

Universidad Abierta Interamericana



“Maternidad En Mujeres VIH Positivo”

Alumno Tesista: Pietrani María José

Licenciatura en Psicología

Facultad de Psicología

Mayo 2010

1. RESUMEN

En los últimos años se ha producido una feminización de la epidemia del VIH/SIDA, es decir que la situación de la mujer ha demostrado que la transmisión heterosexual esta incrementándose; lo cual conlleva a su vez a la transmisión materno fetal; la combinación de antirretrovirales durante el embarazo junto con la elección de tener una cesárea disminuye el riesgo de transmitir del VIH al feto. Aun así, esta decisión es un tanto complicada a la mujer, lo cual la lleva en muchas ocasiones a refugiarse en la relación médico-paciente, en tanto éste le pueda brindar el asesoramiento y tranquilidad que requiere para tomar dicha decisión, sin dejar de restar importancia a la contención y ayuda que reciba de parte de su familia.

El objetivo general de la investigación es conocer el significado de la maternidad en una población de mujeres VIH positivo.

La presente investigación se realizó por medio de la administración de cuestionarios, los cuales contenían diferentes preguntas en relación a la maternidad.

Finalmente se llegó a comprobar la viabilidad de la hipótesis planteada en esta investigación, en la que se esboza que las mujeres VIH positivo presentan un significado de la maternidad, caracterizado por temores, ansiedades y expectativas recurrentes e inherentes a su condición de infectadas.

El miedo más recurrente en las mujeres estudiadas, sean o no sean madres, es la transmisión vertical.

En esta investigación se destaca el papel que juega la prevención. Debido a medidas preventivas se puede lograr niveles de calidad de vida buenos para la madre e hijo.

El VIH/SIDA nos concierne a todos en tanto seres humanos habitados por la pulsión. Pone en juego la relación del sujeto con la sexualidad y la muerte, con el goce. El sujeto podrá o no estar infectado por el VIH, pero siempre estará afectado por el Discurso sobre el SIDA y sus propias representaciones acerca del mismo.

2. PROLOGO

En el presente trabajo, tesis de grado titulada “maternidad en mujeres VIH positivo” se estudió y analizó si existen o no ciertos miedos, temores, ansiedades, expectativas recurrentes a la condición de la infección por el VIH/SIDA en mujeres que tuvieron hijos antes del diagnóstico, después del diagnóstico de la infección y aquellas mujeres que no tuvieron hijos.

Con lo expuesto, para la realización de la tesis, se partió en primer lugar del interés que generan las vulnerabilidades a las que están expuestas las mujeres VIH positivo, por otro lado del entusiasmo que surgió a partir de la lectura de diferentes artículos sobre maternidad y, finalmente se plantea la asociación de las ideas anteriores con la idea de la prevención involucrando cambios, y apuntando siempre a las resignificaciones respecto a la sexualidad, la salud, los cuidados tanto del propio cuerpo como también de aquel cuerpo que se traerá a este mundo a través de la maternidad.

Dicha tesis está dividida en siete capítulos, el primero incluye la presentación del problema, objetivos, hipótesis planteada, y la historización del problema. El segundo capítulo cuenta con el marco teórico en el cual se basa todo el trabajo apuntando a una visión integrativa del tema en cuestión (se plasman datos meramente del campo médico, como también datos que corresponden al campo psicológico).

En el tercer capítulo se plantea una revisión documental respecto a la transmisión vertical del VIH/SIDA, incluyendo distintas investigaciones que se realizaron al respecto, y finaliza con datos estadísticos.

En el cuarto capítulo se plasman cuestiones concernientes al esquema de la investigación, incluyéndose el área de estudio, el tipo de investigación que se realizó, la población y muestra, los métodos y técnicas utilizadas.

En el quinto capítulo se describe, analiza e interpreta el análisis del trabajo, presentando gráficos referenciados.

En el sexto capítulo se consideran las conclusiones e informe final a las que se arribaron, a demás se enuncian lineamientos para otras investigaciones.

En el capítulo séptimo se incluye el apéndice, en el cual se encuentran el glosario y el cuestionario que se utilizó una vez que se llegó al campo, y las leyes correspondiente al tema tratado en la investigación.

3. AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar unas palabras de reconocimiento hacia quienes indirecta o directamente me han acompañado a lo largo de esta tesis de grado.

En primer lugar quiero agradecer profundamente a mis padres Betty y Walter, quienes me dieron la oportunidad (con mucho sacrificio) de poder estudiar, alentándome en todo momento.

En segundo lugar quiero agradecer a mi tutora la Psicóloga María Alejandra Acosta por sus sugerencias, aportes y correcciones, guiados por un objetivo constructivo y estimulante, y no olvidarme de la posibilidad que me dio en poder ir a mi primer congreso, sobre VIH/SIDA en la provincia de Salta.

También quiero agradecer al Doctor Sergio Lupo por su cordialidad y colaboración desinteresada, al derivarme pacientes para la realización de las encuestas.

No quiero dejar de agradecer a esas hermosas mujeres, a quienes les hice las encuestas, a esas mujeres que aman ser madres, que disfrutan serlo y aquellas que aun siguen esperando llegar a la “maternidad”, a esas mujeres que apuestan a la vida, y salen adelante.

A demás quiero agradecer a Cecilia, Pablo y por sus ánimos constantes, a mis primos Paula y Paulo.

Y por sobre todo quiero agradecer a mi abuelita que desde una estrella, me iluminó siempre, GRACIAS ABUELA!!

Todos ellos han sido en mayor y menor medida los pilares de esta tesis.

Les agradezco a todos sus gentiles intenciones y les dedico esta tesis.

INDICE

1. Resumen	1
2. Prólogo	2
3. Agradecimientos	4
Capítulo 1: INTRODUCCIÓN	9
1. Introducción	9
1.1 Formulación del Problema	10
1.2 Historización del Problema	11
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo General	14
1.3.2 Objetivos Específicos	14
1.4 Hipótesis	15
Capítulo 2: Marco Teórico	16
1. El VIH y el Sida	16
2. Óptica Clínica	17
2.1 Período agudo inicial	17
2.2 Período Intermedio	17
2.3 Período Avanzado	18
3. Vías de Transmisión del VIH/Sida	18
3.1 Transmisión Sexual	18
3.2 Transmisión Parenteral o Sanguínea	19
3.3 Transmisión Vertical (madre-hijo)	20
3.3.1 Transmisión Intrauterina	20
3.3.2 Transmisión Perinatal	20
3.3.3 Transmisión Postnatal	21
4. La Concepción De Un Hijo En Parejas Con VIH	22

4.1 Varón con VIH, mujer sin VIH	23
4.1.1 Lavaje De Semen	23
4.1.2 Inseminación Intracitoplasmática (ICSI)	23
4.2 Mujer con VIH, varón sin VIH	24
4.3 Ambos miembros de la pareja con VIH	25
4.4 La concepción con riesgo disminuido	26
4.4.1 La consideración de la historia reproductiva	27
4.4.2 La consideración de la carga viral del miembro de la pareja	27
4.4.3 La consideración del momento del ciclo menstrual	28
5. Sexualidad Y Embarazo	30
5.1 Las Relaciones Sexuales y sus motivaciones	30
5.2 Motivaciones Patológicas Para El Embarazo	31
5.3 El Auténtico Deseo De Hijo	33
6. Temores, Expectativas Y Sueños De La Mujer Embarazada	34
6.1 Temor a perder el atractivo físico	34
6.2 Temor a tener un hijo anormal	34
6.3 Temor a no tener leche	35
6.4 Temor a morir en el parto	35
6.5 El miedo a la muerte de un hijo	35
6.6 Temor a sufrir dolor en el parto	36
6.7 Preocupaciones con respecto a la anestesia	36
6.8 Temor a la operación cesárea, fórceps, y a la ventosa extractora	36
6.9 Temor a no desempeñar bien el rol de madre	36
6.10 Temor a no poder separarse del bebé luego del parto	37
6.11 Otros temores de la embarazada	37

7. Prevención De La Transmisión Vertical	38
8. Profilaxis De La Transmisión Vertical En El Recién Nacido Expuesto Al VIH	39
8.1 Mujer Embarazada Sin Tratamiento Antirretroviral Previo	40
8.2 Mujer Embarazada Con VIH, Controlada Y Tratada, Carga Viral Indetectable Sin Inmunodepresión Grave	40
8.3 Mujer Embarazada Sintomática Con Carga Viral Detectable, Inmunodepresión Grave Y/O Mal Cumplimiento Terapéutico	40
8.4 Mujer embarazada no controlada o identificada en el momento del parto	40
8.5 Recién Nacido Con Madre Infectada, No Identificada Ni Tratada Durante El Embarazo	41
Capítulo 3: Estado Actual De Los Conocimientos Sobre El Tema	42
1. Investigaciones Precedentes	42
2. Datos Estadísticos	46
Capítulo 4: Esquema De La Investigación	53
1. Área de Estudio	53
2. Tipo De Estudio	53
3. Población Objetivo	54
3.1 Universo	54
3.2 Muestra	54
4. Técnicas De Recolección De Datos	55
4.1 Instrumentos De Recolección De Datos	55
Capítulo 5 Trabajo de Campo	57
1. Características Socio-demográficas De Las Mujeres Estudiadas	59
2. Mujeres Con Serología VIH + Sin Hijos	65

2.1 Relación entre variables correspondientes a mujeres VIH + sin hijos	73
3. Mujeres Con Serología VIH Positiva Con Hijos Previos Al Diagnóstico	75
3.1 Relación entre variables correspondientes a mujeres VIH + con hijos previos al diagnóstico	86
4. Mujeres Con Serología VIH + Con Hijos Posteriores Al Diagnóstico	87
4.1 Relación Entre Variables Correspondientes A Mujeres VIH + Con Hijos Posteriores Al Diagnóstico	102
Capítulo 6: Resultados Y Conclusiones	104
Bibliografía	108
Capítulo 7 Anexo	112
1. Glosario	112
2. Cuestionario	116
3. Ley Nacional De Sida: Ley 23798 De Lucha Contra El Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)	122
3.1 Reglamentación De La Ley N° 23.798	127
3.2 Análisis Para Embarazadas	131
4. Palabras Claves	132

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCION

La infección por VIH/SIDA se ha propagado por todo el mundo, y continúa avanzando rápidamente, convirtiéndose de esta manera en una pandemia.

Desde el momento en el que aparecen personas infectadas por VIH/SIDA se llegó a importantes conocimientos, se produjeron grandes avances, y aunque la solución para dicho virus se encuentra un tanto lejos, es menester contar con esperanzas justificadas.

A medida que los años avanzan, la población en riesgo varía, del total de la población infectada aproximadamente el 50% son mujeres, aunque es importante destacar que dicho porcentaje varía significativamente entre las diferentes regiones del mundo.

El crecimiento en relación a los casos de mujeres infectadas por VIH/SIDA afecta regularmente a mujeres que se encuentran en edad fértil, lo cual trae como consecuencia un aumento en el riesgo de la transmisión vertical, por tanto el “ser madre” 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.

Por todo lo expuesto anteriormente, este proyecto aspiró a identificar y analizar cuestiones concernientes a la maternidad en mujeres VIH positivas que tuvieron hijos (previamente al diagnóstico de la infección y posteriormente a la misma) y que no tuvieron hijos; haciendo referencia a vivencias, temores, expectativas, el significado que le otorgan a la maternidad, entre otros aspectos.

1.1 PROBLEMA

¿Cuál es el significado de la maternidad en mujeres seropositivas que tuvieron hijos y que no tuvieron hijos?

1.2 HISTORIZACION DEL PROBLEMA

Al comenzar los años 80, irrumpe el SIDA, como tema de preocupación en diferentes ámbitos. Contenía una carga imaginaria como enfermedad asociada en un principio a los adictos, los homosexuales y las prostitutas, quienes eran considerados grupos del riesgo. Se consideraba que se enfermaban de SIDA por drogadictos, por homosexuales y prostitutas, es decir por lo que eran, por aquello que los vinculaba con su identidad, por pertenecer a determinados grupos.

También se asocio el SIDA con enfermedades de otros países, pensando de que la Argentina estaba lejos de padecerlo; sin embargo la infección por el VIH/SIDA continuo expandiéndose, hasta convertirse en una de las diez mayores causas de muerte en adultos entre 15 y 49 años, es decir en sujetos que están dentro de su vida sexual reproductiva.

En los últimos años se ha producido una feminización de la epidemia del VIH/SIDA, es decir que la situación de la mujer ha demostrado que la transmisión heterosexual esta incrementándose; lo cual conlleva a demás a la transmisión materno fetal.

Tanto a nivel mundial como regional, el contagio en la mujer ha ido creciendo, a tal punto que su vulnerabilidad en cuanto a la elección de la sexualidad, su participación en la elección de las barreras precautorias como el preservativo, son prioridades que deberían tener en cuenta los distintos programas que trabajan en prevención

Es importante a demás dar cuenta de que la Argentina, presenta el primer lugar en América Latina de transmisión vertical.

Es importante considerar que existen vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres, muchas de las cuales son consecuencia del proceso por el cual la sociedad dicta diferentes pautas de comportamiento a cada uno de los géneros.

La vulnerabilidad de las mujeres tiene múltiples rostros: un rostro biológico, un rostro epidemiológico, un rostro socio-cultural.

Para el caso de la vulnerabilidad biológica: en las relaciones heterosexuales la mujer es de 2 a 4 veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las infecciones de transmisión sexual (ITS) son de manera más frecuente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre, lo cual debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus.

De acuerdo a lo epidemiológico los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes establezcan relaciones sexuales y pareja con hombres de mayor edad, lo cual hace que dichas mujeres estén en un riesgo mayor de infectarse por el VIH y demás ITS, debido a que practican sexo desprotegido con hombres de una franja de edad en la que son más elevados los niveles de prevalencia del VIH e ITS.

Por otro lado, las mujeres suelen necesitar más transfusiones sanguíneas que los hombres.

En cuanto a la vulnerabilidad socio-cultural, si bien hubo muchos cambios que permiten la inserción de la mujer en distintos ámbitos de trabajo, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud, además en algunas culturas los hombres esperan recibir satisfacción sexual de las mujeres bajo su control económico.

La vulnerabilidad de las mujeres por cuestiones de género se refuerza cuando, se suman otras desigualdades como la pobreza o la discriminación por razones étnicas o de

preferencias sexuales, es decir, el VIH/SIDA afecta a las mujeres en tanto mujeres, pero no las afecta a todas por igual.

Existe una vulnerabilidad específica para las mujeres, aquellas que están particularmente en riesgo son las trabajadoras de la salud, las compañeras sexuales de personas que tienen prácticas de riesgo, las parejas sexuales de personas que viven con el VIH, las mujeres expuestas a situaciones especiales de riesgo como abuso sexual, violencia, transfusiones sanguíneas sin precaución, y las mujeres indígenas/rurales, migrantes o parejas de migrantes, las mujeres privadas de la libertad o parejas de personas privadas de la libertad, entre otras.

Con todo esto las mujeres se han expuesto a múltiples riesgos, particularmente en la época en la cual no se tenían demasiados conocimientos respecto a la infección por el VIH/SIDA. Una o dos décadas atrás, la realidad era muy distinta: la mayoría de las mujeres tenían que olvidarse de procrear por el elevado riesgo de que el hijo naciese con el virus o quedase huérfano a temprana edad. Los enfermos no recibían medicamentos del Estado y nacían hasta 140 niños al año con la enfermedad. Su esperanza de vida y la de sus padres era limitada.

