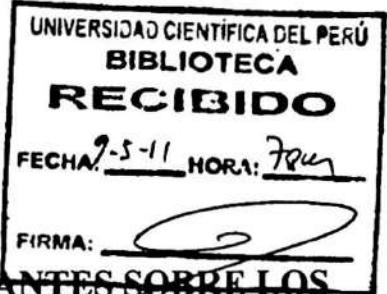


UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS



**“CONOCIMIENTOS DE LAS GESTANTES SOBRE LOS
 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH Y
 COMPORTAMIENTO SEXUAL EN EL PUESTO DE SALUD
 MAYNAS, JULIO – OCTUBRE 2010”**

PRESENTADO POR:



ARMAS CABALLERO, Claudia Marien

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

OBSTETRA

ASESOR(AS)

Obst. ESPINOZA RAMIREZ, Natalik Beatriz

Q.F. Mgr. SOSA AMAY, Frida Enriqueta

IQUITOS – PERÚ

2010

U

C

P

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a las 10:00 am horas del día 22, del mes de enero del año 2011, se reunió el Jurado Examinador, que firma al final del presente documento, para evaluar la sustentación de :

Srta. : **CLAUDIA MARIEN ARMAS CABALLERO**

En la modalidad de: **SUSTENTACION DE TESIS**

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar:

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3	Promedio
A) Aplicación de la teoría a casos reales	3	3	2	
B) Investigación Bibliográfica	2	3	2	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, argumentación, coherencia)	3	3	3	
D) Calidad de respuestas.	4	3	2	
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	
Calificación Final	15	15	12	

Aprobado Por: MAYORIA

Calificación Final (en letras): atorce

Leyenda:

Indicador	Descripción	Puntaje
A	Deficiente	1
B	Regular	2
C	Satisfactoria	3
D	Optima	4



Presidente: Méd. Mgr. Edwin Zevallos Bazán

Miembro: Méd. Javier Vásquez Vásquez

Miembro: Obst. Maribel Cristóbal Flores

(Handwritten signatures and initials)

La Universidad Vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (065) 261088-261092

DEDICATORIA

A mis padres Yke Stanley Armas

Torres y Teresa Caballero Rodríguez,
por darme la vida, amor,
perseverancia, sacrificio y apoyo
incondicional durante mi formación
personal y profesional.

A mi hija *Parisa Valentina* por
ser mi motivo y razón para
continuar superándome como
madre, amiga y profesional.

A Dios por darme la gracia de la vida
y las ganas de seguir luchando por
todos mis sueños personales y
profesionales.

A todos mis familiares en especial
a mi tía Amalia Caballero
Rodríguez por apoyarme en los
momentos más alegres y más
difíciles de mi vida



AGRADECIMIENTO

Al personal profesional medico y no medico del Puesto de Salud Maynas, por el apoyo en la realización del presente trabajo de tesis

Al Medico Cirujano Roberto Carlos Zegarra Dávila, Gerente del P S Maynas.

A las Obstetras Deysi Pinedo Cárdenas y Sheylha Coila Gieraths; responsables de área mujer del P S Maynas, por su apoyo incondicional en la toma de datos durante la ejecución de la tesis

A la Química Farmacéutica Msc. Frida Soza, por su apoyo desinteresado en el procesamiento de datos y análisis estadísticos.

A todas y a cada una de las gestantes que formaron parte de estudio, que mediante su apoyo hicieron posible que este estudio de tesis culminara con éxito.

LA AUTORA

INDICE

I.	TEMA	01
II.	TÍTULO	01
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	01
IV.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	04
	Problema general	04
	Problema específico	04
V.	OBJETIVOS	05
	Objetivo general	05
	Objetivo específico	05
	RESUMEN	06
VI.	JUSTIFICACIÓN	08
VII.	MARCO TEÓRICO	10
	Antecedentes:	10
VIII.	MARCO CONCEPTUAL	12
	A. VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA (VIH)- SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)	12
	1. TÉRMINOS BÁSICOS	12
	2. DEFINICIÓN	12
	3. FISIOPATOLOGÍA	13
	4. EPIDEMIOLOGIA	15
	5. SIGNOS Y SÍNTOMAS	15
	6. DIAGNOSTICO	16
	7. FACTORES ASOCIADOS A LA TRANSMISIÓN DEL VIH	16
	8. MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE VIH	17
	9. INFECCIÓN MATERNA	21
	10. MÉTODOS DE PREVENCIÓN	21
	11. EDUCACIÓN PREVENTIVA	24
	B. COMPORTAMIENTO SEXUAL	25

1. EXPERIENCIA SEXUAL	25
2. ACTIVIDAD SEXUAL	26
3. INICIO DE RELACIONES SEXUALES	26
4. SIMULTANEIDAD DE PAREJAS (PROMISCUIDAD)	26
5. TIPOS DE PRACTICAS SEXUALES	27
IX. METODOLOGÍA Y MÉTODO	28
a. TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
b. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	28
c. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	28
• Diseño de estudio	28
d. POBLACIÓN Y MUESTRA	29
• Población fuente	29
• Población objeto	29
e. MUESTRA	29
• Criterios de inclusión	30
• Criterios de exclusión	30
f. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
• Proceso de aplicación de encuesta	30
• Técnicas	30
• Instrumentos	30
g. UBICACIÓN Y TIEMPO DE ESPACIO	30
• Ubicación	30
• Tiempo de espacio	30
h. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	31
i. ÉTICA DE INVESTIGACIÓN	31
X. VARIABLES	32
a. Variable Independiente	32
b. Variable Dependiente	32
c. Operacionalización de Variables	32
XI. HIPOTESIS	36

XII. RESULTADOS	37
XIII. DISCUSION	44
XIV. CONCLUSIONES	46
XV. RECOMENDACIONES	48
XVI. BIBLIOGRAFIA	49
XVII. ANEXOS	50
Anexo n° 01	51
Anexo n° 02	52
Anexo n° 03	54

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1: Mecanismos de Transmisión de VIH	38
GRAFICO N° 2: Tipos de Prácticas Sexuales	40
GRAFICO N° 3: Inicio de Relaciones Sexuales	41
GRAFICO N° 4: Número de Pareja Actual	42
GRAFICO N° 5: Opinión sobre la Experiencia Sexual	43

INDICE DE TABLA

Tabla N° 01: MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DE VIH EN RELACIÓN A LA EDAD MATERNA	39
---	----

I. **TEMA:** Mecanismos de transmisión del VIH y comportamiento sexuales en gestantes.

II. **TÍTULO:** Conocimientos de las gestantes sobre los mecanismos de transmisión del VIH y comportamiento sexual en el Puesto de Salud Maynas, Julio – Octubre 2010.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los humanos se reporta por primera vez en el año 1981 en homosexuales, esta virosis de simios africanos; pasó al humano de generación en generación; probablemente debido al contacto directo con sangre infectada de primates. La evidencia actual señala que las contrapartes virales primates de los virus de VIH-1 y VIH-2 se transmitieron a humanos al menos en siete ocasiones diferentes. A esto se suman las modificaciones sociales, económicas y conductuales en la humanidad, que promovieron el liberalismo sexual, a principios y mediados del siglo XX; los que condicionaron circunstancias que permitieron la expansión de esta infección viral, hasta establecerse perfectamente en el organismo humano. La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida afecta en lo social, cultural y económico a los hogares y comunidades.

La discriminación y la disminución progresiva de la vitalidad del individuo afectado por dicho mal, disminuyen su capacidad adquisitiva, que no le permiten cubrir sus necesidades y las de su familia, que se ven afectadas por una escasez alimentaria tendiente a una crisis alimentaria. Esto conlleva a: un desarraigo social, ruptura de los sistemas educativo y sanitario, migraciones masivas y exacerbación de la explotación sexual de las mujeres y niños, factores todos ellos que favorecen la ulterior propagación del VIH/SIDA.¹

1. Melnick J. y Adelberg, Microbiología Medica, Editorial el Manual Moderno México DF, 17AVA EDICION 2010 pág. 64+645 F,

Las relaciones sexuales entre varones, siguen siendo una vía importante de transmisión. Sin embargo la transmisión heterosexual del VIH representa una porción creciente de las nuevas infecciones; el riesgo es particularmente elevado entre los jóvenes y las personas más desfavorecidas. Se estima que en el 2000 el 54% de las nuevas infecciones por el VIH afectó a afroamericanos, a pesar de que sólo representan el 13% de la población de los Estados Unidos y en el 2001, cerca del 64% de la población femenina afroamericana, tenían diagnóstico seropositivo.²

En los países desarrollados en la actualidad existen medidas muy eficaces para reducir la transmisión materno-infantil (TMI). La profilaxis de la infección VIH en el niño se basa fundamentalmente en evitar la infección VIH en las mujeres en edad de procrear, ya que como hemos referido la inmensa mayoría de los casos infantiles de infección VIH es por TMI. Las estadísticas refieren que 4 de cada 5 mujeres infectadas por VIH y el 80% de los casos de infección VIH en niños se localizan en África, país donde un alto porcentaje de mujeres en edad de procrear están infectadas por el VIH. Las mismas que presentan una elevada tasa de natalidad, períodos de lactancia materna muy prolongada y muy extendida, las condiciones socioeconómicas son deficientes: en suma todos estos factores posibilitan una forma de transmisión vertical del VIH.³

En el Perú, los casos de VIH han ido en aumento de manera preocupante desde que en 1983 se detectara la enfermedad, hasta mediados del 2000 se reportaron un total de 11 694 nuevos casos de VIH. La mayoría de dichos casos han sido detectados en Lima y Callao, mientras que otros lugares del país como Piura, Ancash, La Libertad, Loreto, Ica y Arequipa muestran cifras relativamente significativas.

2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC del 2008)

3. Profilaxis de transmisión vertical del VIH. Alfonso Delgado Rubio 2008

En el boletín epidemiológico de la Oficina General de Epidemiología se menciona que los casos de VIH hasta febrero del 2003 ascienden a 13 427, siendo la vía de transmisión más frecuente el contacto sexual con un índice de 96,0%.

En nuestra región, según el informe Epidemiológico de la DIRESA-LORETO en el año 2009 se han presentado 57 caso de gestantes con VIH que iniciaron tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) como profilaxis durante el embarazo, 6 gestantes con VIH que reciben profilaxis durante el embarazo, 14 gestantes que reciben TARGA previo a la gestación actual, 4 gestantes en trabajo en parto reactivas a VIH que recibieron Anti RetroViral, 1 gestante en trabajo de parto sin atención pre natal que reciben Anti RetroViral.

