Montero M, Perez MJ, Blanco JR, et al. Reproductive desire in women with HIV infection in Spain, associated factors and motivations: a mixed-method study. España. BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:194
41. Cuca YP, Dawson C, Social Stigma and Childbearing for Women Living With HIV/AIDS. Estados Unidos 2015. Article in Qualitative Health Research · July 2015 DOI: 10.1177/1049732315596150 · Source: PubMed
42. Kaoje AU, Ibrahim M, Njoku CH, Gusau GA, Saad A, Raji M O. Predictores del deseo de fertilidad entre las personas que viven con el VIH que asisten a una clínica antirretroviral en un centro de salud terciario en Sokoto, norte de Nigeria. Sahel Med J [serie en línea] 2015 [citado el 2018 del 13 de octubre]; 18: 14-9. Disponible en: <http://www.smjonline.org/text.asp?2015/18/1/14/152153>  
[VB BV](#)

## **ANEXOS**

## **ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER PARTICIPANTE**

### ***RAZONES, BARRERAS E INTENCIONES QUE INTERVIENEN EN LA DECISIÓN DE SER MADRES EN MUJERES VIVIENDO CON VIH DE LA REGIÓN LA LIBERTAD.***

#### **PROPÓSITO**

La Obsta. Guadalupe García Escobar está realizando un estudio que busca conocer más acerca de la experiencia vivida por las mujeres ante un resultado reactivo a VIH, asimismo busca explorar y analizar las razones, barreras, intenciones y los procesos de decisión que las mujeres viviendo con VIH de la Región la Libertad refieren ante la posibilidad de ser madres. También te haré algunas preguntas sobre tu asistencia o no a recibir tratamiento o a tus citas al TARGA, estas preguntas se realizarán sin la intención de juzgar tus decisiones, pero si con la intención de que tus respuestas nos ayuden a tomar mejores estrategias en la prevención de la transmisión vertical y del cuidado integral dirigido a mujeres en edad fértil viviendo con VIH y SIDA.

Te hemos invitado porque tú puedes darnos información valiosa para el estudio que estamos realizando.

Tu participación en este estudio es VOLUNTARIA; tu decisión sobre participar o no en el estudio no afectará los servicios que pudieras recibir en el futuro.

La información que nos proporciones será guardada en forma CONFIDENCIAL, sólo será conocida por mí y por nadie más; los casetes grabados serán guardados bajo llave y destruidos cuando termine el estudio; la información que des no será relacionada con tu nombre ni con tus datos personales. Tu pareja no se enterará de la información que nos hayas proporcionado.

La información escrita abajo te ayudará a decidir si quieres participar en este estudio. Antes de consentir tu participación, es importante que leas y comprendas la información escrita abajo así podrás conocer bien de qué se trata y cuáles pueden ser los beneficios o incomodidades de participar. Este proceso se llama "Consentimiento Informado."

## **PROCEDIMIENTOS**

Si aceptas participar en el estudio, conversaremos, acerca de la experiencia de recibir un resultado reactivo a VIH y las razones, intenciones, barreras y temores que tu consideras intervienen en la decisión de ser madres en mujeres en edad fértil viviendo con VIH.

La entrevista puede durar más o menos una hora con 30 minutos y, si tú estás de acuerdo, está será grabada. La información que brindes durante la entrevista o conversación que tengas conmigo, será mantenida en total confidencialidad. Tu nombre no será utilizado en ningún reporte o publicación que resulte de este estudio. Tienes el derecho de solicitar que parte o la totalidad de la entrevista no sea grabada, si en algún momento lo consideraras necesario. Las cintas grabadas se mantendrán en poder de la investigadora, bajo llave y serán destruidas al final del estudio. Las transcripciones serán identificadas solamente por códigos de identificación asignados a cada persona entrevistada.

## **RIESGOS E INCOMODIDADES POTENCIALES**

Existe una pequeña posibilidad que alguna de las preguntas de la entrevista pueda provocarte alguna incomodidad. Si aceptas participar, puedes rehusarte a contestar cualquier pregunta o compartir cualquier tipo de información. También puedes interrumpir o terminar la entrevista en cualquier momento o parar la grabación y borrar lo grabado.