El acceso y la calidad de los antirretrovirales, entre otras cosas, han convertido a esta infección en una enfermedad crónica en muchas partes del mundo. De hecho, lejos de eso, el VIH/Sida puede ser también sinónimo de vida.

Sumándose a esto la implementación del protocolo ACTG 076 en el año 1997, que apunta al tratamiento y los cuidados que debe entregar el servicio de salud a una mujer viviendo con VIH/SIDA que se encuentra embarazada, disminuyendo de manera considerable la transmisión vertical.

1.3 OBJETIVOS DEL TRABAJO

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el significado de la maternidad en una población de mujeres VIH positivo con y sin hijos.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar el significado respecto a la maternidad previa y posterior al diagnóstico en mujeres VIH positivas.
- Analizar las vivencias de los embarazos previas y posteriores al diagnóstico.
- Evaluar temores y expectativas pre y post parto en mujeres VIH positivo que tuvieron hijos antes y después del diagnóstico.
- Evaluar la percepción de contención de las mujeres seropositivas respecto a los profesionales que las asisten.

1.4 HIPOTESIS DE TRABAJO

Las mujeres VIH positivas presentan un significado de la maternidad, caracterizados por temores, ansiedades y expectativas recurrentes, e inherentes a su condición de infectadas.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

1. EL VIH Y EL SIDA.

La epidemia del VIH/SIDA es reciente, los primeros casos notificados en África y Europa datan de 1959, y en Norteamérica de 1968.

Los virus del SIDA, el VIH-1 y el VIH-2, pertenecen a la familia de los retrovirus, virus cuya información genética está contenida en una molécula de ARN en vez de ADN, como es habitual en la mayoría de los seres vivos.

En los años 70 la liberación sexual estaba en su apogeo. Siguiendo esta corriente, la comunidad gay de algunos países había decidido salir a la calle y mostrarse sin complejos.

Según investigaciones de aquella época, en una sola visita a locales como saunas, discotecas o clubes especiales se producían una media de 2,7 contactos sexuales. Proliferaron entonces las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y era frecuente encadenar o padecer a la vez gonorrea, sífilis, herpes, toda una ristra de enfermedades asociadas a la promiscuidad. Sin embargo, no fue suficiente para modificar los hábitos sexuales de la época.

Fue en este escenario cuando en junio de 1981 se comunicó, en una revista científica, el primer caso de neumonía por *Pneumocystis carinii* en un paciente homosexual. Este germen era hasta entonces muy poco frecuente salvo en sujetos con las defensas bajas. Casi simultáneamente se publicaron varios casos de Sarcoma de Kaposi en pacientes jóvenes y los acontecimientos se sucedieron vertiginosamente. Ambas eran enfermedades raras que aparecían sólo en sujetos inmunodeprimidos, es decir, sin capacidad para defenderse de las infecciones y de algunos tumores. En pocos meses se describieron casos similares en otros países occidentales, fundamentalmente europeos.

Se pensaba en que el motivo de estas raras infecciones estuviese en el frecuente uso de

drogas estimulantes por la comunidad gay, que parecía ser la más afectada.

Sin embargo, una vez descrito el cuadro de inmunodeficiencia, comenzaron a comunicarse nuevos casos en sujetos no homosexuales: fundamentalmente adictos a las drogas intravenosas, hemofílicos y sujetos procedentes de la isla caribeña de Haití. En enero de 1983 se describió el primer caso de transmisión heterosexual.

Esta enfermedad fue bautizada con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA, un término que hace referencia a la falta de defensas que sufrían los pacientes y al hecho de que se adquiriese durante la vida, ya que hasta aquel momento la mayoría de los casos de inmunodeficiencia aparecían de forma congénita, es decir al nacer, o bien en pacientes que estuviesen recibiendo quimioterapia para el cáncer. Una vez que se supo que era el virus del VIH el responsable de la enfermedad, quedaba por determinar sus orígenes.

2. ÓPTICA CLÍNICA DEL VIH/ SIDA

El curso de la infección por el VIH incluye:

2.1 Período agudo o inicial:

Hay anticuerpos en la sangre, pero la persona se siente sana, dentro de las manifestaciones clínicas se incluye fiebre, cefaleas, mialgias, a veces diarreas.

2.2 Período intermedio:

La fase aguda de la infección progresa hacia una fase de latencia en la gran mayoría de los casos, a pesar de que se pone en juego una respuesta inmunológica humoral y celular que permite disminuir la replicación viral, ésta no alcanza a eliminar el VIH del organismo. Durante este período de varios años de evolución, se diferencian tres momentos diferentes: el del paciente asintomático, el del paciente que agrega síntomas

constitucionales y en un tercer momento con síntomas generales pronunciados y alteraciones clínicas de magnitud.

2.3 Período avanzado:

Se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas o neoplásicas, trastornos neurológicos y en muchos casos con importante deterioro del estado general del paciente. La principal infección oportunista es la neumonía por *Pneumocystis Carinii*.

3. VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH/ SIDA

Toda enfermedad infecciosa requiere de ciertas condiciones para ser transmitida:

- El agente causal debe estar presente en suficiente cantidad: en el caso del VIH, esto ocurre solamente en la sangre y en las secreciones vaginales y el semen.
- Que las condiciones medio ambientales y de contacto permiten que el virus pueda pasar de la persona infectada a la sana: el virus fuera del organismo sobrevive mal y poco tiempo. Es por ello, que para infectar el organismo debe penetrar en su interior y entrar en contacto con la sangre de la persona expuesta.
- Que la persona sana sea susceptible, permitiendo al agente producir infección.

Existen tres vías fundamentales de transmisión del VIH:

3.1 Transmisión sexual:

Las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, heterosexuales u homosexuales, pueden transmitir el virus del SIDA. Los contactos oro-genitales (contacto boca-órgano genital) pueden transmitir el VIH si hay lesiones sangrantes en cualquiera de las dos zonas.

Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones aumentan el riesgo de transmisión.

Las relaciones anales son las más infecciosas, porque son las más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal.

El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una única relación sexual puede ser suficiente.

El riesgo de transmisión es mayor en el sentido hombre-mujer que en el contrario, mujer-hombre.

El riesgo aumenta si la mujer tiene la menstruación (a causa del flujo de sangre).

Los besos profundos y la masturbación entre la pareja no transmiten el SIDA siempre que no existan lesiones sangrantes que puedan poner en contacto sangre contaminada con lesiones del eventual receptor.

3.2 Transmisión parenteral o sanguínea:

La transmisión del VIH por la sangre es, en la actualidad, el principal modo de transmisión del SIDA en todos los países desarrollados, ya que la mayoría de portadores de anticuerpos del VIH son Usuarios de drogas endovenosas. Las jeringas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el VIH; además, los objetos que se utilizan para la preparación de la droga también pueden estar contaminados.

La transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es en la actualidad, casi nula ya que desde 1.987 existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre y para estos fines sólo se utilizan muestras que son seronegativas.

Los elementos de cuidado corporal (tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, pinzas, etc.) presentan un riesgo teórico de transmisión del VIH ya que pueden entrar en contacto

con la sangre. Su empleo exige la limpieza con una solución desinfectante o su calentamiento.

3.3 Transmisión vertical (madre-hijo):

La transmisión vertical de la infección por el VIH entre madre e hijo puede producirse a tres niveles:

3.3.1 Transmisión Intraúterina:

El VIH puede atravesar la placenta, lo cual ha sido demostrado por la presencia del mismo en placentas de abortos del primer y segundo trimestre, así como en el líquido amniótico. La infección sucedida intraútero puede detectarse precozmente tras el nacimiento y generalmente desencadena una rápida progresión de la enfermedad.

3.3.2 Transmisión Perinatal:

El recién nacido es capaz de infectarse al final de la gestación y en el parto. El mecanismo de esta infección parece ser a través de las secreciones vaginales o sangre de la madre infectada por vía ascendente, que se favorece muy eficazmente por las contracciones uterinas preparto. Actualmente está del todo confirmado y documentado que la cesárea electiva antes de que se inicie el trabajo del parto, reduce el riesgo de transmisión vertical de la infección por el VIH.

3.3.3 Transmisión Postnatal:

El VIH, al igual que otros virus, es capaz de excretarse a través de la leche materna.

En países desarrollados se desaconseja la lactancia materna a las madres infectadas por el VIH, con lo que prácticamente desaparece esta vía de infección. Por el contrario, en los países en vías de desarrollo la OMS aconseja mantener la lactancia materna ya que es mayor el riesgo de morir si el bebé no lacta, que el de adquirir la infección.

La carga viral materna es el factor más importante para predecir la transmisión perinatal del VIH.

4. LA CONCEPCIÓN DE UN HIJO EN PAREJAS CON VIH.

El Dr. Lavarello D. (2005) plantea que a raíz de las mayores posibilidades de acceder a la información y a las pruebas de detección de VIH, se ha determinado que en la actualidad es cada vez más frecuente la realidad de parejas en las que uno o los dos miembros de la misma se halla infectados con el virus VIH, y que desean tener un hijo. Lavarello D. (2005) afirma que el hecho de asumir el deseo de estas parejas de ser padres y madres, y aceptarlo como un fuerte orientador de sus conductas futuras, va a permitir pensar una respuesta posible para estas personas que viven con VIH y quieren tener la posibilidad de enfrentar, como tantas otras parejas, la posibilidad de ser padres. Es fundamental tener presente, que la realidad que hoy viven muchas personas con VIH, se encuentran en buen estado de salud, con una terapéutica de alta eficacia que consigue cronificar en gran porcentaje de pacientes la infección, todo esto cambia el escenario de muerte de años atrás, por otro de mucho más amplias expectativas, y esto no puede dejar afuera la posibilidad del embarazo.

Se considera que es fundamental, el conocimiento de las parejas para buscar el embarazo, con las respectivas técnicas que evitan o disminuyen el riesgo de infección del miembro de la pareja no infectado, a raíz de esto se describen los tres escenarios posibles: varón con VIH en pareja con mujer sin VIH, mujer con VIH en pareja con varón sin VIH, y ambos miembros de la pareja con VIH y su abordaje dentro de las ciencias médicas

. Estas parejas, en las que uno de sus miembros se halla infectado por el VIH, deben usar siempre preservativos si es que el integrante de la pareja que no vive con el virus quiere mantenerse libre del mismo.

4.1 Varón con VIH, mujer sin VIH

Para estas parejas, existe dos técnicas: una técnica que se conoce con el nombre de “lavaje de semen”, y otra denominada Inseminación Intracitoplasmática (ICSI), que consiguen la concepción a un riesgo cero a juzgar por los resultados de los trabajos internacionales y nacionales existentes a este respecto.

4.1.1 Lavaje de semen:

Esta técnica sólo puede desarrollarse en centros de fertilidad, es decir, la pareja debe ponerse en contacto previamente. Para el desarrollo de la misma, el varón debe hallarse en tratamiento antirretroviral con carga viral plasmática indetectable, y debe monitorearse la ovulación de la mujer a lo largo de los días esperables. Cuando se detecta dicho momento, la pareja debe concurrir a uno de estos centros especializados, donde el varón deberá obtener su esperma por masturbación. El espermatozoide será procesado en medios de densidad diferencial para producir luego de varias centrifugaciones y resuspensiones, un líquido conocido como concentrado de espermatozoides. Esta preparación no contiene otras células que no sean espermatozoides, vale decir que está libre de glóbulos blancos que son la fracción celular de mayor concentración de virus VIH, y a su vez está libre de casi la totalidad del plasma seminal, que también contiene virus libre. Este concentrado se coloca dentro del útero de la mujer de la pareja a través de una cánula y con una técnica sencilla, que se practica en una camilla de consultas ginecológicas habituales.

4.1.2 Inseminación Intracitoplasmática (ICSI):

Esta es otra variante de las técnicas de fertilización asistida y consiste en la inyección

de un solo espermatozoide directamente dentro del citoplasma del óvulo. Esta técnica se recomienda en ciertas circunstancias, como espermatozoides de pobre calidad (alto porcentaje de espermatozoides anormales, test de hemizona o test de activación alterados) y/o cantidad insuficiente para intentar una técnica de fertilización in vitro convencional. En los casos de varones con VIH, permite una fecundación in vitro de un óvulo femenino con un solo espermatozoide, lo cual brinda la más absoluta seguridad de no-transmisión del VIH, además de sumar a su favor más alta chance de embarazo. En su contra esta técnica es de alto costo, y trabajosa para la pareja. Para dar una noción de la pequeña cantidad de espermatozoides que se necesitan para esta técnica puede decirse que se han logrado fertilizaciones con muestras informadas previamente como azoospermicas (es decir, no se visualizan espermatozoides en la muestra de semen), recuperando pocos espermatozoides luego de concentrar la muestra por centrifugación. También se utiliza cuando el semen presenta alteraciones específicas de los espermatozoides, en parejas con fallas previas en la fertilización in vitro, o por alteraciones del óvulo. Una vez obtenidos el semen y el óvulo para la técnica propiamente dicha, se utiliza una pipeta de sujeción para sujetar al óvulo y una aguja de inyección. La aguja se carga con un solo espermatozoide seleccionado entre los de mejor morfología aparente, y se introduce atravesando la zona pelúcida y el citoplasma del óvulo, donde se inyecta el espermatozoide con el menor volumen posible de líquido.

4.2 Mujer con VIH, varón sin VIH

Las decisiones sobre la maternidad en estos casos son muy difíciles, ya que la primera consideración que debe realizarse es la posibilidad, hoy muy baja (del orden del 2%) de la transmisión del VIH de la madre al hijo por el embarazo y parto. La parejas pueden consultar a un médico sobre los riesgos de cursar un embarazo para la salud de la mujer,

y sobre las ventajas y desventajas de los tratamientos de profilaxis para evitar la transmisión del VIH al bebé, a través de drogas antirretrovirales y en ocasiones también a través de una cesárea.

Con la decisión de la maternidad / paternidad ya tomada, la concepción tiene una posible resolución de riesgo potencial cero para el varón, y de costo casi nulo que se suele denominar inseminación casera. Esto consiste en: se le recomienda a la pareja que en los días estimados de fertilidad de la mujer, vale decir alrededor de los días 12 a 14 del ciclo femenino habitual, proceda a sostener una relación como deben hacer siempre, vale decir, con preservativo, o bien se le indica al varón que obtenga su semen por masturbación en un preservativo o en un frasco estéril. Una vez obtenido el semen, se debe cargar el mismo en una jeringa de 5 a 10 cc, sin aguja, por aspiración suave desde el preservativo o desde el recipiente. A continuación se debe instilar el mismo en la vagina de la mujer, que puede favorecer esta operación abriendo su vagina con dos dedos.

4.3 Ambos miembros de la pareja con VIH

En estas parejas, otra vez, la primer discusión seria debe ser si hay un claro convencimiento de ambos para el arduo proyecto de ser padre y madre y sobre todo si se asume el riesgo de la transmisión del VIH de la madre al hijo, tal como se comentaba en el caso anterior. Esclarecido esto, estas parejas tienen la posibilidad de adoptar como método de elección, el método del lavaje de semen o el del ICSI ya descriptos, ya que éstos impiden por completo cualquier riesgo de transmisión del VIH. Es de relevancia destacar que no se debe minimizar el riesgo de transmisión del VIH entre personas que ya se hallan infectadas, ya que podría ocurrir la re-infección de uno de los miembros de la pareja con el virus del otro miembro, y este nuevo virus podría tener otro perfil de resistencia, llevando al fracaso de la terapéutica antirretroviral o agravando su

pronóstico. Esta reinfección no es fácilmente detectable, y podría argumentarse que estas parejas no arriesgan lo mismo que aquellas en las que solo uno de sus miembros está afectado. Una reinfección podría significar una diferencia clínica evolutiva notable. Eventualmente, y como para las parejas serodiscordantes antes mencionadas en los puntos Lavarello D. plantea las consideraciones que siguen a continuación.