Considerando el comportamiento y la afectación del VIH en la humanidad especialmente en la región Loreto, creo que el presente trabajo de investigación se justifica por que permitiría conocer la realidad de este grupo poblacional, de este modo los resultados obtenidos podrán contribuir a la difusión en la prevención de esta patología; así mismo creo que el presente trabajo puede servir como información para futuras investigaciones.

IV. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema general

- **¿Cuál es el conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH y el comportamiento sexual en gestantes del Puesto de Salud Maynas 2010?**

Problema específico

- **¿Qué conocimientos poseen las gestantes del Puesto de Salud Maynas - 2010, sobre los mecanismos de transmisión del VIH?**
- **¿Cuál es el comportamiento sexual que poseen las gestantes del Puesto de Salud Maynas - 2010?**

V. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar el grado de conocimientos de los mecanismos de transmisión del VIH y el comportamiento sexual en gestantes del Puesto de Salud Maynas 2010.

Objetivo específico

- Determinar el grado de conocimientos que poseen las gestantes del Puesto de Salud Maynas 2010, sobre los mecanismos de transmisión del VIH.
- Conocer el comportamiento sexual que poseen las gestantes del Puesto de Salud Maynas 2010.

RESUMEN: Título: “Conocimientos de las gestantes sobre los mecanismos de transmisión del VIH y comportamiento sexual en gestantes del Puesto de Salud Maynas 2010.” **OBJETIVO** Determinar el grado de conocimientos de los mecanismos de transmisión del VIH y el comportamiento sexual en gestantes del Puesto de Salud Maynas 2010 **METODOLOGÍA Y MÉTODO:** En el presente trabajo de investigación se utilizó el método transversal, descriptivo y prospectivo, no experimental. **CONCLUSIONES:** el 97.72% (129) manifestaron que podrían contagiarse de VIH a través de las relaciones sexuales sin protección, el 12.87% (17) desconocían que se podía transmitir el VIH durante la gestación; el 20.45% (27) manifestaron que no se transmite el VIH durante el parto vaginal, el 12.12% (16) refirieron que no se transmite el VIH durante la lactancia. En lo que respecta a la práctica sexual encontramos que: 7.57% (10) contestaron que si practican relaciones sexual anal-genital, 18.94% (25) practican relaciones sexuales oral-genitales, el 0.75% (1) refirió sostener relaciones sexuales oral-anal-genital. En lo concerniente a la edad de inicio de las Relaciones sexuales 83.33% (110) refirieron haber iniciado su vida sexual entre 15 a 20 años. En lo concerniente al número de parejas actual 0.75% (1) refirió tener más de un compañero sexual.

SUMMARY: Title: “Knowledge of mechanisms transmission of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome and sexual behavior in pregnant women Maynas Health since 2010”. **OBJECTIVES:** To determine the degree of knowledge of the mechanisms of transmission of HIV and sexual behavior in pregnant women health post Maynas 2010 **METHODOLOGY AND METHODS:** In this research we used the cross sectional method, descriptive, prospective, non-experimental. **CONCLUSIONS:** 97.72% (129) stated that they could contract HIV through unprotected sex, the 12.87% (17) were unaware that HIV could be transmitted during pregnancy, the 20.45% (27) showed no transmitting HIV during vaginal delivery, the 12.12% (16) reported that HIV is not transmitted through breastfeeding. In regard to sexual practice we find that: 7.57%(10) replied that if they practice anal_genital sexual relations, 18.94% (25) practiced oral_genital sex, 0.75% (1) referred oral sex_hold

anal_genital with regard to the age of onset of sexual relations 83.33% (110) reported being sexually initiated 15 a 20 years. With regard to the number of current partners 0.75% (1) reported having more than one sexual partner.

VI. JUSTIFICACIÓN

La infección por VIH es un problema de salud pública, en especial para las mujeres en edad reproductiva. A nivel mundial, hasta diciembre de 2004, existían 37,2 millones de adultos infectados por VIH y de estos, 17,6 millones eran mujeres.⁴

La infección por el VIH en mujeres hay que indicar que se trata de un problema que ha venido en aumento y sigue un ritmo acelerado, según lo reflejan los datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de Salud donde la razón hombre / mujer, de 23.3 ha decrecido drásticamente a 3.2 hasta Setiembre del 2002. Esto revela el incremento de la transmisión heterosexual debido a conductas de riesgo “por ello se dice que el rostro de la enfermedad es cada vez más joven, femenino y de pobreza”, situación que se ve favorecida por diferentes factores que contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres en relación al VIH.

Las posibilidades de poner en marcha medidas para disminuir las tasas de transmisión vertical (tratamiento con antirretrovirales, cesárea electiva, etc.) en países en vías de desarrollo son muy difíciles de aplicar por problemas logísticos y económicos; por otro lado es mejor prevenir el contagio de la mujer en edad reproductiva al conocer los mecanismos del transmisión del VIH, y así disminuir la casuística infantil.

4. ANGELOSANTE Walter. Medicina interna, educación médica y comunidad (Caracas) volumen 21 año 2005 página 91.

En el Perú el 25% de los casos del VIH corresponde a mujeres y la mayoría de ellas son monógamas, según informó el ministerio de salud. Siendo la vía de transmisión más frecuente por contacto sexual (96%), según las estadísticas dadas por la UNICEF, están concentradas en el grupo de varones bisexuales que contactan a mujeres heterosexuales y estas, a su vez, a sus hijos.

Según informes del Programa de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) las edades más afectadas por el SIDA son entre 25 y 34 años, todos los días hay 6000 jóvenes entre 15 a 24 años de edad y 2000 niños menores de 15 años que se contagian. Se cree que estos últimos en su mayoría (aproximadamente 90%) han contraído la infección a través de sus madres por medio del embarazo, parto o lactancia.⁵

En Loreto el primer caso diagnosticado y reportado de VIH fue en 1989, seis años después del primer reporte nacional. Desde entonces el número de casos nuevos en Loreto se han ido registrando hasta llegar a 2,017 casos de VIH y 660 casos de SIDA. Loreto se ubica a nivel nacional en el quinto lugar de reporte de casos de VIH, después de Lima, Callao, Arequipa e Ica. Durante el 2008 se examinaron a 10,242 gestantes a través de pruebas rápidas y examen de ELISA, de las cuales 58 resultaron reactivas al VIH.

5. GUERRA M; 2009 CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA EN UN GRUPO DE EMBARAZADAS VIH (+) México.

Por ello es importante conocer si las gestantes del Puesto de Salud Maynas, poseen conocimientos sobre los mecanismos de transmisión del VIH, relacionándolo directamente con la conducta sexual que estas pudieran tener, para poder contribuir a tomar nuevas medidas de difusión para mejorar la calidad de vida de la población en nuestra Región, así mismo pretendo servir de base para futuras investigaciones que se realicen.

VII. MARCO TEÓRICO

Antecedentes:

BALMASEDA 2009⁶ Concluyo lo siguiente: En su investigación "Nivel de conocimientos de la gestante sobre el VIH – SIDA en la ciudad de Nauta" concluye que el 85.6% identifica que si se puede contagiar de VIH a través del uso de jeringas y agujas infectadas; el 82.6% de las encuestadas identifican que si se puede contagiar el VIH a través de la leche materna; el 81.2% afirma que el VIH se puede transmitir durante el embarazo, el parto y/o lactancia; el 77.9% manifiesta que si se puede evitar el VIH haciendo uso del preservativo.

GUERRA ME; 2009⁷ Llego a las siguiente conclusiones: De 58 embarazadas VIH (+) estudiadas tienen un promedio de edad de 14,9 años, casi en su totalidad menores de 36 años (89,7%).

Así mismo, los datos correspondientes a los factores sociales indican que casi la mitad (48,3%) de ellas no ha terminado el bachillerato, con solo un 13,8% con nivel de educación superior.

6. BALMASEDA I. 2009 "Nivel de conocimiento de las gestantes sobre el VIH – SIDA en la ciudad de Nauta" Iquitos

7. Op. Cit. 5

El 65,5% se dedica a quehaceres del hogar, el resto trabaja en el comercio informal o recibe remuneración de otra fuente.

El lugar de procedencia de casi todas las mujeres estudiadas es la Gran Caracas (82,8%).

No existe un adecuado conocimiento sobre la definición de VIH/SIDA, más del 74% no lo maneja.

El 86% identifica que el SIDA no se cura y el 69% reconoce que el SIDA se controla.

El 31,4% no identifica la transmisión a través del embarazo madre-hijo, y el 22,4 % la transmisión durante el parto o la lactancia materna.

Un alto porcentaje de embarazadas creen que besar o abrazar a una persona que vive con VIH, compartir utensilios o el uso común de baño puede causar la infección o el contagio del VIH/SIDA (entre 24% y 40%).

Casi la totalidad de las estudiadas identifica las relaciones sexuales desprotegidas como una vía de transmisión del VIH-SIDA (96,5 %).

VIII. MARCO CONCEPTUAL:

A. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)- SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

1. TÉRMINOS BÁSICOS

VIH: Es la sigla del "Virus de Inmuno Deficiencia Humana". Este debilita el sistema inmunológico (que se encarga de la defensa del organismo), eliminando las células que protegen al ser humano de las enfermedades y disminuyendo su capacidad para combatir las infecciones.

SIDA: Significa "Síndrome de inmuno deficiencia Adquirida), es la última etapa de infección causada por el VIH.

Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad.

Inmuno Deficiente: Carencia del cuerpo; no tiene con que combatir a los microorganismos que lo atacan debido a la destrucción del sistema inmune o de defensa por el VIH.

Adquirida: Características de virus; se presenta por transmisión de una persona que es portadora a otra.

2. DEFINICIÓN:

El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)⁸ denominado también como (HTLV III o LAV) pertenece a la familia de retrovirus humano identificado en 1984. Un retrovirus contiene ARN como material genético así como la enzima transcriptasa inversa necesaria para transformar ARN en ADN en el interior de las células huésped humanas. Una vez el ARN del VIH se ha transcrito a ADN humano a través del proceso de replicación, se convierte en un virus funcional capaz de producir una profunda deficiencia inmunitaria, especialmente una disfunción de la inmunidad celular.