## **BENEFICIOS**

No recibirás ningún beneficio directo por participar en la entrevista. Sin embargo, la información que nos proporciones podrá ayudarnos a desarrollar en el futuro mejores estrategias en la prevención de la transmisión vertical y del cuidado integral dirigido a mujeres en edad fértil viviendo con VIH y SIDA.

## **COSTOS**

No tendrás que realizar ningún pago para participar en este estudio.

## **CONFIDENCIALIDAD**

No se dará información tuya o información brindada por ti a nadie. Sólo yo por ser investigadora tendré acceso a las grabaciones y transcripciones, que serán destruidas al final de la fase de análisis del estudio.

## **ELECCION DE PARTICIPAR**

LA PARTICIPACION EN EL ESTUDIO ES VOLUNTARIA. Tú eres libre de decidir participar o no, o de retirarte de la entrevista en cualquier momento. También tienes el derecho de revisar, editar o borrar la grabación totalmente o en parte.

## **CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES**

Si tienes alguna pregunta o comentario sobre tu participación en este estudio, puedes llamarme al teléfono 959612850 y preguntar por la Obsta. Guadalupe García.

## **DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN**

Tú has revisado todos los contenidos del formato de consentimiento y los contenidos te fueron explicados. Has recibido una copia de este formato de consentimiento informado.

Al participar en este estudio, no estás renunciando a ningún tipo de derecho.

## **CONSENTIMIENTO VERBAL DEL PARTICIPANTE**

He leído (o alguien me ha leído) la información ofrecida arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha dado una copia de este consentimiento.

**Marcar el recuadro apropiado:**

- Acepta que la entrevista sea grabada.**
- No acepta que la entrevista sea grabada**

## **FIRMA DEL INVESTIGADOR/ENTREVISTADOR**

Le he explicado este estudio al participante y contestado todas sus preguntas. Creo que él comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

---

**Nombre de la investigadora / entrevistadora**

---

**Firma de la investigadora / entrevistadora**

**FECHA: .....**

**ANEXO A – FICHA DE INFORMACION SOCIO-DEMOGRAFICA BASICA**

**RAZONES, BARRERAS E INTENCIONES QUE INTERVIENEN EN LA DECISION DE SER MADRES EN MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA DE LA REGIÓN LA LIBERTAD.**

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes?
2. ¿Hasta qué año estudiaste (en la escuela, instituto, universidad)?
3. ¿Dónde vives?
4. ¿Tienes pareja sexual?
5. Eres: Conviviente / Casada / Soltera / Viuda / Separada / Divorciada
6. ¿Tienes hijo/as? ¿Cuántos?
7. ¿Hace cuánto tiempo te enteraste de tu diagnóstico?

## **ANEXO C - GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

### **RAZONES, BARRERAS E INTENCIONES QUE INTERVIENEN EN LA DECISION DE SER MADRES EN MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA DE LA REGIÓN LA LIBERTAD.**

#### **A. Razones y barreras que intervienen en la decisión de ser madres.**

Razones y barreras que intervienen en la decisión de ser madres.

1. ¿Piensas que las mujeres viviendo con VIH deben tener hijos? ¿Porqué? (Profundizar).
2. ¿Qué razones crees que las mujeres viviendo con VIH tienen en cuenta para poder decidir embarazarse? (profundizar, en lo económico, social y cultural; así como su punto de vista para esa decisión)
3. ¿Qué razones tendrías en cuenta tú para poder decidir embarazarte? (profundizar, en lo económico, social y cultural; así como su punto de vista para esa decisión)
4. ¿Qué barreras crees que las mujeres viviendo con VIH tienen en cuenta para poder decidir no embarazarse? (profundizar, en lo económico, social y cultural; así como su punto de vista para esa decisión)
5. ¿Qué barreras tendrías en cuenta tú para decidir no embarazarte? (profundizar, en lo económico, social y cultural; así como su punto de vista para esa decisión)

#### **B. Intenciones de ser madres**

6. ¿Cuéntame cómo ha sido ese proceso de decidir tener o no tener hijos? ¿De qué ha dependido tu decisión (razones o barreras)?
7. ¿Tomaste sola la decisión o han influido otras personas? ¿Quiénes? ¿Por qué?
8. Que crees que debería hacer el estado para evitar que más mujeres se infecten con VIH

Muchas gracias.