4.4 La concepción con riesgo disminuido.

Pese al indudable beneficio de evitar una transmisión de VIH entre miembros de una pareja, las técnicas antedichas (lavaje de semen, ICSI, e inseminación casera) pueden no resultar accesibles o sustentables en el tiempo por diversas razones para muchas parejas. Entre las razones para esto podrían encontrarse cuestiones económicas, culturales, o personales.

“Es indudable que para que una pareja implemente cualquiera de dichos métodos, se requiere de un firme convencimiento de su beneficio, cierto monto de recursos económicos (en realidad mínimos para la inseminación casera), y la capacidad personal de poder hablar todos estos aspectos, manipular los propios genitales de modo efectivo, no decaer ante el fracaso del primer intento, etc. Los que trabajan en la atención de parejas con estos problemas, sabemos que muchas, aún con muy buena voluntad, no reúnen todos estos requisitos, y podrían sufrir una deriva actitudinal hacia la concepción de modo natural, vale decir, podrían comenzar a buscar, consciente o inconscientemente, una concepción por medio de relaciones sin preservativos, asumiendo riesgos que tal vez podrían minimizarse. Para estos casos, cuando los trabajadores de los equipos de salud detectan esta actitud o sospechan que podría tener lugar en un futuro cercano, es que se propone hablar del concepto de concepción con

riesgo disminuido".¹

Lavarello D.(2005) afirma que la concepción con riesgo disminuido alude a una serie de recomendaciones que implican para las personas que viven con VIH-SIDA la búsqueda del embarazo con la menor exposición posible al riesgo de transmisión del VIH entre los miembros de una pareja. Dichas recomendaciones incluyen:

4.4.1 La consideración de la historia reproductiva: tener presente que hombres y mujeres con VIH pueden, al igual que hombres y mujeres sin VIH, tener problemas para concebir un hijo. Por ende es importante considerar: si el varón y la mujer han sido padre y madre antes, y no han tenido problemas de salud de su aparato genital (infecciones, tumores, cirugías, etc.) se puede presumir que son fértiles, pero que puede ser oportuno que consulten con un urólogo y un ginecólogo respectivamente, o con servicios médicos especializados en reproducción acerca de sus intenciones.

Si este varón y esta mujer no han sido antes padre y madre, o si uno de los dos lo fue y el otro no, y sobre todo si han buscado serlo sin éxito, deberían ser estudiados con cuanto menos un espermograma (estudio del semen) para el varón, y ecografías y un examen físico la mujer, ya que podría ocurrir que sean infértiles. Si el varón y la mujer no se estudian o evalúan mínimamente, podría ocurrir que la pareja esté buscando el embarazo, a riesgo de transmisión de la infección de uno de los miembros de la pareja al otro, con pocas chances o nulas de concebir por problemas de fertilidad preexistentes. Una transmisión de VIH en este contexto es, una transmisión innecesaria y evitable

4.4.2 La consideración de la carga viral del miembro de la pareja: se refiere a la posibilidad de que el varón con VIH tenga presente que si va a sostener relaciones sexuales sin preservativos con su compañera, y su carga viral en sangre es elevada,

¹ Lavarello D. (2005). Buscar un hijo cuando el VIH está presente. [Documento WWW]. Recuperado: <http://www.pmsida.gov.ar> . (12/6/2009)

entonces existe la posibilidad de que su carga viral en semen también sea elevada y por esto transmita el virus. Es relevante tener presente la posibilidad de que este varón se someta a tratamiento antirretroviral, o lo modifique u optimice si ya lo recibe, hasta obtener una carga viral indetectable en sangre. Para mujeres con VIH, esto vale si se van a sostener relaciones sin preservativos, no siendo una consideración a tener en cuenta si se practica la inseminación casera.

4.4.3 La consideración del momento del ciclo menstrual: todos los días del ciclo menstrual femenino no necesariamente son fértiles. Durante los días de poca fertilidad, las relaciones sin preservativos conllevan riesgo de infección y no tienen, ninguna chance de llegar a una concepción. Aproximadamente a los diez días a partir del comienzo de la menstruación, empieza el período de mayor fertilidad de la mujer que dura aproximadamente una semana. Durante esta semana, es cuando se puede intentar el embarazo teniendo unas pocas relaciones sin preservativos. Al finalizar la misma, se debe seguir usando preservativos normalmente porque empieza a disminuir la posibilidad que se produzca el embarazo mientras aumenta la posibilidad de contagio hasta llegar al período menstrual que es el período de mayor posibilidad de transmisión del VIH y de menor fertilidad.

Lavarello D. (2005) plantea que el objetivo de todas las recomendaciones existentes en relación a la posibilidad de ser padres en personas VIH positivas es:

“...humanizar el trabajo preventivo y asistencial en el campo del VIH / SIDA. Hombres y mujeres, cuando sostenemos relaciones sexuales, vivenciamos al mismo tiempo cuestiones de placer, de pareja, de poder y procreativas. En medio de todas ellas, la epidemia de VIH impone la necesidad de promover el uso del preservativo, que es un medio anticonceptivo. Considerar el deseo de concebir un hijo de hombres y mujeres

*que viven con VIH, y pensar en que esto es posible con un riesgo cierto pero controlable de transmisión del VIH entre los miembros de la pareja, es un modo de llevar las distintas cuestiones involucradas a su plano respectivo, y tal vez habilite a renovar nuestras estrategias de abordaje de este problema, con una mirada más amplia y comprehensiva”.*²

² Lavarello D. (2005). Buscar un hijo cuando el VIH está presente. [Documento WWW]. Recuperado: <http://www.pmsida.gov.ar> . (12/6/2009)

5. SEXUALIDAD Y EMBARAZO

“El embarazo es considerado por algunos autores como una fantasía concomitante o paralela a la relación sexual y que, en especial en la mujer, se expresa como el “temor a quedar embarazada”. La genitalidad humana tiene vigencia por sí misma y no en virtud del hijo solamente”³ esta carga suelen otorgarle algunas parejas a sus hijos haciéndolos responsables de la unión de sus padres, lo cual constituye una forma enferma y neurótica donde se espera lograr un poder de unión de una tercera persona: el hijo.

5.1 Las Relaciones Sexuales y sus motivaciones

Videla M. (1997) afirma que el hombre y la mujer pueden gozar plenamente de su sexo sin que esto implique el deseo de estar embarazados o deseo de tener un hijo. Coito, embarazo e hijos son conceptos relacionados pero no equiparables.

Cuando una pareja se ama, posee múltiples factores de goce y felicidad. Muchas de las parejas no desean el embarazo ni tampoco un hijo, a veces éste llega por error, consciente o inconscientemente, que es descubierto cuando ya pesa sobre la pareja la responsabilidad de la crianza.

Videla M. (1997) plantea que la psicología aportó conceptos que en la actualidad permiten separar los temas de la reproducción y sexualidad, y que ayudan a que el individuo disfrute de su cuerpo considerado en sí mismo, y entendido no como “algo para” (trabajar, gestar, amamantar, etc) sino como nuestra propia persona.

Desear un coito placentero, desear embarazarse y desear tener hijos asumiendo la total responsabilidad de la crianza, son tres situaciones diferentes.

³ Videla, M. (1997). Maternidad, mito y realidad. Buenos Aires: Nueva Visión. p 71

El embarazo o deseo de embarazarse esta multideterminado, muchas veces no por el deseo de tener y criar un hijo. El ejemplo mas conocido de ello, es el de las madres solteras o viudas recientemente que buscan embarazarse para sentirse acompañadas, se trata de satisfacer mediante el embarazo necesidades de protección y cuidado que nada tienen que ver con un hijo.

Por otro lado muchas mujeres desean estar permanentemente embarazadas, muchas de ellas afirman que durante esos nueve meses se sienten mejor que nunca, pero pasado el momento del parto se deprimen, dejando de interesarse por su hijo.

Es menester aquí también dar cuenta del embarazo de adolescentes, en donde la inmadurez constituye frecuentemente motivo de embarazo que viene a cumplir el deseo adolescente de ser admirada y cuidada como en la niñez.

*“Hombre y mujer en pareja no deben servirse del hijo para amarse sino comprender que al fin y acabo, éste será su único camino de triunfo frente a la inexorable carrear de la vida hacia la muerte Nuestros hijos serán nuestra continuación en la vida, parte de nosotros, aspectos de nuestra persona, fruto de nuestra creación”.*⁴

5.2 Motivaciones Patológicas Para El Embarazo

Videla M. (1997) plantea en su libro Maternidad, mito y realidad que existen motivaciones patológicas para el embarazo, entre las cuales destaca:

- Embarazo como consecuencia de una ambivalencia interna no resuelta, consciente o inconscientemente (se expresaría por ejemplo en olvidarse de la toma las pastillas anticonceptivas o colocarse mal el diafragma).
- Embarazarse como forma de agredir al conyugue, que no desea un hijo.

⁴ Videla, M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión. p 77

- Para castigarse por culpas inconscientes que se atribuyen melancólicamente (por ejemplo la muerte de un familiar cercano).
- Para ser atendida y cuidada por su familia en un momento en el que se siente desplazada.
- Para llenar el vacío dejado por la desaparición o muerte de un ser querido.
- Para llenar con este embarazo, el vacío dejado por un aborto anterior o un hijo muerto durante el parto.
- Para cumplir con las expectativas sociales burguesas respecto a que una “pareja casada cumplido un tiempo debe tener hijos, porque así lo esperan los demás”.
- Como forma de querer comprobar su fertilidad o la de su marido.
- Como manera de competir con madres o hermanas fértiles, a las que envidia.
- Por sometimiento a exigencias del marido.
- Para retener a un marido infiel, o disimular su propia infidelidad.
- Para exigir casamiento.
- Para poseer el sexo deseado.
- Para satisfacer necesidades muy reprimidas de morir o matar (impulsos filicidas).
- Para ser de nuevo la niña que cuidaban los padres.
- Como manera de compensar sentimientos de inferioridad en otras áreas de su personalidad.
- Para valorar su feminidad menoscabada en la práctica sexual por la opresión del marido o el tedio de muchos años de vida en común.

Cabe aclarar que esta serie resulta escueta, ya que el complejo de motivaciones presenta una determinada articulación para cada individuo en particular.

5.3 El Auténtico Deseo De Hijo

*“La mujer camina por el mundo observando cada niño que se cruza por sus ojos, espiando dulcemente cada cochecito y depositando, o tal vez buscando en ellos, la imagen de su hijo, construida a lo largo de toda su vida, soñada a solas, lograda en el creativo proceso del amor con su pareja. Cada una construye dentro de si una imagen, que atesora y va cobrando forma, primero en su mente y luego en su vientre”.*⁵

Según Videla M. (1997) la mujer que se embaraza, y que comparte este deseo con su pareja, sabrá cuando está realmente embarazada antes que ningún síntoma o diagnóstico médico lo pruebe.

La mujer que desea al hijo con mucha fuerza cambia a partir del momento en que sabe que tiene a su hijo en su interior.

⁵ Videla, M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión. p 79

6. TEMORES, EXPECTATIVAS Y SUEÑOS DE LA MUJER EMBARAZADA

Videla Mirta (1990) plantea que toda la problemática que la mujer ha vivido desde la infancia se reactiva durante los meses de gestación, agregándose, otros aspectos que son específicos del embarazo.

Dicha autora clasifica temores en dos clases, por un lado están los comunes que subyacen casi en la mayoría, y por otro lado los personales y específicos de cada uno según la situación vital personal.

Dicha autora da cuenta de ciertos temores propios de las mujeres embarazadas o de aquellas que desean ser madres, entre los que se destacan:

6.1 Temor a perder el atractivo físico:

Pese a la alegría que representa la llegada de un hijo, muchas mujeres de rasgos narcisistas se angustian imaginando que no volverán a ser como antes, que su marido no la querrá mas, entre otros tantos pensamientos. Es fundamental que la mujer embarazada tome conciencia de los cambios corporales que vive junto al crecimiento del feto. Al hacer consciente estos cambios podrá a la vez ir incorporando inconscientemente, todos los contenidos concomitantes al hecho de ser madre. Esto entraña dos aspectos; uno de logro que es el de su maternidad, y otro de pérdida que es el de su cuerpo adolescente.

6.2 Temor a tener un hijo anormal:

Suele ser el temor de todas las embarazadas, pero se vive mas intensamente en las primerizas por la falta de experiencia previa para corroborar su capacidad de engendrar cosas buenas e íntegras. *“Algunos autores plantean que este temor proviene de*

*identificar al feto con ideas agresivas muy reprimidas que toda mujer poseyó en su infancia con respecto a su madre, particularmente cuando ésta era vista como la poseedora de todos los bebitos que toda niña dese para sí y que expresaba a diario en sus juegos con las muñeca.”.*⁶

6.3 Temor a no tener leche:

Este temor a decaído bastante, sobre todo por el ritmo de vida moderna. Dar de mamar no es sencillamente alimentar sino dar y darse mucho amor, serenidad, contacto, placer.. No puede ni debe ser un automatismo sin efecto. La mujer luego del parto hará una redistribución de su energía, entre trabajo, estudios, quehaceres domésticos, sexualidad, hijos, lactancia, diversión, entre otras tantas actividades. Sabe que no podrá con todo (igualmente hay excepciones), se angustia y esto se deposita como “temor a no tener leche”. Todo dependerá de la buena distribución que realice en el post-parto de sus capacidades.

6.4 Temor a morir en el parto:

El parto es un momento crucial del individuo donde se pone en juego la capacidad de vivir y morir, donde se reviven las angustias y depresiones que se vivieron en su propio parto. Toda mujer se siente como si naciera de nuevo cuando está dando a luz.

6.5 El miedo a la muerte de un hijo:

Aparecen en general por razones inconscientes que tienen que ver con conflictos no resueltos con la madre. Cuanto mayor haya sido la patología relacionada con ésta mas llena de temores y angustias se sentirá la embarazada. Otro motivo de este temor es el

⁶ Videla, M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión. p 105

de aquellas mujeres que no han deseado tener un hijo y se han adaptado al embarazo, y que en el período de la gestación han intentado eliminarlo aunque sólo con el pensamiento, con lo cual este deseo se convierte en su opuesto: temor a que pueda suceder realmente.

6.6 Temor a sufrir dolor en el parto:

La mujer en realidad teme al dolor del desprendimiento del hijo, a la separación de éste con quien vivió simbióticamente nueve meses.

6.7 Preocupaciones con respecto a la anestesia:

La mujer no quiere estar dormida, en general, ya que quiere vivir su parto y que nadie le robe esta vivencia que espera desde hace años y que tan feliz la hace.

6.8 Temor a la operación cesárea, fórceps, y a la ventosa extractora:

Las mujeres temen estas tres técnicas, porque atacan a su cuerpo, que atacan a su hijo y significan una agresión para su cuerpo y psiquismo.

La cesárea cuando se lleva a cabo de forma innecesaria (es decir pudiéndose llevado a cabo el parto natural) le arrebató a la mujer la vivencia total del parto, la aleja de su marido.