8. CUNNINGHANR, Gary, "Williams Obstetricia", Editorial Médica Panamericana, Edic. 21ª edición. Barcelona- España 2006. Pág.1263.

EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA o **sida** constituye una etapa final de la infección por el VIH; el virus destruye el sistema inmunitario, y cuando este no protege al organismo contra enfermedades comunes, que normalmente no serían mortales, se corrobora el diagnóstico de sida. La infección es causada por dos cepas del virus de la inmunodeficiencia humana, VIH-1 y VIH-2.

La primera cepa incluye cuando menos nueve subtipos levemente diferentes: cada uno de ellos predomina en zonas diversas del mundo; es la forma más común del virus razón por la que se la designa simplemente como VIH.

La segunda cepa, que es menos infectante y tiene una evolución más lenta, se localiza especialmente en África Occidental, aunque también se diseminado a otras regiones.

3. FISIOPATOLOGÍA

Normalmente los macrófagos destruyen cualquier elemento extraño y estimulan el sistema inmunitario para que reconozca en el futuro a tales elementos, y los linfocitos T CD4⁺ organizan la respuesta inmunitaria global al secretar sustancias que estimulan a otras células del sistema a actuar en la forma apropiada. El común denominador de la enfermedad clínica con sida es una inmunosupresión grave, principalmente de la inmunidad mediada por células, que originan varias infecciones oportunistas y neoplasia. Una vez dentro del organismo, el VIH ataca principalmente un subgrupo de células del sistema inmunitario que poseen una molécula llamada CD4.

De manera específica, el virus se une a dos tipos de células con la molécula CD4: los linfocitos T CD4⁺ y, en menor magnitud los macrófagos.

El sitio CD4 actúa como receptor del virus. Para que haya infección es necesaria la presencia de correceptores; se han identificado dos receptores de quimiocinas- CCR5 y CXCR4, que desempeñan este papel. Después de

la unión del virus este es internalizado y emplea la transcriptasa inversa para transcribir su RNA y DNA genómicos.

El mecanismo (o mecanismos) por los cuales el VIH destruye las células T CD4+ no se conocen en detalle; pero los científicos saben que el sistema puede frenar en cierta medida y por algún tiempo los estragos del virus, cuando menos en las primeras etapas de la infección.

El DNA viral se integra de este modo con el DNA celular durante toda la vida de la célula, que es abreviada por la infección al mismo tiempo, la viremia puede detectarse empleando análisis de RNA viral. La batalla entre el virus y el sistema inmunitario se libra en tres etapas generales.

La primera, que se conoce como infección primaria o aguda, comienza en la fecha en que el individuo se infecta y dura hasta que la respuesta inmunitaria inicial recupera algún control sobre la replica del virus, por lo común en termino de unas cuantas semanas. En ese lapso disminuye extraordinariamente el número de linfocitos TCD4+, y 30 a 70% de las personas presentan síntomas similares a los del resfriado común, que suelen desaparecer en un lapso de tres semanas conforme se restablece el número de los linfocitos TCD4+.

En ese momento comienza la segunda etapa, que suele ser asintomática y abarca, en promedio, 80% del tiempo que media desde la infección hasta la muerte. Solo en el inicio de la segunda etapa comienza a detectarse los anticuerpos contra el VIH en la corriente sanguínea. Casi todas las pruebas del VIH se basan en la detección de los anticuerpos, razón por la que es imposible, antes de la etapa mencionada, identificar a una persona infectada, en la tercera etapa los pacientes con la mayor carga viral progresan con más rapidez hacia el sida y la muerte.

4. EPIDEMIOLOGIA

La infección por el VIH es una pandemia global, con casos de SIDA descritos en casi cualquier país del mundo. De acuerdo con el Programa Conjunto sobre VIH/SIDA de las Naciones Unidas (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS), con fecha de diciembre de 1999 se estimaba que, en el mundo más de 33 millones de personas, el 95% de ellas en países en vías en desarrollo, vivían con VIH/SIDA. De forma global, más de 16 millones de personas habían muerto a causa del SIDA desde el inicio de la epidemia.

En estados unidos de Norteamérica y otros países occidentales, el virus a infectado predominantemente a la población homosexual (70%), adictos a drogas endovenosas (20%) y pacientes que han recibido transfusiones de sangre de sus productos (3%). El 25% de las mujeres con sida ha adquirido la infección en forma heterosexual. En África y el Caribe el virus se ha diseminado en forma más homogénea, afectando igualmente a hombres y mujeres.

La transmisión de virus se produce por contacto sexual por inoculación en sangre o sus productos y de madre a hijo por vía transplacentaria o durante el parto. La excreción en saliva, orina, y lágrimas no han mostrado tener relevancia epidemiológica.

5. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas frecuentes incluyen fiebre, y sudores nocturnos, cansancio, erupción cutáneas, cefalea, linfadenopatía, faringitis, mialgias, artralgias, náuseas, vómitos y diarrea. Una vez que disminuyen los síntomas comienza el set point de la viremia crónica. Los estímulos que ocasionan progresión adicional, desde la viremia asintomática hasta el síndrome de inmunodeficiencia, en la actualidad no están claros pero el periodo es de diez años. Cuando la positividad para el HIV se asocia con ciertas cantidades de hallazgos clínicos.

Cuando se formula el diagnóstico de sida, son frecuentes: linfadenopatía generalizada, leucoplasia vellosa oral, úlceras aftosas y trombocitopenia. Las infecciones oportunistas que pueden preanunciar el sida son la candidiasis esofágica o pulmonar, herpes simple o zoster persistente, condilomas acuminados, tuberculosis, citomegalovirus, molusco contagioso, neumocistis y toxoplasmosis entre otros. Es frecuente la enfermedad neurológica y alrededor de la mitad de los pacientes tiene síntomas relacionados con el sistema nervioso central.

6. DIAGNOSTICO

El inmunoanálisis enzimático (EIA) se emplea como prueba para detectar anticuerpos dirigidos hacia el HIV. Una prueba de detección positiva tiene una sensibilidad superior al 99.5%, las pruebas positivas se confirman mediante WESTERN BLOT, ó análisis de inmunofluorescencia (IFA). Aunque muy específica, la prueba de WESTERN BLOT es menos sensible que el inmunoanálisis debido a que se requiere más anticuerpos para producir un resultado positivo. Por lo tanto para esclarecer, una muestra EIA-positiva WESTERN BLOT-indeterminada puede emplearse análisis de inmunofluorescencia. Según el centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) puede detectarse anticuerpos en 95% de los pacientes a los 6 meses de la infección, por lo tanto, las pruebas serológicas para anticuerpos no descartan la infección mas precoz. Los resultados confirmatorios falsos positivos son raros.

7. FACTORES ASOCIADOS A LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Si cada individuo infectado transmite la infección, en promedio, a menos de una persona durante toda su vida, la infección terminaría por desaparecer; en cambio. Si contagia mas de una persona, la infección se diseminara La tasa de reproducción de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) es el número promedio de personas susceptibles infectadas por otra, durante toda su vida de esta última.

Tres factores importantes influyen decisivamente en la tasa de reproducción de ETS, incluyendo el VIH:

1. El tiempo en que permanece infectado la persona.
2. El riesgo de transmisión por cada contacto sexual.
3. La frecuencia del cambio de parejas.

Cada uno de los tres factores recibe a su vez la influencia de las características biológicas del virus y del comportamiento de la persona. Los aspectos biológicos intervienen de manera importante en el tiempo que permanece infectante la persona y también en el peligro de transmisión por cada contacto.

Sin embargo, el comportamiento del individuo también ejerce una influencia neta de riesgo de transmisión por cada contacto. Además, el comportamiento de cada persona guarda una relación directa con la frecuencia del cambio de parejas. Mientras la ciencia médica no descubra una cura o una vacuna, la forma más eficaz de disminuir la propagación del VIH seguirá siendo la modificación del comportamiento individual.

8. MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE VIH

El VIH se transmite a través de los líquidos corporales. Se ha aislado de diversos líquidos corporales incluyendo la sangre, el semen, las secreciones vaginales, la leche materna, la orina, la saliva, las lágrimas. El riesgo de transmisión a través del contacto con un determinado líquido está relacionado tanto con la cantidad de virus presentes en este como con la forma de exposición a él.

El VIH se ha hallado en tan pequeñas cantidades en lagrimas, saliva y orina que la transmiten a través de contacto casual con estos líquidos es teóricamente posible pero altamente improbable. Por otro lado las conductas que llevan a determinados tipos de exposición a sangre, semen,

secreción vaginal y leche materna todos ellos con mayores concentraciones de VIH pueden llevar a la transmisión de VIH.

El VIH se disemina principalmente por relaciones sexuales sin protección, independientemente del sexo o la orientación sexual, y por compartir instrumentos de inyección no esterilizado, con fines tanto médicos como ilícitos. Puede transmitirse desde una madre infectada a un niño a través del útero en el embarazo, durante el periodo perinatal o a través de la lactancia.

- **El comportamiento sexual, influye en la probabilidad de transmisión**, es la causa aproximadamente del 75% de las transmisiones del VIH en el mundo; de estas,
 - 75% proviene de contacto heterosexual y 25% de relaciones entre varones homosexuales y bisexuales ²⁸. Aunque la tasa de transmisión del VIH es algo superior para el receptor del semen que para la pareja sexual donante, se ha documentado la existencia de la transmisión en ambas direcciones. Las relaciones con penetración anal y penetración vaginal se consideran la conducta de más alto riesgo.
 - **Modalidades de la mezcla sexual.** La trayectoria que sigue una epidemiología dentro de la población depende del grado y de las modalidades de mezcla sexual entre personas con comportamiento de alto riesgo, y la que ocurre entre individuos con dicho comportamiento y otros con conducta de bajo riesgo.
 - Por “comportamiento de alto riesgo” se entienden los coitos desprotegidos con múltiples parejas o el uso de equipos de inyección contaminados. Es muy probable que las personas con tal comportamiento se infecten e inadvertidamente contagien el VIH a sus semejantes.