6.9 Temor a no desempeñar bien el rol de madre:

Toda mujer que se embaraza descubre que existe un código de lenguaje completamente desconocido. *“Hay algo que siempre se dice a quienes buscan la ayuda, y es que cada madre debe “hacer su experiencia, propia, única, personal y que nadie podrá trasplantarle la suya, porque esto sólo constituiría un injerto de otro ser que tiene*

características peculiares y diferenciadas". ⁷El puerperio es un momento especial de la mujer, es allí donde ella pone en juego todas sus capacidades de madre, produciéndose cierta tendencia a la depresión por el temor de no poder desempeñarse bien como madre frente a su hijo.

6.10 Temor a no poder separarse del bebé luego del parto:

Es el miedo mas grande la parturienta el separarse físicamente del hijo.

6.11 Otros temores de la embarazada:

Temor a quedar solas en el parto, a tener mellizos, a que al médico no se lo encuentre en el momento preciso, el temor al parto prematuro, al aborto en los primeros meses, el temor a las hemorragias, temor a tener hijo del sexo no deseado, a problemas económicos, entre otros.

⁷ Videla, M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión. p 128

7. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL

Dentro de un marco amplio de prevención, es indispensable por una parte, desarrollar actividades de promoción de la salud para las mujeres en edad fértil y sus parejas, y por otra parte, incrementar la captación precoz de las mujeres embarazadas y mejorar la calidad de su atención.

Se ha demostrado que el asesoramiento y las pruebas voluntarias para VIH desempeñan un papel importante como medida preventiva de la infección y como puerta de entrada para la asistencia a aquellas personas ya infectadas.

Se recomienda ofrecer serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal a todas las embarazadas en la primera consulta. A aquellas mujeres que consultaron precozmente, se debe ofrecer la serología para VIH también en el tercer trimestre del embarazo si es posible.

Debe garantizarse el asesoramiento previo en un ámbito de privacidad y dedicándole el tiempo suficiente. Durante el mismo tiempo se analizarán con la paciente las prácticas de riesgo de infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su modo de prevención; debe resaltarse el significado del estudio, tanto sea el resultado positivo como negativo.

El asesoramiento estará incluido en la primera consulta prenatal. En las subsiguientes, se le informará el resultado a la persona estudiada, asegurando confidencialidad, apoyo psicológico, información detallada y estrategias para cada caso, repasando las medidas de prevención.

A las puérperas que no realizaron la serología para VIH durante el embarazo y no se les ofreció la prueba durante el parto, se sugiere ofrecérsela previo al alta.

Se sugiere ofrecer la serología a todas las mujeres y a sus parejas en los estudios preconcepcionales o en la consulta ginecológica.

La Ley 23.798 y su Decreto Reglamentario N° 1244/91 exigen el consentimiento informado y escrito de la paciente para la realización del test. (Ver Anexo)

La Ley 25.543 establece la obligatoriedad por parte del equipo de salud, del ofrecimiento del test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada previo aconsejamiento y consentimiento informado. (Ver Anexo)

La Convención Internacional de los Derechos del Niño legitima la participación de los menores entre 14 y 21 años en el consentimiento informado. En el caso de menores de 14 años, el consentimiento será firmado por los padres, tutor o encargado.

La solicitud de serología para VIH permitirá, además de evaluar el estado serológico de las pacientes, informar a la embarazada sobre riesgos de la infección o la enfermedad, planificar estrategias de prevención e iniciar la profilaxis en las madres positivas y sus hijos recién nacidos.

La serología se realizará por un método de tamizaje. La prueba negativa no requiere otras pruebas. Si es positiva deberá corroborarse con una prueba confirmatoria.

En caso de un resultado positivo confirmado, se ofrecerá extender el estudio a sus pareja/s sexual/les e hijos.

Las pruebas indeterminadas requieren una consulta con Infectología.

Es importante resaltar la importancia de contar con un equipo de salud que cuente con médicos clínicos, infectólogos, obstetras, psicólogos entre otros.

8.PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL EN EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH

La situación serológica de la madre y el cumplimiento terapéutico previo al momento del parto son importantes a la hora de practicar la profilaxis al recién nacido.

A continuación se analizan cinco supuestos respecto a la situación materna que harán adoptar distintas prácticas médicas y protocolos terapéuticos.

8.1 Mujer embarazada sin tratamiento antirretroviral previo

Las medidas profilácticas a seguir son un tratamiento antirretroviral evitando fármacos con toxicidad fetal. De manera preferente se incluye Zidovudina (AZT), una cesárea programada en el caso de no conseguir carga viral (CV) indetectable o no acepta el tratamiento, administración de AZT durante el parto o cesárea, así como administrar al recién nacido AZT vía oral durante 6 semanas

8.2 Mujer embarazada con VIH, controlada y tratada, carga viral indetectable y sin inmunodepresión grave:

Las medidas profilácticas a seguir son continuar el tratamiento antirretroviral, incluir AZT después del primer trimestre, administrar AZT durante el parto y en el recién nacido independientemente de tratamiento antirretroviral.

8.6 Mujer embarazada sintomática con carga viral detectable, inmunodepresión grave y/o mal cumplimiento terapéutico:

Las medidas profilácticas a seguir son cesárea electiva, administración de AZT durante la cesárea, así como administrar al recién nacido una dosis de nevirapina (NVP) antes de las 72 horas de vida y AZT las primeras 6 semanas de vida.

8.7 Mujer embarazada no controlada o identificada en el momento del parto:

Las medidas profilácticas a seguir son, practicar cesárea si es posible, administrar AZT intravenosa y AZT durante seis semanas y una dosis de NVP antes de las 72 horas de vida, administrar AZT, NVP y lamivudina (3TC) al recién nacido durante seis semanas en el caso de ruptura prematura de membranas, sangrado intenso de la madre o infección del tracto genital de la madre.

8.8 Recién nacido con madre infectada, no identificada ni tratada durante el embarazo: las medidas profilácticas a seguir son, instauración de tratamiento con tres antirretrovirales:

AZT por vía oral antes de las 8 horas de vida y durante 6 semanas; NVP, una dosis antes de las 12 horas de vida y otra antes de las 72 horas de vida; 3TC durante las primeras 6 semanas de vida. Al mes de vida se valora si se suspende el tratamiento en función de si las pruebas diagnósticas de infección, PCR-ARN a las 48 horas y a los 15 días son negativas, asimismo debe realizarse un seguimiento continuado tanto a la madre como al bebé.

Sin dejar de mencionar las posibilidades del inicio de tratamiento psicológico, como un lugar de contención y reflexión, en el cual se apuntaría a la adherencia al tratamiento tanto para el cuidado de la salud de la mujer como para el cuidado de la salud del recién nacido

CAPÍTULO 3: ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA

1. INVESTIGACIONES PRECEDENTES

A continuación proponemos un breve recorrido sobre las diferentes investigaciones realizadas tendientes a plantear cuestiones en torno al problema que se desarrolló en este estudio.

En el año 1994 fue publicada la primera intervención efectiva para reducir la transmisión perinatal del HIV. Dicha intervención consistía en la administración a la embarazada seropositiva de zidovudina (AZT) por vía oral desde el segundo trimestre del embarazo junto con su administración por vía endovenosa durante el parto, y al neonato por vía oral durante seis semanas asociado a la suspensión de la lactancia. Dicho régimen conocido como ACTG 076 redujo la incidencia de infección neonatal en dos tercios (de 25% en el grupo sin tratamiento a 8%). La prevención de la transmisión vertical del VIH tuvo un salto cualitativo a partir del protocolo de estudio ACTG 076, el cual consiste en un método aprobado internacional y científicamente, que CONASIDA se encuentra implementando y que reglamenta el tratamiento y los cuidados que debe entregar el servicio de salud a una mujer viviendo con VIH/SIDA que se encuentra embarazada. (Klimovsky E., Saidon P., Nudelman L., Bignone I., 2002).

En cuanto a los datos sobre transmisión vertical, existe un hito en nuestro país que se da con la publicación y difusión en 1997 de la Norma Nacional de Sida en Perinatología, la cual incluye la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la realización de la serología para VIH, con un previo asesoramiento y respetando el consentimiento informado. Esto contribuyó a aumentar la detección precoz de la infección en mujeres embarazadas y también la oportunidad de ofrecerles tratamiento antirretroviral (Rojo A., Tufro L., Bruno D., 2008)

En un estudio sobre la situación social de las mujeres embarazadas seropositivas desarrollado por un equipo de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) en el marco del Proyecto “Actividades de apoyo a la prevención y control del VIH/sida en Argentina”, se plantea que hay grandes fallas en la información a la población general sobre transmisión vertical como vía de infección y en relación a las posibilidades de prevención durante el embarazo. Fueron entrevistadas 53 mujeres de entre 15 a 39 años de Buenos Aires, Córdoba y Tucumán; las informantes no refieren haber sido asesoradas para mejorar la eficacia contraceptiva del preservativo con el uso simultáneo de algún otro método. Los profesionales entrevistados en el estudio afirman que aconsejan el uso del preservativo como parte de las “indicaciones” incluidas en el tratamiento. Respecto al deseo de tener hijos y a la decisión de llevar adelante un embarazo, tienen relevancia factores como la historia reproductiva familiar y propia de la mujer, la edad, la presencia o no de hijos previos, el estado de salud de la mujer, haber formado nueva pareja, etc. El 20% de las mujeres que conocían su condición (8 casos) declara haber buscado el embarazo (Biagini G., Giri B., Grigaitis L., 2007).

En La ciudad de México, se realizó una investigación en la cual se plantea la existencia de una asociación significativa entre los trastornos mentales y prácticas de alto riesgo, en mujeres embarazadas con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS), en dicho estudio se confirmó que las mujeres con infecciones de transmisión sexual de predominio viral (específicamente por el virus de papiloma humano o el virus de inmunodeficiencia adquirida entre otros), en comparación con las mujeres sin ITS, manifestaron haber experimentado sentimientos de tristeza, depresión, desgracia, infelicidad que les ocasiona problemas al dormir, haber llorado y haber pensado en hacerse daño a sí mismas. Asimismo, haber pensado en la posibilidad de quitarse la vida, desear estar muertas. Se reitera a su vez la necesidad de implementar actividades de detección y tratamiento de la depresión en clínicas y hospitales que ofrecen

Programas de Salud Sexual y Reproductiva, así como también, la canalización de las pacientes infectadas por VIH para su necesaria atención psicológica (Lartigue T., Casanova G., Ortiz J., Aranda C., 2004).

En la provincia de Jujuy, se realizó un estudio respecto al deseo de ser madres en mujeres que viven con VIH/SIDA con el objetivo de implementar espacios de planificación familiar e incorporar las parejas a dichos espacios; a través de la realización de encuestas se concluyó que las razones por las que las mujeres desean o no ser madres son fuertes, por lo cual se propuso implementar espacios de consejería y planificación familiar que aseguren el tomar decisiones responsables evitando la transmisión vertical, nuevas infecciones o la reinfección (Marquez J., Amante L., Sarverry M., Donaire J., Ortiz P., Martinez A., 2008).

En una investigación que se realizó en el conurbano Bonaerense (específicamente en el Hospital Belgrano del partido de San Martín) entre el año 2008 y 2009, a partir de los datos que arrojaron las campañas de testeo de VIH/SIDA, se vio la necesidad de profundizar el trabajo en la prevención de la transmisión vertical, ya que el 75% de las personas testeadas desconocen dicha vía de transmisión; inclusive madres que durante sus embarazos se han realizado el testeo como parte de los controles de rutina. A partir de esto se realizaron 82 entrevistas a adolescentes entre 15 y 20 años y se comprobó que el 88% no conocía la vía de transmisión vertical (Capelli M., Pacual S., Preste F., Varni E., 2009)

En un estudio titulado “Formas de enfrentar el SIDA: opinión de madres con niños seropositivos”, dicho estudio plantea una serie de estrategias llevadas a cabo por las madres VIH positivas, en relación al cuidado de sus hijos también con el diagnóstico de la seropositividad. Los resultados dieron cuenta de una serie de conductas entre las cuales se destacan:

- a. Sobreprotección y miedo: por la presencia y por el riesgo de enfermedades oportunistas, generando sentimientos de sobreprotección. Se observó, que las madres reaccionan con excesiva solicitud, presentando conductas fóbicas y de control, volviéndose sobreprotectoras con el niño, privando al niño de participar y cooperar en su tratamiento.
- b. Donación: las madres evidencian cierta culpabilidad por la enfermedad del niño. Al mismo tiempo, fue observado que el ser seropositivos, no se considera como una preocupación importante. Esta donación ayuda a olvidar los sentimientos de culpa, miedo e inseguridad en el futuro.
- c. Negación y no dar la debida importancia al VIH: Esta negación puede ser una fuga de la realidad, con la intención del individuo poderse adaptar a su nueva situación.
- d. Ocultando la enfermedad: El no revelar a su hijo que él es portador y ni compartir su diagnóstico con otras personas, fue una forma de enfrentar con el Sida, constituyéndose en una salida frente a los problemas que surgieron por la seropositividad.
- e. Resignación: La comparación del niño con HIV con otros niños seropositivos despierta en algunos, sentimientos de resignación. Estas comparaciones pueden ser consideradas positivas y benéficas, pues permiten la adaptación psicológica del paciente en situaciones de riesgo.
- f. Religión y esperanza: La espiritualidad, la fe y las creencias les brindan la fuerza necesaria para el cuidado y autocuidado, de tal forma que no se sienten solas en el proceso de lucha por la vida. El involucramiento religioso puede servir como mecanismo que reduce el proceso de enfrentar la negación; en consecuencia, ayuda a prevenir el sufrimiento

psicológico. (Da Silva, R., Da Rocha, V., Barbosa Davim, R. , De Vasconcelos Torres G., 2007)

En una investigación titulada “trayectoria de mujeres infectadas con VIH en maternidades públicas de la ciudad de Buenos Aires”, se contó con 12 mujeres (todas pertenecientes a sectores populares, dichas mujeres presentaban también vulnerabilidad tanto socioeconómica como de género) que tuvieron sus partos en maternidades públicas entre los años 2003 y 2008. Estas fueron entrevistadas, arribándose a la conclusión de que las condiciones de pobreza en la que viven obstaculizan la prevención de la transmisión vertical, a raíz de esto se plantea la importancia de fortalecer los espacios de consejería pre y post test para el VIH, mejorando la articulación entre el laboratorio y los servicios de atención obstétrica, ginecología, infectología y pediatría, y a demás reforzar el asesoramiento sobre reproducción y anticoncepción (Adaszko A., García G., Basombrío A., Durán A., Nan M., Vulcano S., 2008).

2. DATOS ESTADÍSTICOS

Las últimas estadísticas mundiales del VIH y el SIDA fueron publicadas por ONUSIDA en noviembre de 2009, y se refieren a finales de 2008.

Los adultos que viven con el VIH / SIDA en 2008	31,3 millones
Menores de 15 años	2,1 millones
Mujeres	15,7 millones
Fallecimientos por SIDA en 2008	2,0 millones
Adultos fallecidos por SIDA en 2008	1,7 millones

Menores de 15 años fallecidos por Sida	280,000
---	----------------

⁸Fuente: ONUSIDA

De acuerdo al Boletín sobre VIH/SIDA de la Argentina del año 2009, se sabe hoy que en nuestro país tenemos una epidemia concentrada, de acuerdo a la clasificación utilizada internacionalmente, lo que significa que la prevalencia de VIH en la población general (estimada a través de la serología en las mujeres embarazadas) es menor al 1%, y que existen algunos grupos en los que esta prevalencia es igual o mayor al 5%. Distintos estudios determinaron estas cifras en los siguientes colectivos: travestis-transexuales (34%), homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (12%), usuarios de drogas (5%) y trabajadores sexuales (5%).