- Los individuos con comportamiento de bajo riesgo, es decir, que tienen pocas parejas sexuales, que siempre usan preservativo, que no se inyectan drogas o (si lo hacen) no comparten el equipo de inyección, tienen menor posibilidad de transmitir el VIH a los demás.
- **Consumo de drogas por vía parenteral.** El compartir con una persona infectada por VIH los instrumentos utilizados para preparar e inyectar drogas es una forma muy eficaz de transmitir el VIH y esencialmente equivale a una inoculación directa de las partículas víricas de una persona a otra. El riesgo de transmisión está directamente relacionado con la concentración de virus presente en la sangre y el volumen de sangre intercambiada. El uso de drogas por vía parenteral *es, en orden de frecuencia, el segundo factor de riesgo de infección por el VIH*, y los consumidores de droga por vía parenteral constituyen una proporción cada vez mayor de casos de sida (24% en 1997).

La transmisión de ese tipo ha constituido la forma primaria de propagación del virus en China y Asia Sudoriental, excepto en Tailandia. También se piensa que la inyección de drogas intravenosas explica de 25 a 33% de las transmisiones en la Argentina y Brasil. El virus se propaga con extraordinaria rapidez en poblaciones de usuarios de drogas inyectables, y en algunos sitios la mayoría de ellos se infectan en unos meses.

- **Transmisión perinatal.** La forma principal de infección entre lactantes es de índole intrauterino o durante el parto por contacto del pequeño con la sangre de su madre, o bien más tarde, al alimentarse con leche materna, dado que la leche materna contiene un número significativo de linfocitos que pueden dar lugar a la transmisión de VIH de la madre al recién nacido.

La transmisión de madre a hijo acaece solamente si la madre esta infectada, lo que es frecuente en la epidemias heterosexuales muy amplias, como la que se observa en países de África subsahariana. Según una estimación, de 15 a 20% de todas las infecciones por el VIH en el continente africano corresponden a lactantes infectados por sus madres. La transmisión de madre a hijo, a nivel mundial, se explica de 5 a 10% de las infecciones.

Se ha calculado, de acuerdo con diversas estimaciones, que la posibilidad de que una embarazada transmita el virus a su hijo es de 13 a 48%.

- **La transmisión por transfusiones de sangre**, que alguna vez fue causa de preocupación en innumerables países, ha sido casi eliminada en países de ingresos altos medianos a la detección sistemática del VIH en la sangre para transfundir. En países en desarrollo no se ha eliminado la transmisión por dicho mecanismo, especialmente en aquellos cuyas tasas de prevalencia del virus son altas entre los donantes de sangre y en los que la detección del VIH en la sangre no se ha vuelto aun un método sistemático. Sin embargo, a pesar de que la transmisión por la transfusión de sangre y otros hemoderivados acrecientan enormemente los riesgos de la atención medica y permite la propagación rápida del virus en poblaciones especificas, como las de hemofilicos en países industrializados en el decenio de 1980, la transmisión por transfusión nunca ha ocasionado mas del 10%, aproximadamente, del total de infecciones por el VIH, incluso en países en desarrollo.

9. INFECCIÓN MATERNA

La infección materna por VIH en adultos tiene un curso muy variable y una amplia gama de manifestaciones clínicas. La infección materna puede ser sospechada ante la presencia de factores de riesgo.

Algunas evidencias indican que el embarazo puede afectar la progresión de la infección por VIH. En dos series de madres que han tenido recién nacidos infectados se observó una mayor tasa de progresión a SIDA en un plazo de dos años, comparado con la observada en homosexuales infectados. Sin embargo, la comparación no parece epidemiológica válida. La transmisión al feto o recién nacido a partir de madres infectadas ocurre en un 30 a 40% de los casos.

En madres que han tenido un recién nacido infectado, la frecuencia de transmisión en embarazo subsiguiente es de 60-70%. La transmisión ocurre vía transplacentaria o perinatal o por contacto directo con sangre o secreciones infectadas pueden ocurrir tanto por vía vaginal como la operación Cesárea. La transmisión del virus parece relacionarse con el estado clínico de la infección materna, siendo más frecuente en gestantes con enfermedad avanzada.

Se ha demostrado transmisión del virus a través de la leche materna. Encontrándose casos de niños infectados durante el periodo de amamantamiento, probablemente por madres que adquirieron la viremia y no se había desarrollado aun respuesta inmune. Hasta hoy no se ha comunicado la transmisión por la leche materna en madres con infección latente o infección sintomática.

10. MÉTODOS DE PREVENCIÓN

➤ **Preservativos masculinos**

Cuando los preservativos masculinos se utilizan correctamente son efectivos en la prevención de la transmisión del HIV y pueden reducir otras ITS como la gonococia, la chlamydia y las tricomonas. Debido a

que el preservativo no cubre todas las áreas expuestas son más efectivos en prevenir las ITS que afectan a mucosas y fluidos y menos efectivos en prevenir las infecciones que afectan al contacto piel con piel (ej. Virus del herpes simple, HPV, sífilis y chancroide). El fallo del preservativo normalmente corresponde a una mala colocación o utilización del mismo más que a una ruptura del mismo.

Para los pacientes alérgicos al látex existen otra clase de materiales como el poliuretano u otros materiales sintéticos, este tipo de preservativos tienen mayores tasas de rotura o pérdida del mismo comparado con los preservativos de látex. A los pacientes se les tiene que instruir en la correcta utilización del preservativo y el uso de este durante toda la relación sexual; si no se realiza de esta manera existen altas posibilidades de rotura o pérdida del mismo durante la relación.

El uso del preservativo debe de ser para todas las relaciones sexuales ya sean orales, vaginales o anales.

➤ **Preservativos femeninos**

Los estudios de laboratorio indican que la utilización del preservativo femenino de poliuretano que se inserta en el interior de la vagina, es una barrera mecánica efectiva frente a los virus, incluyendo el HIV.

Exceptuando un estudio que evaluaba la tricomoniasis no existen estudios clínicos sobre la eficacia para prevenir las ITS y el HIV. Si se utiliza correctamente, el condón femenino reduce sustancialmente el riesgo de las ITS.

Cuando el preservativo masculino no puede utilizarse por alguna razón, la alternativa del preservativo femenino debe de ser considerada por las parejas sexuales.

➤ **Espermicidas vaginales, esponjas y diafragmas**

Estudios recientes han indicado que los espermicidas vaginales que contiene nonoxidol-9 (N-9) no son efectivos en la prevención de la gonococia cervical, la chlamydia o la infección por HIV. Los espermicidas utilizados de manera única no son efectivos para la prevención de las ITS. Los espermicidas que contiene N-9 se asocian a la formación de lesiones en la zona genital, que a su vez se asocian con un aumento del riesgo de la transmisión del HIV.

La esponja vaginal previene de la transmisión del la gonococia y de las chlamydias, pero su utilización aumenta el riesgo de candidiasis.

En los estudios caso control el diafragma se ha mostrado útil en la prevención de la transmisión de la gonorrea, las chlamydias y las tricomonas.

Ni las esponjas vaginales ni los diafragmas confieren protección frente al HIV a las mujeres que lo utilizan. La asociación del diafragma más el espermicida, se ha relacionado con el aumento de infecciones del tracto urinario.

➤ **Preservativos y espermicidas con n-9**

Los preservativos lubricados con espermicidas no son más efectivos en la prevención de las ITS y el HIV.

No se recomienda la utilización de preservativos con espermicidas N-9 porque son más caros y tienen una vida media menor que otros preservativos lubricados y se asocian con infecciones del tracto urinario en mujeres jóvenes.

➤ **Uso rectal de espermicidas con n-9**

Datos recientes indican que el N-9 incrementa el riesgo de transmisión del HIV durante las relaciones vaginales. Estos estudios no se han realizado en pacientes que tienen relaciones anales, pero la teoría de que el N-9 puede lesionar las células del recto es aplicable y ser la

puerta de entrada para el HIV y otros agentes transmisibles sexualmente. El N-9 no debe utilizarse como lubricante o espermicida durante las relaciones anales.

11. EDUCACIÓN PREVENTIVA

Se han iniciado programas educativos eficaces para enseñar al público las prácticas de sexo seguro de modo de disminuir el riesgo de transmitir la infección por VIH-1 a las parejas sexuales. Durante el coito vaginal o anal se utilizaran condones de latex; ya hay condones sin latex para personas alérgicas. Para el contacto oral con el pene habrá que utilizar condón, y para el contacto bucal con vagina o recto, protectores dentales. En un estudio clínico se encontró que las prostitutas que utilizaban nonoxinol-9 (N-9) en gel intravaginal, además del condón, tenían 50% mas de posibilidades de infectarse con VIH que quienes no lo utilizaban, de modo de que la CDC publicaron la recomendación de no utilizar la aplicación intravaginal de N-9 como medio eficaz para prevenir la infección por VIH.

Otros aspectos importantes de la educación preventiva incluyen la importancia de evitar practicas sexuales que podrían ocasionar desgarros de la mucosa rectal, vaginal o del pene, además del contacto sexual con varias parejas o personas de las que se desconoce si son positivas a la infección por VIH o que utilizan drogas infectadas.

- **Educación reproductiva relacionada.** En las mujeres, la infección por VIH suele tener lugar en la edad fértil, y por tanto será necesario tomar en consideración aspectos de planificación familiar. Parejas en donde una de las personas tiene VIH y han intentado lograr un embarazo, pero la otra persona se opone al virus, de modo que esta en estudio la inseminación artificial con semen procesado de la persona infectada. Estos estudios son necesarios porque se ha encontrado VIH

en espermatozoides de pacientes con SIDA con posible replicación del virus en los espermatozoides.

Las mujeres que piensan embarazarse necesitan información adecuada respecto del riesgo de transmisión de la infección por VIH a ellas mismas, a su pareja y a sus futuros hijos, así como de los posibles beneficios de los fármacos antirretrovirales para reducir la transmisión perinatal de VIH.⁹

B. COMPORTAMIENTO SEXUAL

El comportamiento sexual humano es una expresión muy amplia. Se refiere tanto a comportamientos usuales como a los menos frecuentes, e incluye toda una serie de comportamientos sexuales desde las experiencias y actividad sexual, inicio de relaciones coitales, simultaneidad de parejas (promiscuidad), y tipos de prácticas sexuales.

- 1. EXPERIENCIA SEXUAL:** El sexo parece ser un hecho netamente natural, y como tal, está fundado en el funcionamiento del cuerpo, sus raíces fisiológicas lo alejan de la cultura y como consecuencia, se presenta una producción biológica. En base a componentes hormonales y químicos, el sexo se inspira entonces fundamentalmente en el campo somático, y a partir de ello, posibilita el funcionamiento del cuerpo por medio de sus facultades y dinamismos estructurales. Sin embargo, “a diferencia de sexo la sexualidad es una producción cultural: representa apropiación del cuerpo humano y de sus capacidades fisiológicas por un discurso ideológico, **sexualidad**, entonces no es un hecho somático, si no un efecto cultural”

9. Enfermería Médico Quirúrgico Brunner y Suddarth Suzanne C. Smeltzer. Ed McGraw-Hill Inter Americana 2005 10 Ed Vol II Mexico 1706

A partir de esta incorporación de significados sociales y personales, los distintos comportamientos sexuales cobran un sentido mayor para el ser humano, de forma que consigue trascender el exclusivo registro estructural propio de la especie, para dar paso a la esfera personal y social, modelando la capacidad física de excitación y placer en base a las realidades psicológicas y culturales.

De esta manera, la sexualidad se transforma también en una vivencia subjetiva y social, Zeidentein y Kirstein Moore señalan: “un tema central es que la sexualidad es una construcción social de un impulso nervioso, es multidimensional y dinámica. Por lo tanto la experiencia que cada persona tiene de la sexualidad esta mediada por la biología, los roles de genero dan relaciones de poder, como también por factores como la edad y la condición social económica”.

2. **ACTIVIDAD SEXUAL:** en los humanos es una forma natural de intimidad física. Puede ejercerse con el propósito de la reproducción biológica, trascendencia espiritual, para expresar afecto o por placer y entretenimiento (conocido en este contexto como "gratificación sexual"). El deseo por el sexo es una de las motivaciones básicas del comportamiento humano. Todas las especies animales que tienen reproducción sexual, y todas las culturas humanas, tienen una serie de conductas que se dividen en: cortejo, intimidad y actividad sexual.
3. **INICIO DE RELACIONES SEXUALES:** Tiempo determinado del inicio de la primera relación sexual.
4. **SIMULTANEIDAD DE PAREJAS (PROMISCUIDAD):** Suele referirse especialmente a la vida en común de varias personas de distintos sexos y edades.

5. TIPOS DE PRACTICAS SEXUALES

- **Relación heterosexual:** la relación heterosexual es la relación sexual que se lleva a cabo entre dos individuos de distinto sexo.
- **Relación homosexual:** la relación homosexual es la relación sexual que se realiza entre dos individuos del mismo sexo, geys o lesbianas.
- **Ménage à trois:** el ménage à trois (pronunciado en francés) o trío es la relación entre tres personas del mismo o distinto sexo.
- **Intercambio de parejas:** el intercambio de parejas (en inglés swinger, "hamacarse") implica que dos parejas establecidas se intercambian y tienen relaciones sexuales al mismo tiempo pero en lugares diferentes (que pueden ser dos habitaciones o dos camas contiguas). No es lo mismo que sexo en grupo.
- **Relación zoofílica:** es la relación sexual oral, vaginal o anal entre un sujeto humano y otro de otra especie. Hombre-oveja; hombre-gallina; hombre-yegua; hombre-mono; mujer-perro; mujer-caballo; etc.
- **Sexo en grupo:** el sexo grupal también es conocido como orgía: varios individuos del mismo o distinto sexo tienen relaciones sexuales (sexo oral, coito vaginal o coito anal) al mismo tiempo y en el mismo lugar.
- **Relación sexual sin coito:** implica todo el sensual juego erótico previo a la penetración, pero sin llevarla nunca a cabo. Consiste principalmente en caricias, no sólo genitales, y besos. La mujer puede estimular la próstata del hombre y entonces se eyacula, sin un orgasmo.

IX. METODOLOGÍA Y MÉTODO

En el presente trabajo de investigación se utilizó el método transversal, descriptivo y prospectivo, no experimental, aplicada.

a. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Aplicada:** Es la utilización de los conocimientos en la práctica, para aplicarlos, en la mayoría de los casos, en provecho de la sociedad. Un ejemplo son los protocolos de investigación clínica.

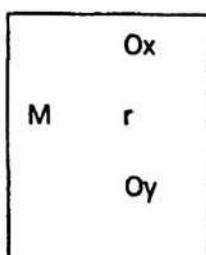
b. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- **Transversal,** Es transversal porque no existe continuidad en el eje del tiempo.
- **Descriptivo,** porque miden de manera más bien independiente, los conceptos o variables con los que tienen que ver. Aunque, desde luego pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir como es y se manifiesta el fenómeno de interés.
- **Prospectivo,** porque se analizó las encuestas en las gestantes que cumplían con los requisitos establecidos y porque se recogió los datos a medida que sucedían.
- **No experimental** El investigador no tiene control directo sobre las variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

c. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

- **Diseño de estudio**

El diseño correlacional tiene el siguiente diagrama:



Especificaciones:

M = muestra.

O_x, O_y = observaciones.

r = Relación.

d. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION

- **Población fuente:** Población Gestante de Iquitos (43925 gestantes para el año 2010).
- **Población objeto:** Gestantes del puesto de salud Maynas (622 gestantes para el año 2010).

- e. MUESTRA** Para la obtención de la muestra se aplicara la siguiente formula.

$$n = \frac{NZ^2 (pe) (qe)}{E^2 N + Z^2 pe \cdot qe}$$

Datos:

n =?

N = 622

$Z^2 = 1.96$ nivel de confianza 95%.

pe = 0.50 proporción del evento de estudio.

qe = 0.50 complemento de pe.

E = 0.05 (5%) error absoluto.

Aplicando la fórmula anterior n es igual a 132 gestantes

- **Criterios de inclusión** Se incluyó a las gestantes que acudían a la primera consulta prenatal y que pertenecían a la jurisdicción asignada por el MINSA al Puesto de Salud Maynas.
- **Criterios de exclusión** Se excluyó a las gestantes que acudían a la primera consulta prenatal y que no pertenecían a la jurisdicción asignada por el MINSA al Puesto de Salud Maynas.

f. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados por la investigadora y se hizo de la siguiente manera:

- **Proceso de aplicación de encuesta**

1. consentimiento informado de las gestantes que ingresaron al estudio.
2. Se aplicó una encuesta para saber los conocimientos que poseen sobre el mecanismo de transmisión del VIH.
3. Se aplicó un pre test sobre su comportamiento sexual (el cual fue anónimo).

- **Técnicas**

En el presente trabajo de investigación se empleó la fuente primaria (usuaria), para la recolección de datos la técnica de encuesta y del pre test.

- **Instrumentos**

En la presente investigación se elaboró una encuesta y un pre test en los que se incluían preguntas de las variables en estudio.

g. UBICACIÓN Y TIEMPO DE ESPACIO

- **Ubicación:** Puesto de Salud Maynas
- **Tiempo de espacio:** La ejecución se realizó durante los meses de Julio a Octubre del 2010.

h. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El presente estudio se proceso y analizo mediante el paquete informativo del SPSS 15 versión para un entorno de Windows XP vista, los resultados se presentan mediante tablas univariadas y bivariadas de frecuencia relativas y gráficos.

Se uso estadísticas descriptivas según los objetivos del estudio y se presenta a través de gráficos y tablas de frecuencia univariadas.

i. ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación la encuesta fue de tipo anónimo respetando la privacidad de cada uno de las gestantes encuestadas A cada encuesta realizada se le asigno un código.

g. VARIABLES

Definición de Variables

a. Variable Independiente:

Mecanismos de transmisión del VIH/SIDA: Es la forma como una persona sana se expone al virus del VIH/SIDA al ponerse en contacto con una persona infectada por dicho virus.¹⁰

b. Variable Dependiente:

Comportamiento sexual: Se ve influenciado por la actividad mental, las características sociales, culturales, educativas y de regulación de los lugares donde las personas crecen y desarrollan su personalidad.

11



10. Irwin, Alexander, Joyce Millen, Dorothy Fallows, Fernando Aguiar González: (2010) *Sida global: verdades y mentiras: herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI*. Barcelona: Paidós Ibérica
11. Boccadoro L., Carulli S., (2008) *El sitio del amor negado. Sexualidad y psicopatologías ocultas*

c. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	
Mecanismos de transmisión del VIH/SIDA	Líquidos y emisiones corporales	Semen	Bueno Regular Deficiente	
		Secreción vaginal	Bueno Regular Deficiente	
		Lágrimas	Bueno Regular Deficiente	
		Saliva	Bueno Regular Deficiente	
		Sudor corporal	Bueno Regular Deficiente	
	Relaciones sexuales	Con Protección (preservativo)	Bueno Regular Deficiente	
		Sin Protección (preservativo)	Bueno Regular Deficiente	
	Por vía parenteral y transmisión sanguínea	y	Compartir agujas hipodérmicas	Bueno Regular Deficiente
			Compartir cepillos dentales	Bueno Regular Deficiente
			Compartir hojas de afeitar	Bueno Regular Deficiente

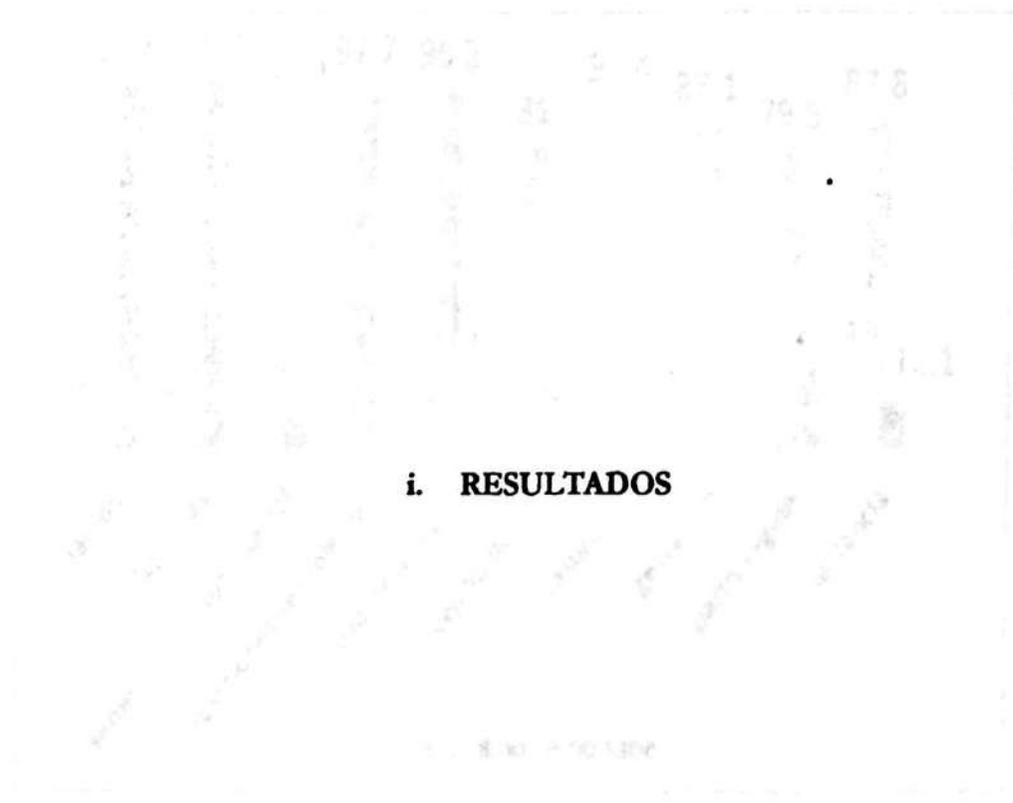
		Transfusiones sanguíneas	Bueno Regular Deficiente
	Transmisión vertical (madre a hijo)	Mujer infectada con virus del VIH SIDA que inicia una gestación	Bueno Regular Deficiente
		Mujer infectada con VIH SIDA que tiene parto vaginal	Bueno Regular Deficiente
		Madre infectada con el virus de VIH SIDA que da de lactar a su hijo	Bueno Regular Deficiente
Comportamiento sexual	Experiencia Sexual	Las mujeres debemos tener la misma experiencia sexual que los hombre	Si
			No
	Actividad Sexual Inicio de	Cree Ud que existen	Si