En relación con la cantidad de personas infectadas, se estima que ascienden a 120.000. La mitad de ellas conocen su condición y casi todas se encuentran en seguimiento en los servicios de salud. De estas personas, 41.000 reciben medicación antirretroviral (ARV), en el 69% de los casos proporcionada por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (DSyETS) y el resto a través de la Seguridad Social y los servicios de salud prepagos. El otro 50% de las personas infectadas desconocería su serología.

En relación con la notificación, desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de diciembre de 2008 se registraron 75.009 casos de VIH-sida.

En el año 2008, se diagnosticaron y registraron 4.067 casos de infección por VIH y 1.403 casos de sida.

En relación a la mortalidad porcentual por sida, el porcentaje más alto, para ambos sexos, corresponde al del grupo de 25 a 34 años. Sin embargo, en los hombres, se

-
- ⁸ Situación de la epidemia de Sida (2009, Diciembre). *Boletín ONUSIDA*. [Documento WWW]
Recuperado: [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf..\(1/11/2010\)](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf..(1/11/2010))

registra un cambio en la tendencia: a partir del año 2003, la mortalidad porcentual por sida, en el grupo de 35 a 44 años, superó a la del grupo de 25 a 34.

En el último año, el 57% de los pacientes a los que se les pidió estudios han sido varones, con una proporción creciente de mujeres año a año.

Mientras que en Córdoba el 34% de los pedidos fueron para mujeres, en la provincia de Buenos Aires las proporciones son iguales entre varones y mujeres, y en Chubut las mujeres representan el 57%. Con estos valores, la razón hombre/mujer en los pacientes atendidos se mantiene estable en el país en los últimos tres años en 1,4 varones por cada mujer atendida, siendo de 1,1 en Buenos Aires y de 1,9 en Córdoba.

Durante 2008, la mediana de edad de los varones fue de 38 años y la de las mujeres, de 35 años.

Las edades más bajas se dieron en el NOA, con una mediana para mujeres y varones de 29 y 33 años respectivamente. En el otro extremo, los pacientes de mayor edad se encontraban en la CABA, con 36 y 39 años mujeres y varones respectivamente.

De acuerdo con el registro de la medicación distribuida, 28.168 personas recibieron tratamiento antirretroviral provisto por la DSyETS durante 2008, un 10 % más que en 2007.

Los tres indicadores que permiten realizar comparaciones internacionales son: la tasa de casos notificados de sida, la tasa de mortalidad por sida y la tasa de transmisión vertical.

Se estima que desde el inicio de la epidemia en Argentina murieron alrededor de 25.000 personas por causa del sida. Con respecto a la tasa de transmisión vertical, no se dispone aún de un indicador general del país, aunque sí de información de algunas jurisdicciones que han comenzado a calcularla. En ellas, el promedio ronda el 6%.

Respecto a las vías de transmisión, se observa que Entre los varones, hay un ligero aumento de las infecciones por relaciones homosexuales en los últimos dos años. En tanto, la proporción de varones infectados por relaciones heterosexuales permanece

estable. En el lapso 2005-2008, el 48% de los varones se infectó por vía heterosexual y el 34% por relaciones sexuales con otros varones.

La vía inyectable cae del 21% al 5,3% en los varones, y del 6,7% al 1,4% en las mujeres, entre los años 2001 y 2008.

En el caso de las mujeres también se observa la caída en las infecciones por uso compartido de material para consumir drogas y un consiguiente aumento de la infección por relaciones heterosexuales, que en los últimos cuatro años se ubicó sin variaciones en un 87%. Desde hace unos años, esta vía de transmisión fue desplazada del segundo al tercer lugar.

De acuerdo a la transmisión vertical, durante el período 1986-2008 se notificaron 3.900 casos de personas infectadas por transmisión vertical, de los cuales 934 (24%) fueron diagnosticados entre 2001 y 2008. El descenso en el porcentaje de personas infectadas por esta vía, a partir del período 1995-1996, se vincula con la implementación en nuestro país de la universalización de la oferta de testeo a las mujeres embarazadas, que permitió la aplicación de las estrategias preventivas demostradas en el estudio ACTG 076.

Sin embargo, tampoco podemos dejar de considerar la subnotificación de casos de la población pediátrica.

El análisis de la edad al momento del diagnóstico demostró que el 35,1% de los niños fueron diagnosticados durante el primer año de vida y el 57,31% antes de cumplir los dos años.

Por otro lado es importante tener en cuenta que el 71,2% (2.743) de las notificaciones de infecciones por transmisión vertical provienen del Área Metropolitana (AMBA), seguidas, en orden de frecuencia, por Santa Fe (4,2%) y Córdoba (3,2%).

“A nivel local, en la Secretaría de Salud Pública (SSP), el Registro de infecciones por VIH comenzó a realizarse conjuntamente con el registro de casos de SIDA en el marco

de la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA desde el año 1988. Se producen datos y se utilizan múltiples fuentes primarias de recolección de información y una sistematización propia. En los efectores municipales se notificaron 3748 casos de VIH y SIDA hasta diciembre de 2007.

Los profesionales médicos que notifican utilizan la ficha epidemiológica nacional, obligatoria por ley 23.798/91 como fuente oficial de recolección de datos. Se trabaja con la fecha de notificación y no con la fecha de diagnóstico debido a que la casuística no siempre registra los casos nuevos, y el uso de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia determina que un alto número de personas no se notifican como VIH sino que directamente como caso SIDA o se demora su registro.

Cabe aclarar que cuando un caso es notificado como VIH y luego pasa a ser registrado como caso SIDA, este deja de ser considerado VIH, además si un mismo caso es notificado varias veces los registros no se superponen ni se duplican porque se efectúa una depuración permanente de los datos”.⁹

En la red de salud municipal de Rosario, el número de casos VIH acumulado desde 1988 hasta el 2007 llega a 2584 sujetos, al 2006 eran 2542 casos, de ellos 2461 pertenecen a mayores de 13 años, con una edad mediana de 28 años. Los casos pediátricos se calcula que fueron 81. Aunque se estima que la mayoría de ellos tuvieron madres portadoras, solo 17 casos fueron notificados efectivamente como de transmisión vertical hasta el año 2007, sin embargo en el año 2007 se registraron 42 casos de SIDA pediátrico.

Desde que se comenzó a registrar los casos VIH/SIDA en todo el mundo se consigna el llamado índice de masculinidad. El mismo surge de analizar la llamada “Razón” entre sexos. Como casi siempre el número de varones en relación a esta temática resultó ser

⁹ Situación En Los Efectores Municipales (2008, Octubre). *Boletín Epidemiológico Municipal de VIH/SIDA*. [Documento WWW]. Recuperado: <http://www.pmsida.gov.ar/estadisticas/doc/episida08.pdf>.(1/11/2010)

mayor que el de mujeres, se consideró el índice de masculinidad; pero en los últimos años aparecen cifras donde el número de mujeres supera al de varones, y la ciudad de Rosario no es ajena a esta situación ya que, en los años 2006 y 2007 se notificaron más mujeres VIH que varones.

Esto a demás se relaciona con el aumento del número de transmisiones por vía heterosexual, disminuyeron los casos de Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) población que representa el 54,47 % del total acumulado histórico mientras que para el año 2006 ese porcentaje disminuye ostensiblemente a 25,7 % de los casos notificados y en el año 2007 a 21,43 %.

La red municipal de Salud Pública de Rosario, para la notificación de casos SIDA tanto en los años 2000 y 2001 presentó una mediana de edad para los hombres de 28 años y para las mujeres de 25 años. Pero ya en el año 2002 había aumentado un año (29 y 26 años respectivamente) y en el año 2006 a 36 y 30 años.

Respecto a la transmisión vertical en Rosario desde el año 2000 hasta el 2007 sobre 296 partos se registraron 3 casos de bebés infectados lo que da un índice de transmisión vertical para ese período de 1,01 %. Con un promedio de 37 partos por año de mujeres VIH/SIDA.

“Cabe aclarar una dificultad metodológica: no existe obligación sanitaria regulada a nivel nacional de denunciar la seronegatividad de los recién nacidos de madres con VIH. Por ello no se puede fundar las tasas de transmisión referidas en los registros o denuncias primarias sino que se lo hace por la ausencia de notificaciones o por el rastreo de casos realizados por los miembros de equipos asistenciales. En algunas escasas situaciones se pierde el seguimiento particular pero son pocos casos y además

*los recién nacidos infectados, si son notificados, por lo que las tasas aquí consignadas adquieren credibilidad”.*¹⁰

¹⁰ Embarazadas Y Parturientas (2008, Octubre). *Boletín Epidemiológico Municipal de VIH/SIDA*.

[Documento WWW]. Recuperado: <http://www.pmsida.gov.ar/estadisticas/doc/episida08.pdf> .(9/11/2009)

CAPÍTULO 4: ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Rosario, dicha ciudad fue impactada por la epidemia del VIH desde un primer momento.

En Rosario se encuentra el Instituto Centralizado de Asistencia e Investigación Clínica Integral (CAICI), ubicado en la zona centro de la ciudad.

Esta institución es de orden privado, esta compuesta por médicos clínicos, médicos infectólogos, psicólogos, obstetras, fonoaudiólogos, dermatólogos, reumatólogos, alergistas, otorrinolaringólogos, bioquímicos, enfermeras, entre otros.

2. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, basado en una metodología cuali-cuantitativa, de tipo transversal.

En este estudio se incluyeron alrededor de 60 mujeres con serología positiva para el VIH (ELISA y WB), que son asistidas en el Instituto Centralizado de Asistencia e Investigación Clínica Integral (CAICI); cabe aclarar que algunas de las mujeres fueron derivadas desde el Hospital Provincial del Centenario.

Las mujeres fueron derivadas por sus médicos tratantes para la administración de un cuestionario semiestructurado. El tiempo de administración aproximado fue de alrededor de entre 15 y 30 minutos para cada cuestionario

Los cuestionarios se realizaron en un ámbito de privacidad.

El CAICI dispuso de 4 (cuatro) horas diarias para la realización de la actividad.

Se realizó un análisis descriptivo de la población en estudio mediante distintas medidas de posición, de tendencia central (moda y la mediana) y de asociación, teniendo siempre presente el tipo de variable estudiada.

Se emplearon métodos paramétricos y no paramétricos, de acuerdo a la distribución mostrada por las variables estudiadas.

Se investigó la asociación existente entre:

- la maternidad (total y por dominios) y la condición del VIH
- la maternidad (total y por dominios) y el tratamiento antirretroviral.
- La maternidad y el equipo de salud
- La maternidad y los sentimientos

Los datos finalmente fueron procesados por el programa SPSS.

3. POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo de esta investigación estuvo compuesta por mujeres con serología positiva para el VIH, pertenecientes a la ciudad de Rosario.

3.1 UNIVERSO

Compuesto por 300 mujeres VIH positivas que asisten a CAICI.

3.2 MUESTRA

La muestra que se analizó estuvo compuesta por 60 mujeres VIH positivas que asisten a CAICI.

Su selección se lleva a cabo a través de métodos no probabilísticos, ya que serán derivadas por los médicos que las asisten.

Dicha muestra se divide en 15 mujeres seropositivas que no tuvieron hijos, 28 mujeres que tuvieron hijos previos al diagnóstico de VIH, y 17 mujeres seropositivas que tuvieron hijos posteriormente al diagnóstico de VIH.

4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se trabajó a través de cuestionarios. (Ver anexo).

4.1 Instrumento de medición que se utilizó para la recolección de datos fue:

Cuestionario administrado, con preguntas del tipo cerradas y abiertas y de carácter anónimo.

Las preguntas abiertas se incluyeron en dicho cuestionario, para permitir que las mujeres puedan expresarse respecto a una temática tan profunda como la maternidad.

Dicho cuestionario fue administrado tanto para mujeres seropositivas que tuvieron hijos previos al diagnóstico de su infección, mujeres que tuvieron hijos posteriores al diagnóstico de la infección, y mujeres seropositivas que no tuvieron hijos.

Los ejes de dicho cuestionario fueron:

- Características demográficas de las poblaciones en estudio (Estado civil, Nivel de instrucción, Ocupación, si tiene o no hijos)
- Aspectos relacionados a su condición de infectada (Tiempo de Diagnóstico)
- Aspectos relacionados al Tratamiento antirretroviral (realiza tratamiento antirretroviral actualmente, hace cuanto tiempo)
- Aspectos relacionados a la maternidad (si pensó en la maternidad, si tiene miedos en relación a la maternidad, como vivió su/s embarazos, como vivió el no amamantar a su/s bebe/s, si realiza tratamiento antirretroviral para disminuir la transmisión vertical, como fue /fueron el/los partos).

- Aspectos relacionados a la relación con los profesionales que las asisten
(Se sintió contenida/ apoyada por los profesionales que la asistieron, que hubiese necesitado de ellos, por qué profesionales fue asistida)

La administración del cuestionario requirió aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

CAPÍTULO 5: TRABAJO DE CAMPO

Una vez llegado al campo de trabajo, se administraron los cuestionarios a 60 mujeres VIH positivo que tuvieron hijos previos al diagnóstico, posteriores al diagnóstico, y mujeres sin hijos, de acuerdo a los los parámetros establecidos dentro de lo descrito en el área metodológica, es decir se realizaron los cuestionarios en el CAICI dentro de un ámbito de privacidad.

Una vez administrado los cuestionarios, todos los datos obtenidos se procesaron con el software SPSS 15.0. Los resultados se presentan en capítulos: Características Socio-demográficas, Aspectos relativos a Mujeres con serología VIH positiva sin hijos, Aspectos relativos a Mujeres con serología VIH positiva con hijos previos al diagnóstico y Aspectos relativos a Mujeres con serología VIH positiva con hijos posteriores al diagnóstico.

Las variables de tipo cuantitativo (edad, tiempo de diagnóstico, tiempo de tratamiento antirretroviral) se presentan como medidas descriptivas (valores mínimos, máximos, promedios y desvío estándar).

Las variables de tipo cualitativo, con dos o más categorías se analizan en cuadros y gráficos de barras horizontales.

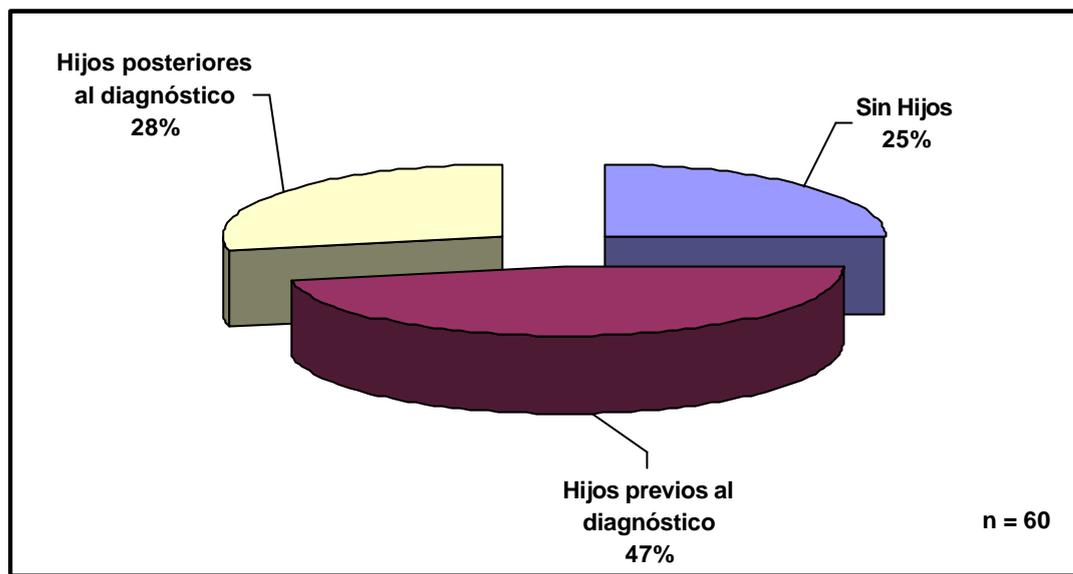
Finalmente, como una manera de estudiar la relación entre las distintas variables involucradas en cada grupo de mujeres con serología positiva, se utilizó la técnica estadística de Análisis de Correspondencias Múltiples. Esta técnica tiene como propósito encontrar que los objetos de la misma categoría se representen cercanos entre sí mientras que los objetos de distinta categoría se representan lo más alejados posibles. También efectúa el análisis más adecuado cuando las variables sean homogéneas, es decir, cuando dividan los objetos en conglomerados (o grupos) con las mismas o similares categorías.

El resultado de dicho análisis se muestra en un gráfico a dos dimensiones, donde en cada una de ellas se encuentra las variables que tienen mayor discriminación (son aquellas variables a partir de las cuales se puede inferir relaciones), cada dimensión se caracteriza entonces por un grupo de variables. Analizando ambas dimensiones en forma simultánea se detectan grupos o conglomerados con características comunes.

Es una técnica de análisis exploratorio, es decir que permite al investigador familiarizarse con el tema y en un futuro, plantear estudios más complejos y quizá con un número más reducido de aspectos a incluir en las encuestas.

1. Características Socio-demográficas De Las Mujeres Estudiadas

Gráfico N° 1. Mujeres con serología VIH + por condición de maternidad. Rosario, 2010



En el gráfico N° 1 como puede verse, el porcentaje de mujeres que han tenido hijos previos al diagnóstico de la infección por el VIH es mayor y corresponde al 47% los cuales equivalen a una cantidad de 28 mujeres, respecto a los otros dos grupos; las mujeres VIH positivas que tuvieron hijos luego de conocer su diagnóstico representan el 28% encarnando 17 mujeres en total, y las mujeres que no han tenido hijos representan el 25% lo cual equivale a 15 mujeres. Siempre teniendo en cuenta la cantidad de la muestra, que es igual a 60 mujeres seropositivas.

Tabla N° 1. Edad de mujeres con serología VIH + por condición de maternidad. Rosario, 2010

Edad (en años)	Condición		
	Sin hijos	Con hijos previos al diagnóstico	Con hijos posteriores al diagnóstico
20 – 30	2	-	2
30 – 50	12	18	15
50 y más	1	10	-
Total	15	28	17

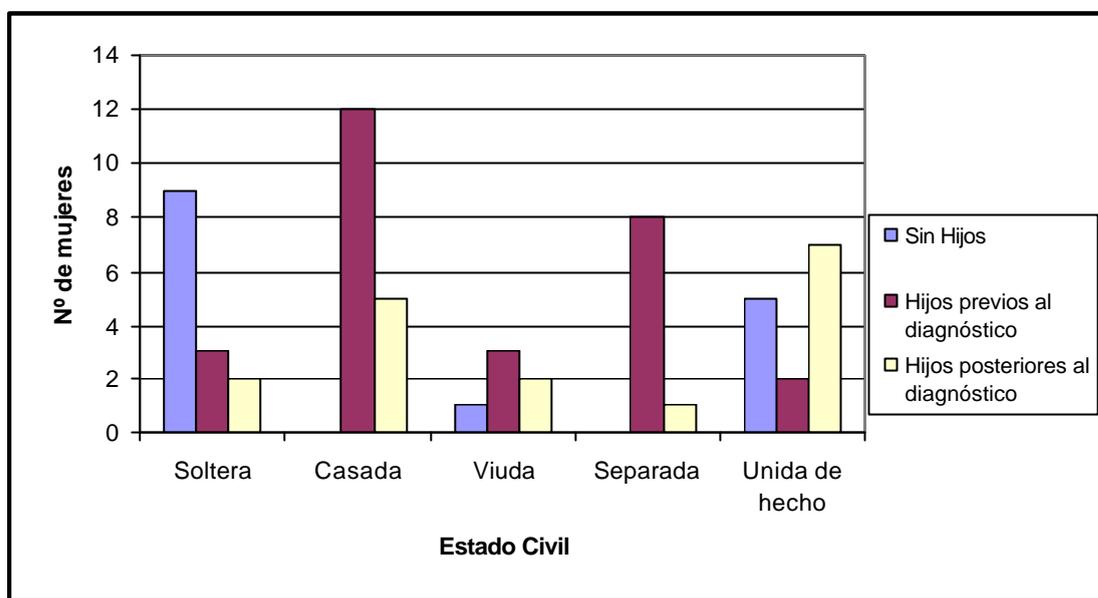
En la tabla N°1, se puede observar que dentro de la muestra de mujeres a la que se le administró el cuestionario, se observa una mayor cantidad de las mismas dentro de los parámetros de edad entre 30-50 años, tanto para el grupo de mujeres VIH positivas que tuvieron hijos previos al diagnóstico, el grupo de mujeres que tuvieron hijos posterior al diagnóstico y el grupo de mujeres sin hijos.

Tabla N° 2. Medidas descriptivas de Edad de mujeres con serología VIH + por condición de maternidad. Rosario, 2010

Medida descriptiva	Condición		
	Sin hijos	Sin hijos previos al diagnóstico	Con hijos posteriores al diagnóstico
Edad mínima	26	33	22
Edad máxima	57	76	45
Edad promedio	35.5	48	36.2
Desvío estándar	7.8	10.2	6.8

En la tabla N° 2 se puede ver que la edad promedio de las mujeres con serología VIH positiva es de 35.5 + 7.8 años muy similar a la edad promedio de las mujeres con serología VIH positiva con hijos posteriores al diagnóstico (36.2 + 6.8 años). Las mujeres con serología VIH positiva con hijos previos al diagnóstico son las que muestran una edad promedio mayor (48 + 10.2 años).

Gráfico N° 2. Estado Civil de mujeres con serología VIH + por condición de maternidad. Rosario, 2010



En el gráfico N° 3, se puede considerar que dentro del grupo de las mujeres VIH positivas sin hijos son 9 de 15 mujeres (es decir un poco más de la mitad) que no se encuentra en pareja, ninguna de ellas está casada, 5 de 15 mujeres esta conviviendo con su pareja, y solo 1 de 15 mujeres es viuda.

Respecto al grupo de mujeres seropositivas con hijos previos al diagnóstico, el número de mujeres solteras y viudas es el mismo, en total 5 de 28, respectivamente. A su vez este grupo presenta el mayor número de mujeres casadas 12 de 28 (igualmente es menos de la mitad, teniendo en cuenta el número total).

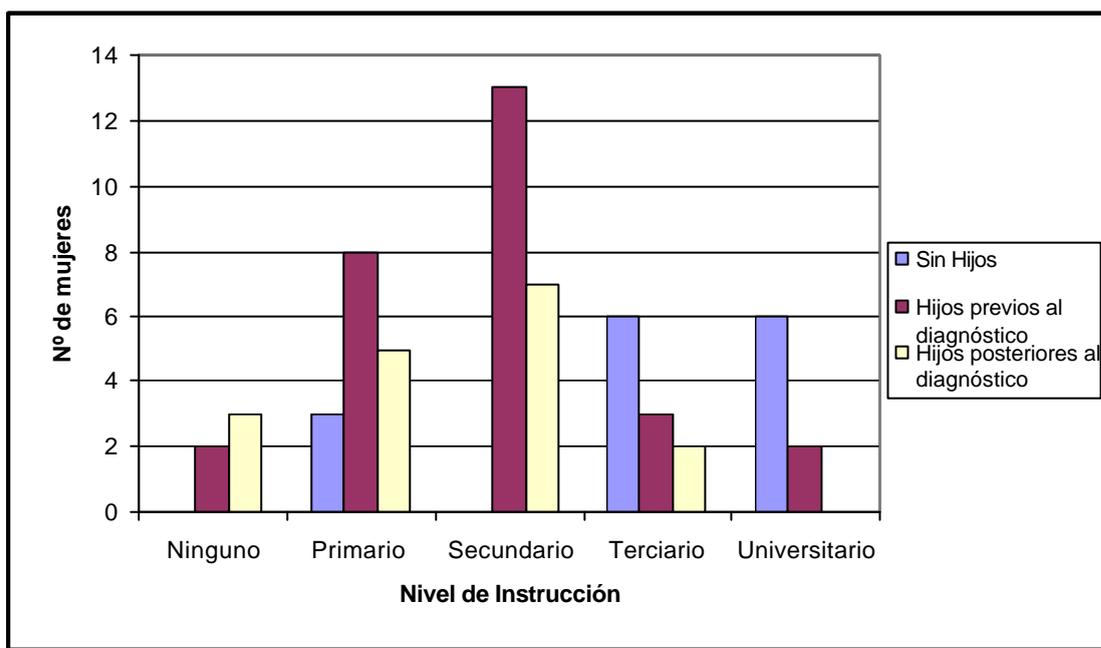
También se puede observar que existen en la muestra 8 mujeres separadas y solo 2 mujeres conviviendo con su pareja.

Teniendo en cuenta el número de mujeres seropositivas con hijos posteriores al diagnóstico, se puede hacer referencia de que hay 2 mujeres de 15 que se encuentran solteras, lo mismo ocurre en relación al estado de viudez, con relación a las mujeres

casadas, ellas son 5 de 15 mujeres en total, una de ellas es separada, y 7 de 15 se encuentran conviviendo con su pareja.

Es importante considerar que dentro de las mujeres seropositivas con hijos previos al diagnóstico el estado civil de prevalece es el de casada (respecto a la mayor cantidad), para las mujeres con hijos posteriores al diagnóstico el estado civil predominante es el convivir con su pareja (unida de hecho), y en relación a las mujeres sin hijos hay mayor cantidad de mujeres solteras.

Gráfico N° 3. Nivel de Instrucción de mujeres con serología VIH + por condición de maternidad. Rosario, 2010



En el gráfico N° 3 dentro del grupo de mujeres sin hijos se puede observar que 3 mujeres de 15 tiene el Nivel Primario de Instrucción completo, 6 de 15 mujeres sin hijos presentan el nivel tanto terciario como universitario completo.

Respecto a las mujeres seropositivas con hijos previos al diagnóstico 2 de ellas no han realizado ningún nivel de instrucción, mientras que 8 de 28 mujeres tiene el nivel

primario completo, 13 de ellas presenta el nivel secundario completo, y 3 mujeres de 28 tienen tanto el nivel terciario, 2 mujeres el nivel universitario completo.

Si tenemos en cuenta a las mujeres con hijos posteriores al diagnóstico de la infección se puede ver que 3 de 17 mujeres no presenta ningún nivel de instrucción, lo mismo ocurre con el nivel universitario, mientras que 5 de 17 mujeres presentan el nivel primario completo, 7 de ellas tienen el nivel secundario completo, y 2 han completado el nivel terciario.

Tabla N° 3. Mujeres con serología VIH + según Estudios actuales y condición de maternidad. Rosario, 2010

Actualmente estudia	Condición		
	Sin hijos	Sin hijos previos al diagnóstico	Con hijos posteriores al diagnóstico
Sí	3	3	4
No	12	25	13
Total	15	28	17

En la tabla N° 3 se puede considerar que hay un mayor número de mujeres que no estudian actualmente, esto corresponde a los tres grupos observándose que 12 de 15 mujeres sin hijos, 25 de 28 mujeres con hijos previos al diagnóstico, y 13 de 17 mujeres con hijos posteriores al diagnóstico.

Tabla N° 4. Mujeres con serología VIH + según Ocupación y condición de maternidad. Rosario, 2010

Ocupación	Condición		
	Sin hijos	Sin hijos previos al diagnóstico	Con hijos posteriores al diagnóstico
Trabaja fuera del hogar	15	19	12
Ama de casa	-	9	3
Desocupada	-	-	2
Total	15	28	17

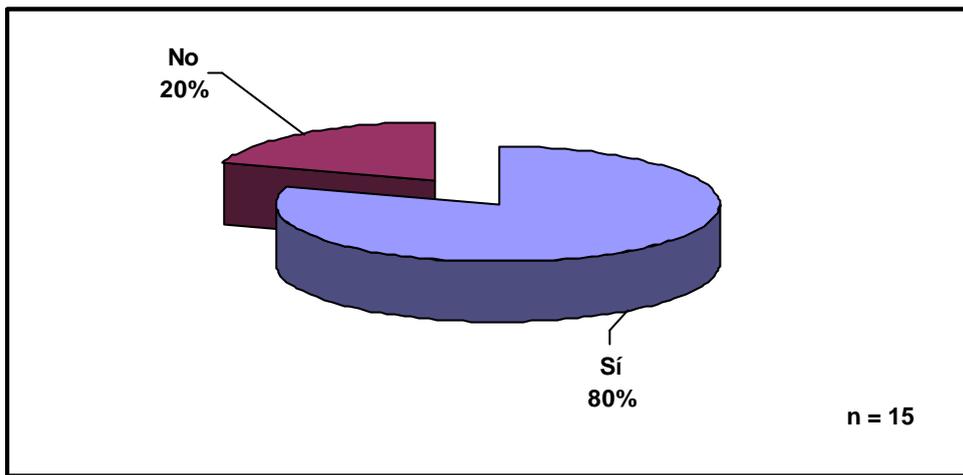
En la tabla N° 4, en los tres grupos de mujeres se puede observar que las mayores cantidades de mujeres trabajan, esto queda representado porque las 15 mujeres sin hijos, es decir el total de la cantidad de las mismas encuestadas, trabaja fuera del hogar, 19 mujeres de 28 en total con hijos previos al diagnóstico de la infección trabaja fuera del hogar, mientras que las mujeres con hijos posteriores al diagnóstico 12 de 17 mujeres tiene trabajo.

Nueve de 28 mujeres con hijos previos al diagnóstico es ama de casa, mientras que 3 de 17 mujeres con hijos posteriores al diagnóstico también se encuentran en la misma situación, y 2 mujeres del mismo grupo están desocupada.

2. Mujeres Con Serología VIH + Sin Hijos

Gráfico N° 4. Mujeres con serología VIH + por **Está en pareja actualmente.**

Rosario, 2010



Tanto en el gráfico superior como el gráfico inferior de la página se puede observar que las mujeres VIH positivas a las que se les administró el cuestionario, son un total de 15 mujeres, el 80% (12 mujeres) de las mismas esta en pareja actualmente, mientras que solo el 20% (3 mujeres) no están en pareja.