	Relaciones Sexuales	diferencias entre el hombre y la mujer en lo que respecta a la experiencia sexual	No
		A que edad tuvo su primera relación coital	Menor de 15
			De 15 a 20
			De 20 a 25 años
	Mayor de 25 años		
	Simultaneidad de Parejas	Cuántas parejas sexuales tiene actualmente	1 Más de 1
	Tipos de Practicas Sexuales	Ano genital	Si No
		Oral genital	Si No
		Oral, anal, genital	Si no

h. HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos de los mecanismos de transmisión del VIH que poseen las gestantes del puesto de salud Maynas es el adecuado.

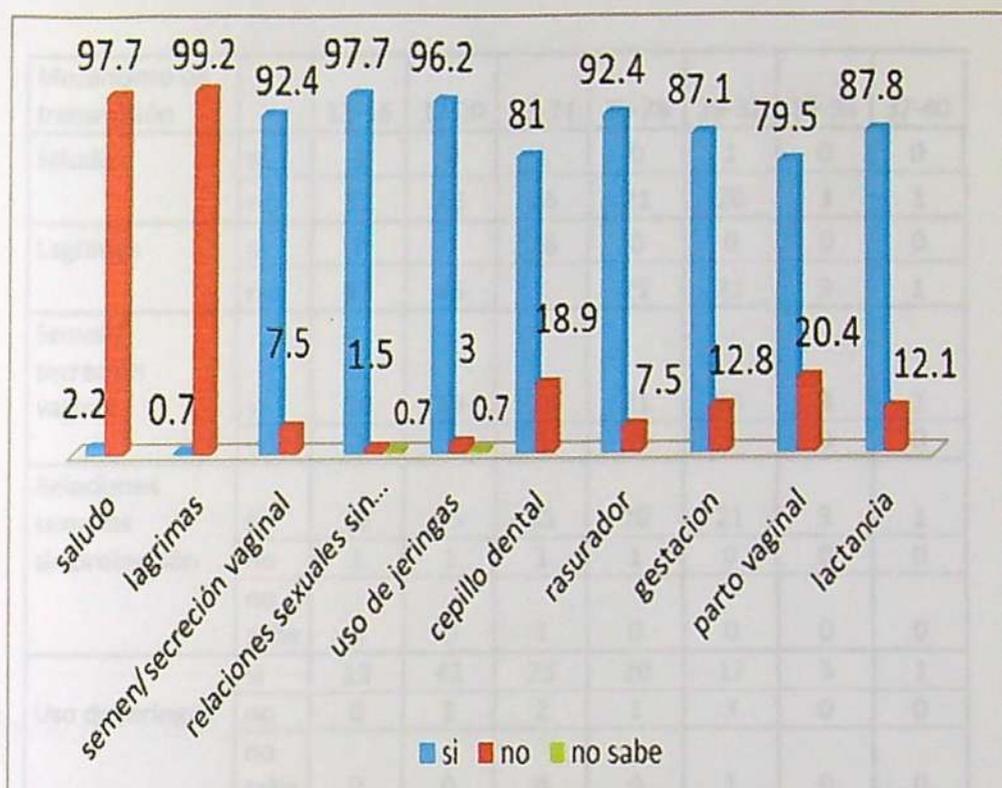
Fig. 6. (a) ... (b) ... (c) ... (d) ... (e) ... (f) ... (g) ... (h) ... (i) ... (j) ... (k) ... (l) ... (m) ... (n) ... (o) ... (p) ... (q) ... (r) ... (s) ... (t) ... (u) ... (v) ... (w) ... (x) ... (y) ... (z) ...



i. RESULTADOS

El presente informe describe los resultados obtenidos en el estudio de campo y laboratorio, así como el análisis de los datos y las conclusiones a las que se llegó. Los resultados muestran que el sistema de drenaje diseñado cumple con los requisitos establecidos en el proyecto, y que el terreno es adecuado para el cultivo de maíz. Se recomienda continuar con el estudio de viabilidad económica y social del proyecto, así como con la implementación de las obras de infraestructura necesarias para su ejecución.

Gráfico N° 01: CONOCIMIENTO DE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DE VIH



Fuente de información: Encuesta aplicada

En lo que respecta al mecanismo de transmisión del VIH el 2.27% (3) manifestaron que pueden contagiarse por el saludo, 99.24% (131) gestantes manifestaron que no pueden contagiarse por las lágrimas.

El 92.42% (122) gestantes refirieron que si se pueden contagiar de VIH a través del semen y de la secreción vaginal, 97.72% (129) manifestaron que podrían contagiarse de VIH a través de las relaciones sexuales sin protección.

Podemos apreciar que 18.93% (25) mujeres refirieron que no pueden contagiarse de VIH por el uso de cepillo dental ajeno, así mismo 7.57% (10) gestantes refirieron que no pueden contagiarse de VIH por el uso compartido de rasurador; 12.87% (17) gestantes desconocían que se podía transmitir el VIH durante la gestación; 20.45% (27) gestantes manifestaron que no se transmite el VIH durante el parto vaginal, 12.12% (16) gestantes refirieron que no se transmite el VIH durante la lactancia.

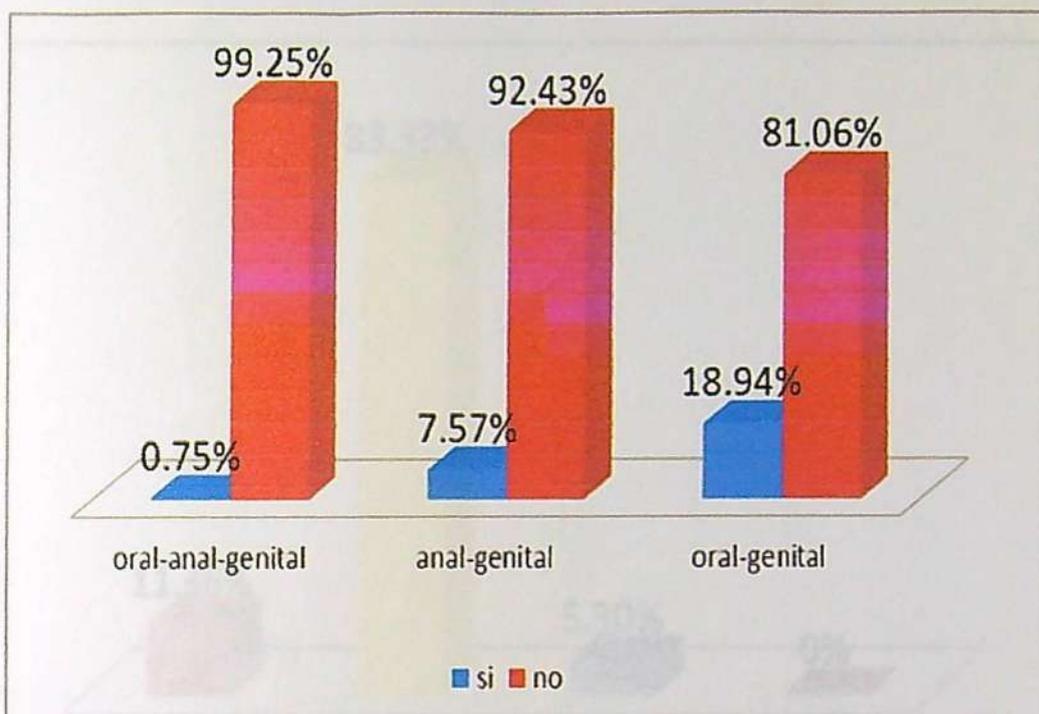
Tabla N° 01: CONOCIMIENTO DE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DE VIH EN RELACIÓN A LA EDAD MATERNA

Mecanismo de transmisión		13-16	17-20	21-24	25-28	29-32	33-36	37-40
Saludo	si	1	0	1	0	1	0	0
	no	12	46	26	21	20	3	1
Lagrimas	si	0	1	26	0	0	0	0
	no	13	45	1	21	21	3	1
Semen/ secreción vaginal	si	10	43	26	21	18	3	1
	no	3	3	1	0	3	0	0
Relaciones sexuales sin protección	si	12	45	25	20	21	3	1
	no	1	1	1	1	0	0	0
	no sabe	0	0	1	0	0	0	0
Uso de jeringas	si	13	42	25	20	17	3	1
	no	0	2	2	1	3	0	0
	no sabe	0	0	0	0	1	0	0
Cepillo dental	si	10	35	23	18	12	3	1
	no	3	11	4	3	8	0	0
Rasurador	si	10	43	24	19	17	3	1
	no	3	3	3	2	4	0	0
Gestación	si	9	39	23	20	18	3	1
	no	4	7	4	1	3	0	0
Parto vaginal	si	9	38	20	4	16	2	1
	no	4	8	7	7	5	1	0
Lactancia	si	11	38	24	18	18	3	1
	no	2	8	3	3	3	0	0

Fuente de información: Encuesta aplicada

En la presente tabla podemos apreciar que existe mayor desinformación sobre los mecanismo de transmisión del VIH se da en las gestantes de 17 a 20 años con 43 gestantes en total, seguida muy de cerca por las gestantes de 29 a 32 año con 30 gestantes.