Es mejor el gráfico siguiente

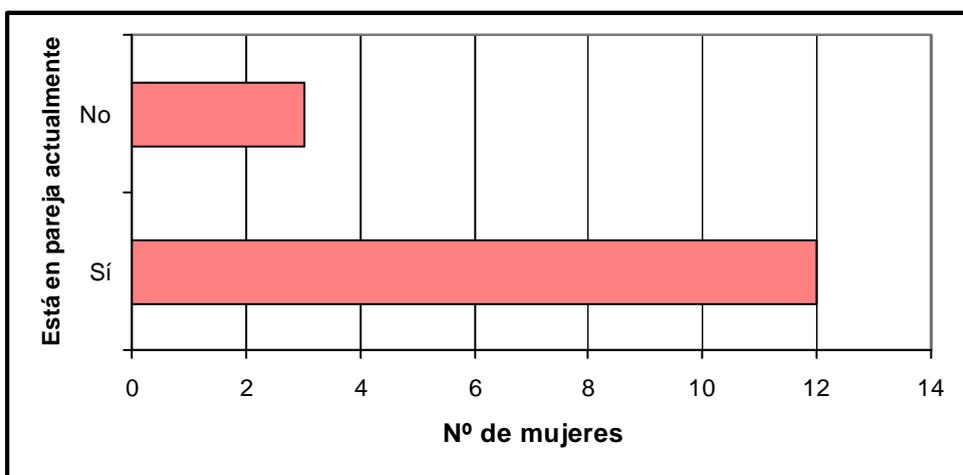
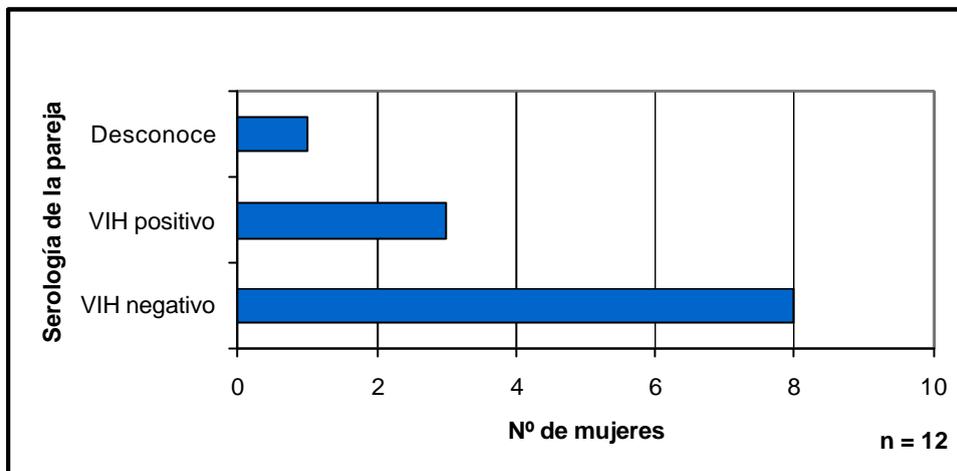


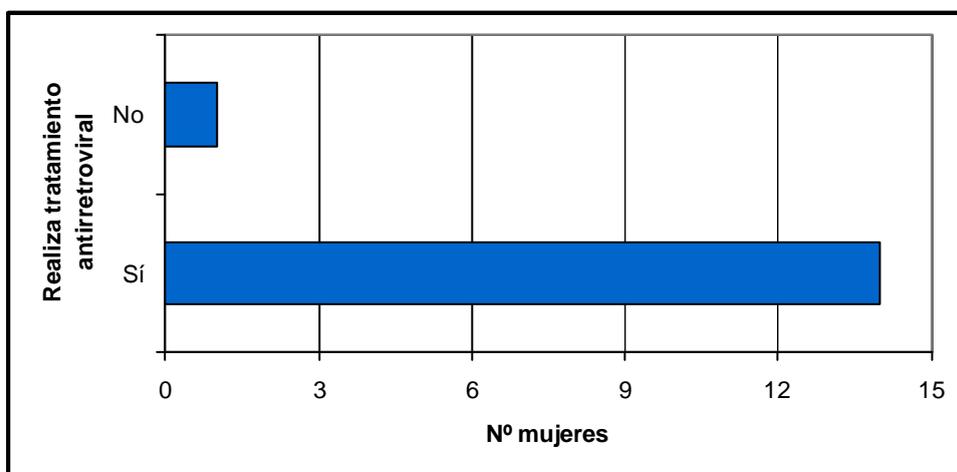
Gráfico N° 5. Mujeres con serología VIH + con pareja según Conocimiento de la serología para el VIH de su pareja. Rosario, 2010



En el gráfico N° 5 se observa que de las 12 mujeres que han referido estar en pareja, 8 de ellas sabe la serología que la serología de su pareja es VIH negativo, mientras que sólo tres mujeres refieren tener parejas seropositivas.

Mientras que una mujer planteó desconocer la serología de su pareja.

Gráfico N° 6. Mujeres con serología VIH + según Realización de tratamiento antirretroviral. Rosario, 2010



En el gráfico N°6 se puede ver que 14 mujeres de 15 realizan tratamiento antirretroviral, lo cual indica una buena adherencia al tratamiento.

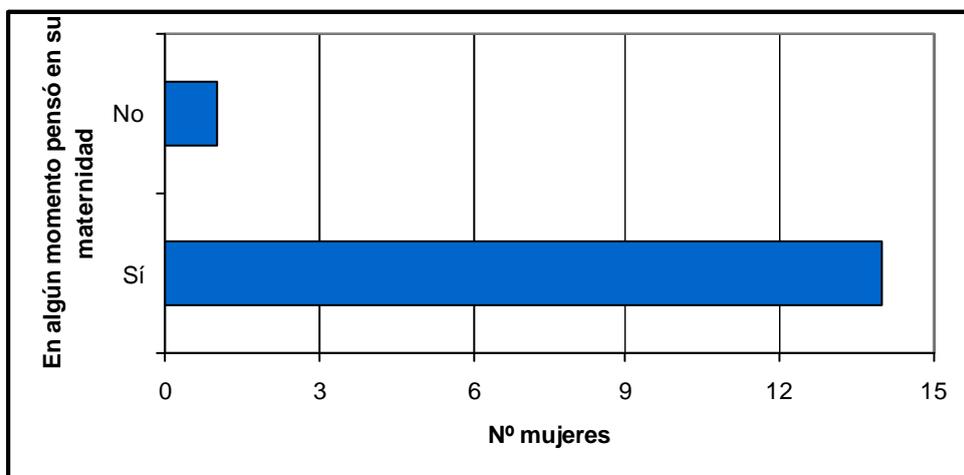
Solo una de ellas no realiza tratamiento antirretroviral.

Tabla N° 5. Medidas descriptivas de Tiempo transcurrido desde el diagnóstico (en años) y tiempo desde el comienzo de tratamiento antirretroviral (en años) en mujeres con serología VIH + sin hijos. Rosario, 2010

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
Tiempo de diagnóstico	0	13	5.6	4.3
Tiempo de tratamiento antirretroviral	0	13	5.4	4.4

En la tabla N° 5 se observa que tanto el tiempo de diagnóstico como el tiempo en que comenzaron con el tratamiento antirretroviral son cercanos a los 5 años con un desvío estándar de 4 años.

Gráfico N° 7. Mujeres con serología VIH + según Pensó en ser madre. Rosario, 2010



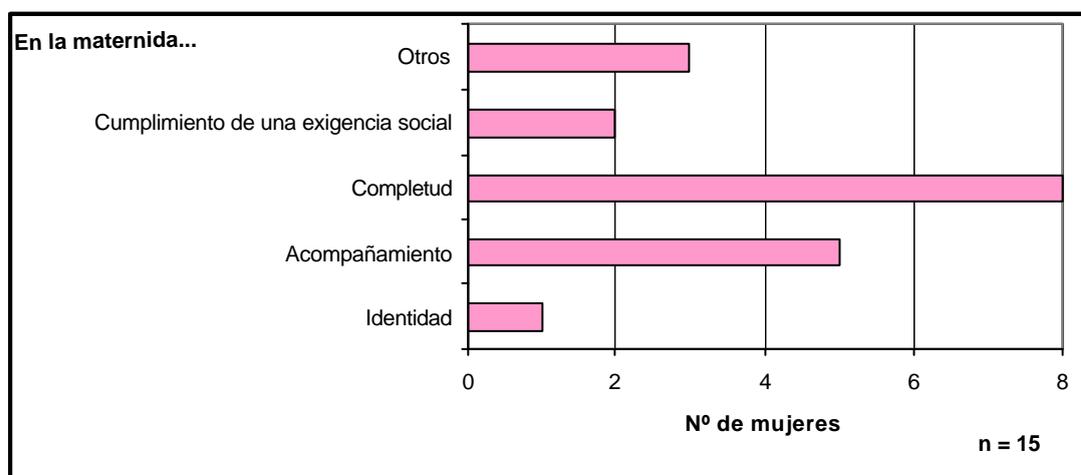
En el gráfico N° 7 se puede ver que 14 de 15 mujeres pensó en algún momento de su vida en ser madre, solo una de ellas planteó que no piensa en la maternidad porque presenta una patología ginecológica que impide la posibilidad de ser madre.

Tabla N° 6. Mujeres con serología VIH + sin hijos según motivos por los que pensó en ser madre. Rosario, 2010

Motivo	N° de mujeres
Con deseos	8
Con deseos y miedos	3
Con miedo	2
No puede quedar embarazada	1
No contesta	1
Total	15

En la tabla N° 6 se puede observar que de 15 mujeres sin hijos, 8 de ellas presentan deseos de ser madre, 3 de ellas tienen miedos pero desean tener hijos en algún momento de su vida, una de ellas no puede quedar embarazada, y una decidió no contestar la pregunta.

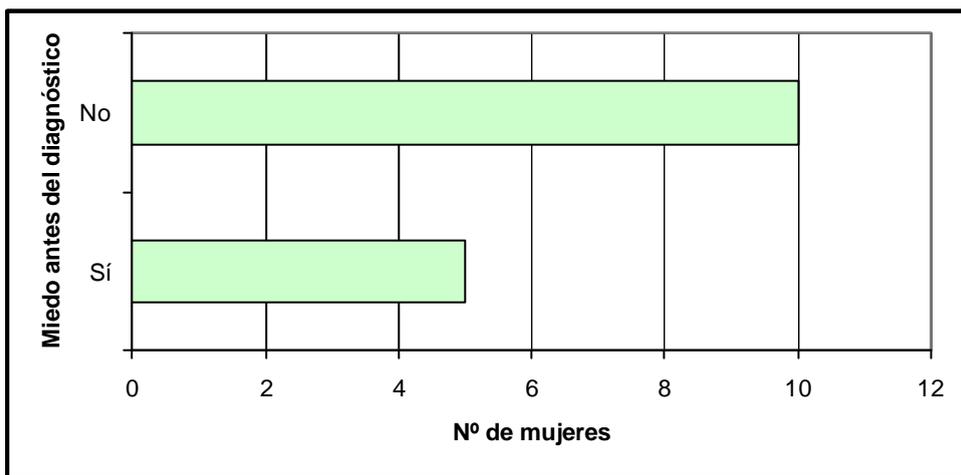
Gráfico N° 8. Mujeres con serología VIH + según Creencia de búsqueda en la maternidad. Rosario, 2010



Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

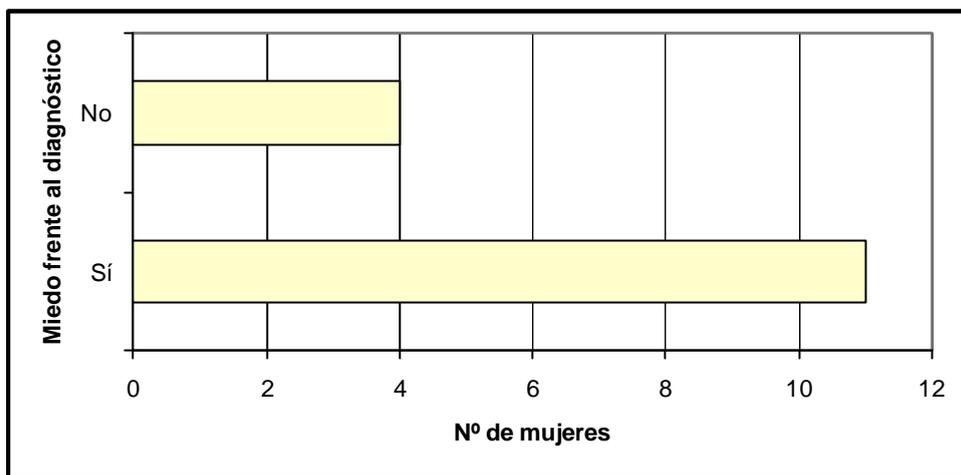
En el gráfico N° 8, se observa que las mujeres VIH positivas sin hijos consideran que en la maternidad se busca principalmente Completud ya que 8 de 15 mujeres están de acuerdo en eso. Por otro lado 5 de ellas consideran que se busca acompañamiento, solo una plantea que se busca identidad, y 3 de ellas se encuadran dentro de lo que en gráfico aparece como Otros considerando: 2 mujeres plantean que en la maternidad se busca formar una familia, mientras que otra mujer refiere que en la maternidad se busca madurez, responsabilidad y deseo.

Gráfico N° 9. Mujeres con serología VIH + según Miedos en relación a la maternidad antes de conocer el diagnóstico de VIH. Rosario, 2010



En el gráfico N° 9 se percibe que 10 mujeres de 15 no presentan miedos en relación a la maternidad antes de conocer el diagnóstico del VIH. Mientras que el resto (5 mujeres) si presentan miedos en relación a la maternidad.

Gráfico N° 10. Mujeres con serología VIH + según Miedos en relación a la maternidad frente al diagnóstico de VIH. Rosario, 2010



En el gráfico N° 10 se puede observar que la situación se revierte, respecto al gráfico N° 9, ya que frente al conocimiento de su diagnóstico de la infección 11 mujeres de 15 en total plantean miedos en relación a la maternidad, mientras que solo 4 de ellas refieren no tenerlos.

Tabla N° 7. Mujeres con serología VIH + con hijos previos al diagnóstico según Miedos en relación a ... Rosario, 2010 (n = 15)

Miedo en relación a ...	Nº de mujeres
Complicaciones durante el embarazo	5
Transmisión de la infección por VIH	8
El parto	4
Posibles efectos del tratamiento antirretroviral en el feto	4
Alteraciones congénitas	4
Sentirse desorientada en relación a las necesidades del bebé	2
No lograr descifrar su llanto	11
Perder a su bebé	3
Sus posibles cambios físicos	-

Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En la tabla N° 7, se puede ver que 11 mujeres de 15 consideran que uno de los miedos es “no lograr descifrar el llanto del niño” (esto se explica por su situación de madres primerizas), 8 mujeres están de acuerdo en que uno de los miedos es transmitirle la infección por VIH a su hijo, 5 tienen miedos en relación a las complicaciones durante el embarazo (entre las que mencionan la rotura de la bolsa) 4 mujeres coinciden en los miedos en relación al parto, a las alteraciones congénitas, y posibles efectos del tratamiento antirretroviral en el feto, respectivamente. 2 de 15 mujeres concuerdan en el miedo a sentirse desorientada en relación a las necesidades del bebé (por su situación de madres primerizas).

Tabla N° 8. Mujeres con serología VIH + con hijos previos al diagnóstico según cómo pensaba la maternidad antes del diagnóstico Rosario, 2010

Cómo pensaba su maternidad antes del diagnóstico	N° de mujeres
Como un deseo	10
Como algo posible	3
Como algo imposible	1
Como una necesidad	-
Como una frustración	-
Como algo lejano	3
Otros	-

Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En la tabla N° 8 se puede ver que 10 mujeres VIH positivas (antes de conocer su diagnóstico) de 15, piensan en la maternidad como un deseo, 3 de ellas plantean a la maternidad como algo posible y algo lejano, respectivamente, mientras que solo una considera a la maternidad como algo imposible.