Gráfico N° 2 : TIPOS DE PRÁCTICAS SEXUALES



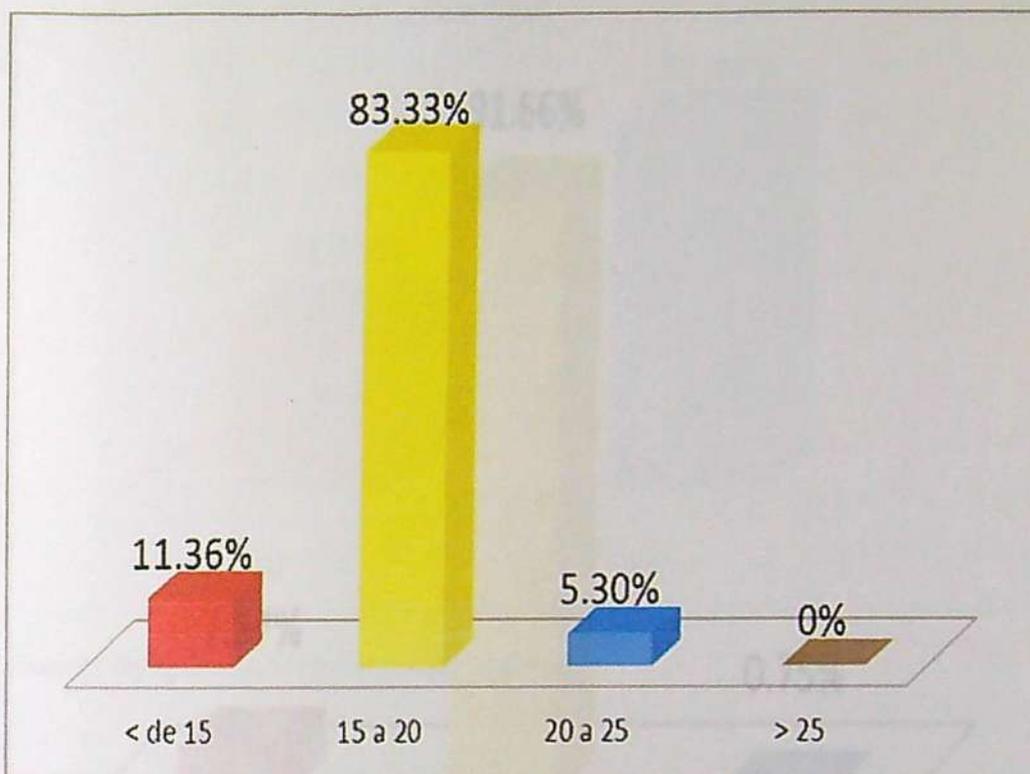
Fuente de información: Encuesta aplicada

En lo que respecta a la práctica sexual oral-anal-genital 0.75% (1) gestante refirió sostener relaciones sexuales oral-anal-genital y 99.25% (131) gestantes manifestaron no tener relaciones sexuales oral-anal-genital.

En lo concerniente a la práctica sexual anal-genital 7.57% (10) gestantes contestaron que si practican relaciones sexual anal-genital y el 92.43 (122) gestantes dijeron no practicar relaciones sexuales anal-genital.

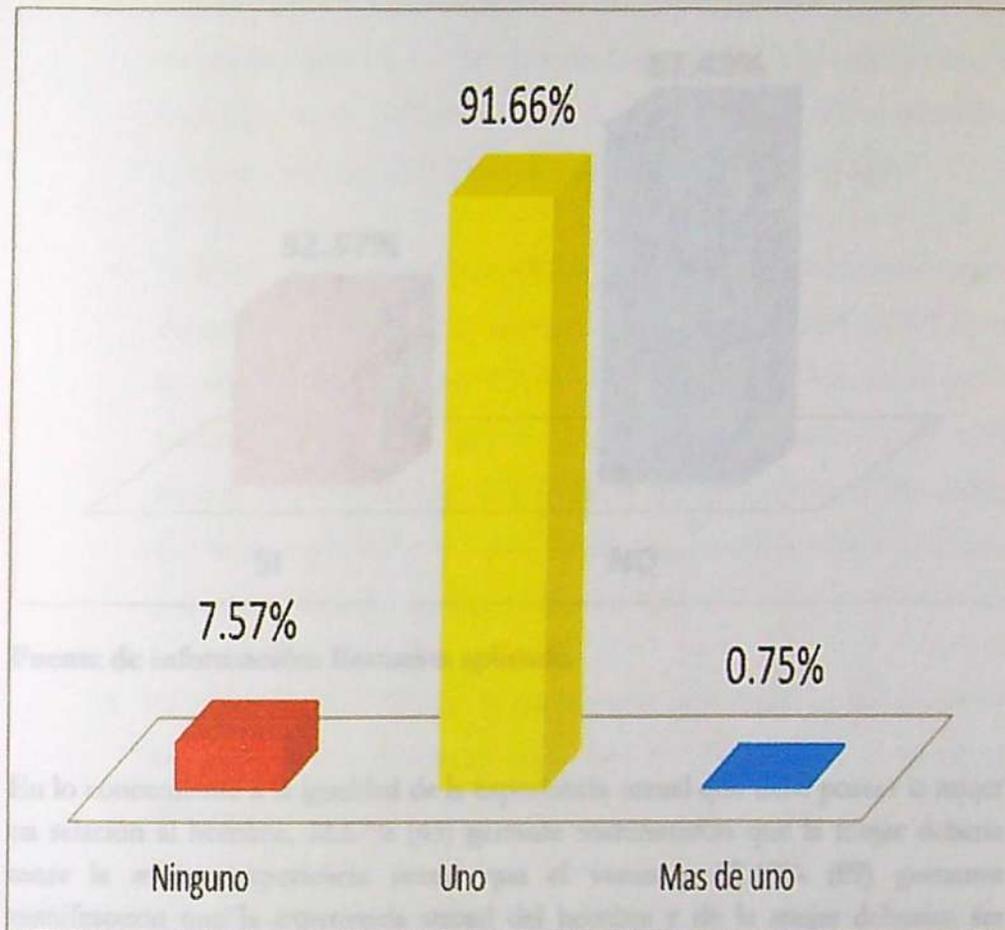
Referente a la practica sexual oral-genital 18.94% (25) practican relaciones sexuales oral-genital, y el 81.06% (107) gestantes manifestaron no tener relaciones sexuales oral-genital.

Gráfico N° 3. INICIO DE RELACIONES SEXUALES



Fuente de información: Encuesta aplicada

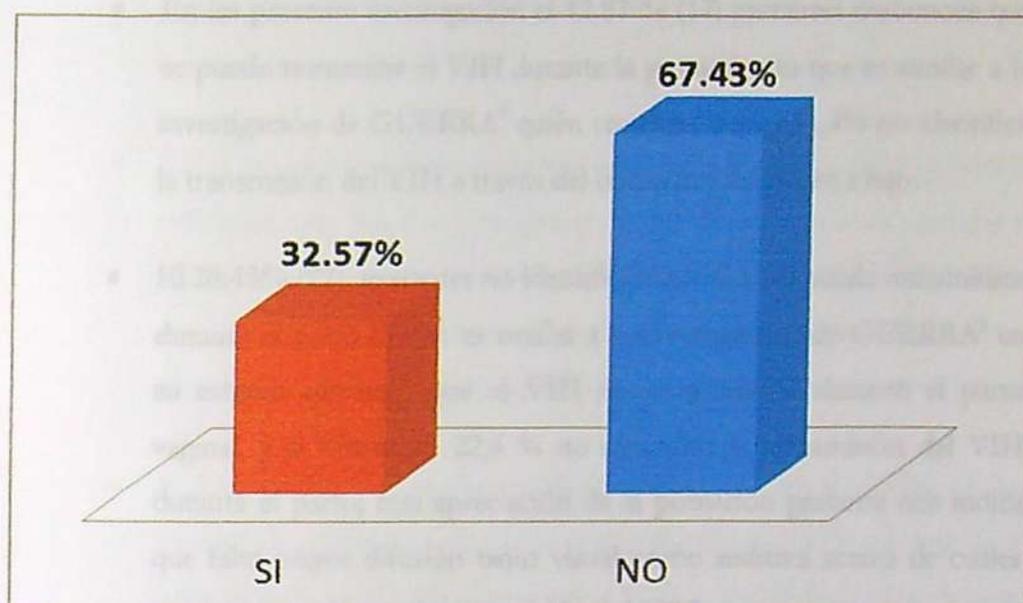
En lo concerniente a la edad de inicio de las Relaciones sexuales el 83.33% (110) refirieron haber iniciado su vida sexual entre 15 a 20 años, 11.36% (15) manifestaron haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años; 5.30% (7) gestantes refirieron haber iniciado su vida sexual de 20 a 25 años.

Gráfico N° 4. NUMERO DE PAREJA ACTUAL

Fuente de información: Encuesta aplicada

En lo concerniente al número de parejas actual, 7.57% (10) gestantes refirieron no tener compañero sexual, 91.66% (121) refirieron un compañero sexual y 0.75% (1) gestante refirió tener mas de un compañero sexual.

Gráfico N° 5 IGUALDAD SOBRE LA EXPERIENCIA SEXUAL



Fuente de información: Encuesta aplicada

En lo concerniente a la igualdad de la experiencia sexual que debe poseer la mujer en relación al hombre, 32.57% (43) gestante manifestaron que la mujer debería tener la misma experiencia sexual que el varón y 67.43% (89) gestantes manifestaron que la experiencia sexual del hombre y de la mujer deberían ser diferentes.

DISCUSION

- En la presente investigación el 12.87 % (17) gestantes desconoce que se puede transmitir el VIH durante la gestación; lo que es similar a la investigación de GUERRA⁹ quien concluye que el 31,4% no identifica la transmisión del VIH a través del embarazo de madre a hijo.
- El 20.45% (27) gestantes no identifican que el VIH puede transmitirse durante el parto lo que es similar a la investigación de GUERRA⁹ en su estudio obtiene que el VIH no se transmite durante el parto vaginal, y si mismo el 22,4 % no identifica la transmisión del VIH durante el parto; esta apreciación de la población gestante nos indica que falta mayor difusión tanto visual como auditiva acerca de cuales son los mecanismos de transmisión del VIH.
- Al igual que GUERRA⁹ en la presente investigación las gestantes desconocen que se puede transmitir el VIH durante la lactancia materna.
- En la presente investigación se halló que el 97.72% (129) manifestaron que no pueden contagiarse por el saludo, a diferencia de GUERRA⁹ quien halla que un alto porcentaje de embarazadas creen que besar o abrazar a una persona que vive con VIH, puede causar la infección o el contagio del VIH/SIDA (24%).
- El 92.42% (122) gestantes refirieron que si se pueden contagiar de VIH a través del semen y de la secreción vaginal, lo que concuerda con el trabajo de GUERRA⁹ quien concluye que las relaciones sexuales desprotegida son una vía de transmisión del VIH-SIDA 96.5%.

- En la presente investigación hallamos que el 81% (107) gestantes refirieron que si pueden contagiarse de VIH por el uso compartido de cepillo dental, así mismo 92.4% (122) gestantes refirieron que si pueden contagiarse de VIH por el uso compartido de rasurador.
- En la presente investigación obtuvimos que el 96.2% (125) gestantes refirieron que pueden contagiarse de VIH por el uso de jeringas y agujas infectadas lo que concuerda con BALMASEDA² quien concluye que el 85.6% identifica que si se puede contagiar de VIH a través del uso de jeringas y agujas infectadas.
- BALMASEDA² en su investigación concluye que el 82.6% de las encuestadas identifican que si se puede contagiar el VIH a través de la leche materna; el 81.2% afirma que el VIH se puede transmitir durante el embarazo, el parto y/o lactancia; nosotros encontramos que el 87.1% (115) gestantes reconocen que se puede transmitir el VIH durante la gestación; 79.5% (105) gestantes manifestaron que si se transmite el VIH durante el parto vaginal y el 87.8% (116) gestantes identificaron que se puede transmitir el VIH durante la lactancia.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos de las gestantes que acuden al Puesto de Salud Maynas encontramos que:

- El 2.27% (3) gestantes manifestaron que pueden contagiarse VIH por el saludo.
- El 99.24% (131) gestantes manifestaron que no pueden contagiarse VIH por las lágrimas.
- El 92.42% (122) gestantes refirieron que si se pueden contagiar de VIH a través del semen y de la secreción vaginal.
- El 97.72% (129) gestantes manifestaron que podrían contagiarse de VIH a través de las relaciones sexuales sin protección.
- El 18.93% (25) gestantes refirieron que no pueden contagiarse de VIH por el uso de cepillo dental ajeno.
- El 7.57% (10) gestantes refirieron que no pueden contagiarse de VIH por el uso compartido de rasurador.
- El 12.87% (17) gestantes desconocían que se podía transmitir el VIH durante la gestación.
- El 20.45% (27) gestantes manifestaron que no se transmite el VIH durante el parto vaginal.
- El 12.12% (16) gestantes refirieron que no se transmite el VIH durante la lactancia.

Por todo lo analizado podemos concluir que el nivel de conocimiento de las gestantes es deficiente, ya que de las 10 alternativas encuestadas cinco de ellas fue respondido en forma errónea, lo que nos indica que la hipótesis planteada no se cumple.

2. En lo que respecta a la práctica sexual encontramos que:
 - El 0.75% (1) gestante refirió sostener relaciones sexuales oral-anal-genital.
 - 99.25% (131) gestantes manifestaron no tener relaciones sexuales oral-anal-genital.
 - 7.57% (10) gestantes contestaron que si practican relaciones sexual anal-genital.
 - El 92.42 (122) gestantes dijeron no practicar relaciones sexuales anal-genital.
 - En la práctica sexual oral-genital 18.94% (25) practican relaciones sexuales oral-genitales.
 - El 81.06% (107) gestantes manifestaron no tener relaciones sexuales oral-genital.
3. En lo concerniente a la edad de inicio de las Relaciones sexuales 83.33% (110) refirieron haber iniciado su vida sexual entre 15 a 20 años, 11.36% (15) manifestaron haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años y 5.30% (7) gestantes refirieron haber iniciado su vida sexual de 20 a 25 años.
4. En lo concerniente al número de parejas actual, 7.57% (10) gestantes refirieron no tener compañero sexual actualmente, 91.66% (121) refirieron tener un compañero sexual y 0.75% (1) gestante refirió tener más de un compañero sexual.
5. En lo concerniente a la igualdad de la experiencia sexual que debe poseer la mujer en relación al hombre, 32.57% (43) gestantes manifestaron que la mujer debería tener la misma experiencia sexual que el varon y 67.43% (89) gestantes manifestaron que la experiencia sexual del hombre y de la mujer deberían ser diferentes.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones obtenidas recomiendo lo siguiente:

1. Realizar mayor difusión a través de los diferentes medios de comunicación masivas acerca de los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA, en la población gestante; ya que la población es estudio desconoce que pueden contagiarse a través de: el uso compartido de cepillos dentales (18.93%), durante la gestación (12.87%), el parto (20.45%) y la Lactancia materna (12.12%).
2. En lo concerniente a la edad optima para el inicio de vida sexual activa se debe realizar mayores actividades de difusion tanto en la comunidad como en los Colegios, institutos, vasos de leche y comedores comunales; asi mismo no se debe descuidar la actividad informativa dentro de los establecimientos de salud; ya que en la presente investigacion se obtuvo que el 94.69% de la poblacion sujeta a investigacion iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años.
3. Realizar a futuro nuevas investigaciones que sigan midiendo los conocimientos que las gestantes poseen sobre los mecanismos de transmisión del VIH y comportamiento sexual.

BIBLIOGRAFIA

1. **ANGELOSANTE Walter.** (2005) Medicina interna, educación médica y comunidad (Caracas) volumen 21.
2. **BALMASEDA A.** (2009). Nivel de conocimientos de las gestantes sobre VIH – SIDA en la ciudad de Nauta.
3. **BOCCADORO L., CARULLI S.,** (2008) El sitio del amor negado. Sexualidad y psicopatologías ocultas.
4. **BRUNNER y SUDDARTH Suzanne C. SMELTZER** (2005). Enfermería Medico Quirúrgico Ed McGraw-Hill Inter Americana 10 Ed Vol. II México pág. 1706
5. **CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES** (CDC del 2008).
6. **CUNNINGHAMR, Gary,** (2006) “Williams Obstetricia”, Editorial Médica Panamericana, Edic. 21ª edición, Barcelona- España, Pág.1263.
7. **CHECA Miguel Á.** Rev. Española Ginecología y Obstetricia Clínica (2004)5(3):142-145.
8. **DELGADO R.** (2008) Profilaxis de transmisión vertical del VIH. España
9. **GUERRA M;** (2009) Conocimientos sobre VIH/SIDA en un grupo de embarazadas VIH (+). (México)
10. **IRWIN, Alexander, MILLEN Joyce, FALLOWS Dorothy, GONZÁLEZ Fernando Aguiar.** (2010) Sida global: verdades y mentiras: herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI. Barcelona: Paidós Ibérica.
11. **MELNICK J. y ADELBERG,** (2010) Microbiología Medica, Editorial el Manual Moderno México DF, 17AVA EDICION pág. 644-645 F.

Anexo n° 01

AUTORIZACIÓN

Buenos días, la presente encuesta será aplicada por investigadoras de la UCP, a fin de obtener información sobre conocimientos del mecanismo de transmisión del VIH –SIDA y el comportamiento sexual de las gestantes de Loreto.

Por lo tanto la entrevista esta fraccionada en dos partes: la PRIMERA dirigida a conocer sus conocimientos del mecanismo de transmisión del VIH/SIDA y la SEGUNDA parte dirigida a conocer su comportamiento sexual.

Agradezco de antemano que la información que nos brinde sea veraz y confiable, para de esta manera lograr un trabajo efectivo.

Las respuestas que Ud. puede proporcionar serán tratadas con la reserva del caso y la información que Ud. brinde será empleado en la presente investigación.

La presente encuesta es anónima.

.....

I. DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

CÓDIGO: _____ ENTREVISTADOR _____

Distrito _____ Provincia _____ Dpto. _____

Fecha: _____ Edad: _____

Anexo n° 02

**ENCUESTA A LAS GESTANTES DEL PUESTO DE SALUD DE
MAYNAS LORETO**

**A. CONOCIMIENTOS DE LOS MECANISMO DE TRANSMISION
DEL VIH/SIDA**

1. ¿Cree Ud que se podría contagiarse VIH-SIDA a través del saludo en la mano o con un beso en la mejilla?
SI NO
2. ¿Cree Ud que el VIH-SIDA se puede contagiar a través de las lágrimas?
SI NO
3. ¿Cree Ud. Que el VIH-SIDA se puede contagiar a través del semen o de la secreción de la vagina?
SI NO
4. ¿Cree Ud que el VIH-SIDA se puede contagiar a través de las relaciones sexuales sin protección?
SI NO
5. ¿Cree Ud que el VIH – SIDA se puede contagiar por compartir jeringas?
SI NO
6. ¿Cree Ud que el VIH – SIDA se puede contagiar por compartir cepillos dentales?
SI NO
7. ¿Cree Ud que el VIH – SIDA se puede contagiar por compartir rasuradores o afeitadores?
SI NO
8. ¿Cree Ud que el VIH – SIDA se puede contagiar durante la gestación?
SI NO
9. ¿Cree Ud. que el VIH – SIDA se puede contagiar durante el parto?
SI NO

10. ¿Cree Ud. que el VIH – SIDA se puede contagiar durante la lactancia materna?

SI

NO

Anexo N° 03

B. COMPORTAMIENTO SEXUAL

1. ¿Las mujeres debemos tener la misma experiencia sexual que los hombres?

SI NO

2. ¿A que edad tuvo su primera relación coital?

menor de 15 años de 15 a 20 años

de 20 a 25 años mayor de 25 años

3. ¿Cuántas parejas sexuales tiene actualmente?

Ninguno 1

Mas de 1

4. ¿Ud. Con su pareja alguna vez ha tenido relaciones:

Ano, genital SI NO

Oral, genital SI NO

Oral, anal, genital SI NO

5. Durante sus relaciones sexuales ¿Usted hace uso del preservativo?

SI NO