Tabla N° 9. Mujeres con serología VIH + con hijos previos al diagnóstico según cómo pensaba la maternidad después del diagnóstico Rosario, 2010

Cómo pensaba su maternidad después del diagnóstico	N° de mujeres
Como un deseo	6
Como algo posible	3
Como algo imposible	3
Como una necesidad	-
Como una frustración	-
Como algo lejano	5
Otros	1

Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

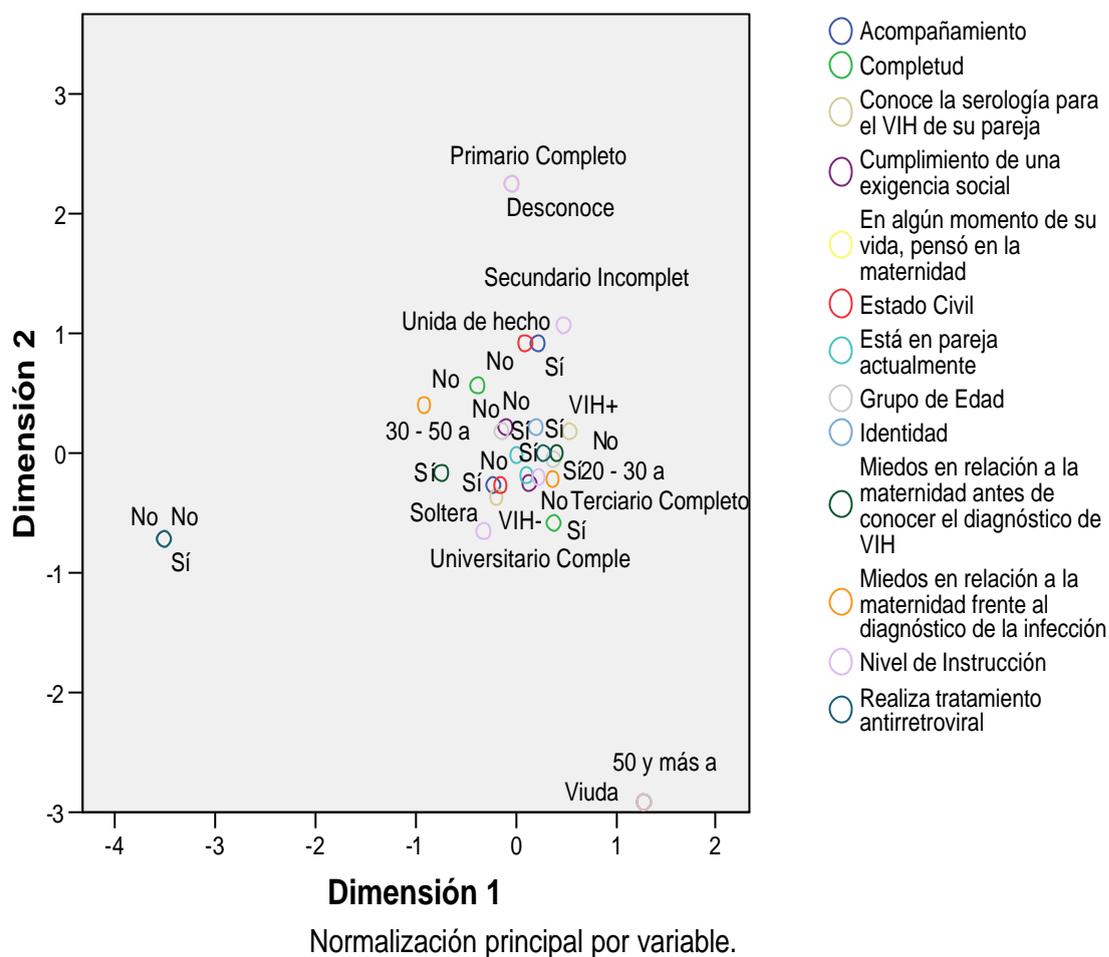
En la tabla N° 9 se puede percibir que 6 de 15 mujeres seropositivas están de acuerdo en considerar a la maternidad con un deseo; lo cual si se compara la cantidad con la tabla N°8 disminuyó. 5 de 15 mujeres concuerdan planteando a la maternidad como algo lejano, también considerando la tabla N° 8 ascendió el número.

Mientras que 3 coinciden refiriéndose a la maternidad como algo posible e imposible, respectivamente.

Solo una de las 15 mujeres consideró la opción Otros, esbozando: que la situación se debe analizar porque es muy preocupante.

2.1 Relación entre variables correspondientes a mujeres VIH + sin hijos.

Diagrama conjunto de puntos de categorías



En esta figura se muestran en dos dimensiones cómo se relacionan las distintas categorías de las preguntas a las que dieron respuesta las mujeres con serología VIH positiva sin hijos. La primera dimensión se relaciona con Realización de tratamiento antirretroviral, En algún momento pensó en la maternidad, En la maternidad se busca la Identidad y Miedos en relación a la maternidad frente al diagnóstico de la infección (es decir, todos aspectos vinculados a la maternidad). Mientras que la segunda dimensión se

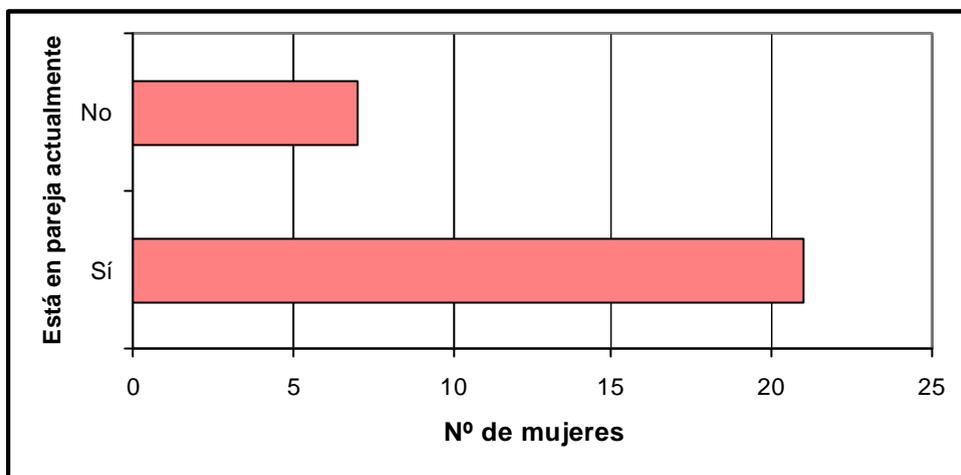
relaciona con las variables sociodemográficas: estado civil, nivel de instrucción, edad y conocimiento de la serología de la pareja.

Se forman dos grupos conformados de la siguiente manera: el primer grupo por aquellas mujeres de 30 a 50 años, solteras, con estudios universitarios y terciarios completos, cuyas parejas tienen VIH negativos, no buscan la identidad en la maternidad y sin miedos en relación a la maternidad. En el segundo grupo, las mujeres que lo conforman son las que cuentan con edades entre 20 y 30 años, unidas de hecho, con secundario completo, cuya pareja tiene serología VIH positiva, que tienen miedo en relación a la maternidad, buscan en la maternidad la identidad y que realizan tratamiento antirretroviral.

3. Mujeres Con Serología VIH Positiva Con Hijos Previos Al Diagnóstico

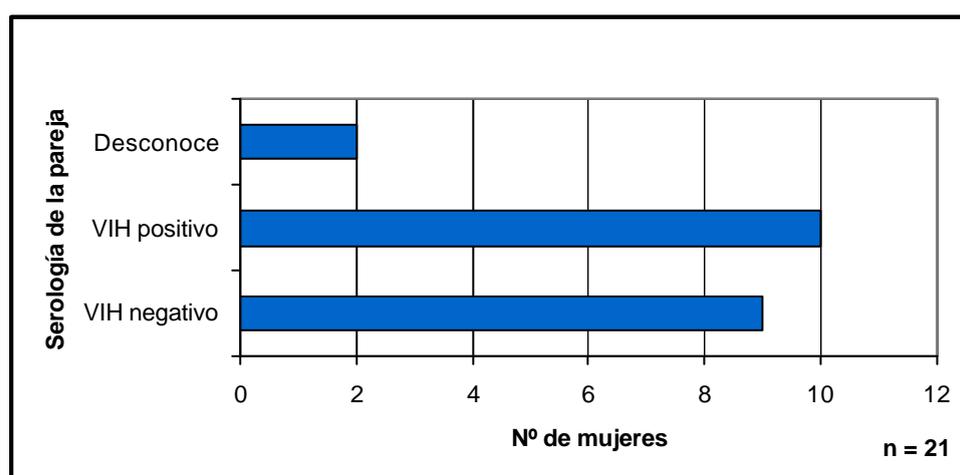
Gráfico N° 11. Mujeres con serología VIH + por **Está en pareja actualmente.**

Rosario, 2010



En el gráfico N° 11 se puede observar que las mujeres VIH positivas a las que se les administro el cuestionario con hijos previos al diagnóstico, son un total de 28 mujeres, 21 de las mismas esta en pareja actualmente, mientras que solo 7 no tiene pareja.

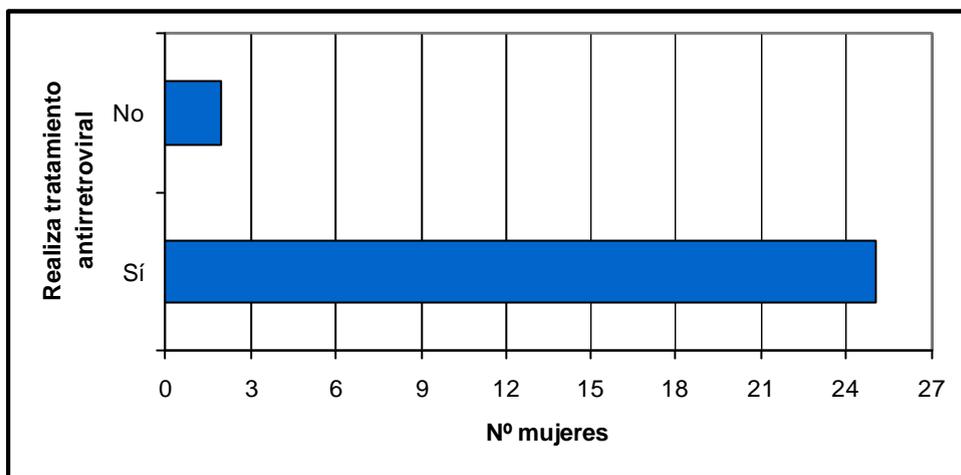
Gráfico N° 12. Mujeres con serología VIH + con pareja según Conocimiento de la serología para el VIH de su **pareja.** Rosario, 2010



En el gráfico N° 12 se puede ver que dentro de las mujeres que tienen pareja, 10 de ellas tienen parejas seropositivas, mientras que 9 tienen pareja VIH negativo.

Dos de las mujeres refirieron no conocer la serología para el VIH de su pareja.

Gráfico N° 13. Mujeres con serología VIH + según Realización de tratamiento antirretroviral. Rosario, 2010



Nota: 1 mujer no realiza tratamiento antirretroviral dado que la infección fue detectada un mes antes

En el gráfico N°13 se puede observar que 25 mujeres de 28 realizan tratamiento antirretroviral, lo cual indica una buena adherencia al tratamiento.

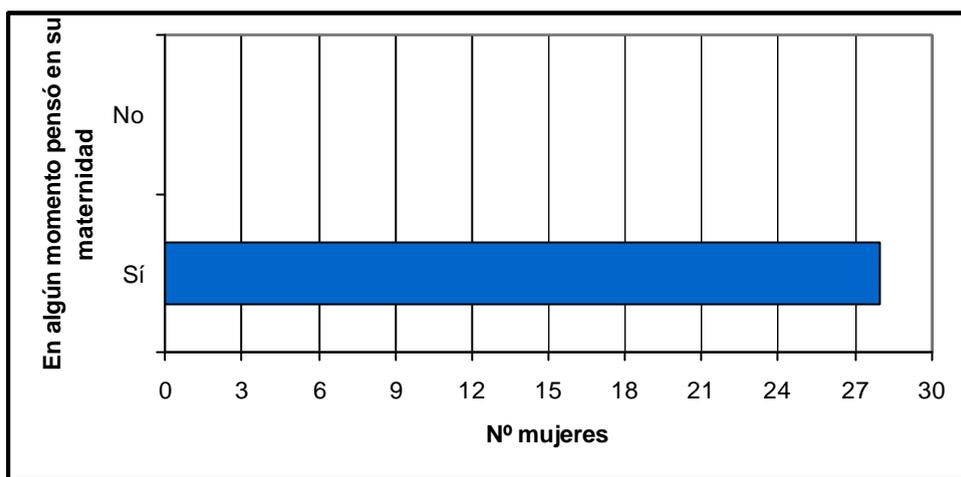
Dos de ellas no realizan tratamiento antirretroviral, cabe destacar que una de éstas, no realiza tratamiento dado que la infección fue detectada un mes antes de que se le administró el cuestionario.

Tabla N° 10. Medidas descriptivas de Tiempo transcurrido desde el diagnóstico (en años) y tiempo desde el comienzo de tratamiento antirretroviral (en años) en mujeres con serología VIH + con hijos previos al diagnóstico. Rosario, 2010

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
Tiempo de diagnóstico	0	15	6.4	4.8
Tiempo de tratamiento antirretroviral	0	15	5.6	4.8

En la tabla N° 10 el tiempo promedio de diagnóstico es superior al tiempo promedio de tratamiento antirretroviral (6.4 años y 5.6 años, respectivamente)

Gráfico N° 14. Mujeres con serología VIH + según Pensó en ser madre. Rosario, 2010



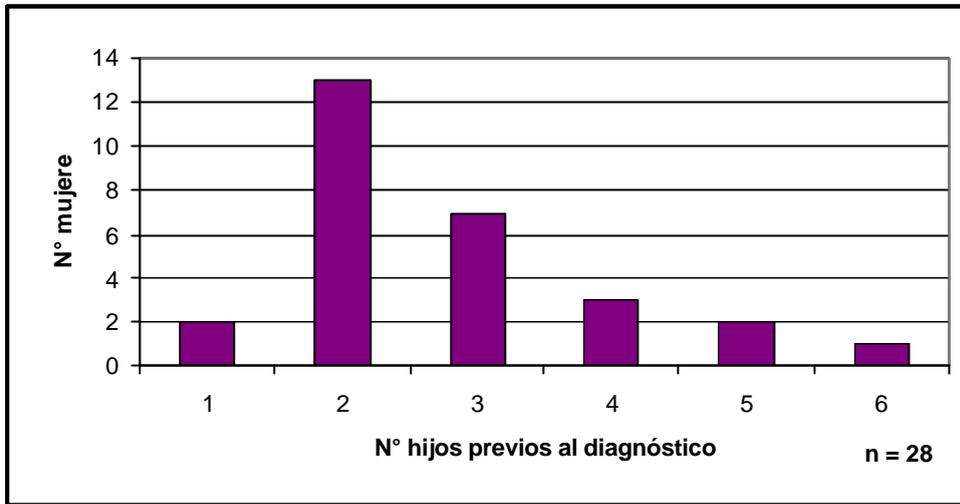
En el gráfico N° 14 puede percibirse que todas las mujeres encuestadas, es decir un total de 28, respecto a este grupo, pensaron en ser madres.

Tabla N° 11. Mujeres con serología VIH + con hijos previos al diagnóstico según motivos por los que pensó en ser madre. Rosario, 2010

Motivo	Nº de mujeres
Con deseos	21
Con alegría	5
Como una responsabilidad	1
Para independizarse de la familia	1
Total	28

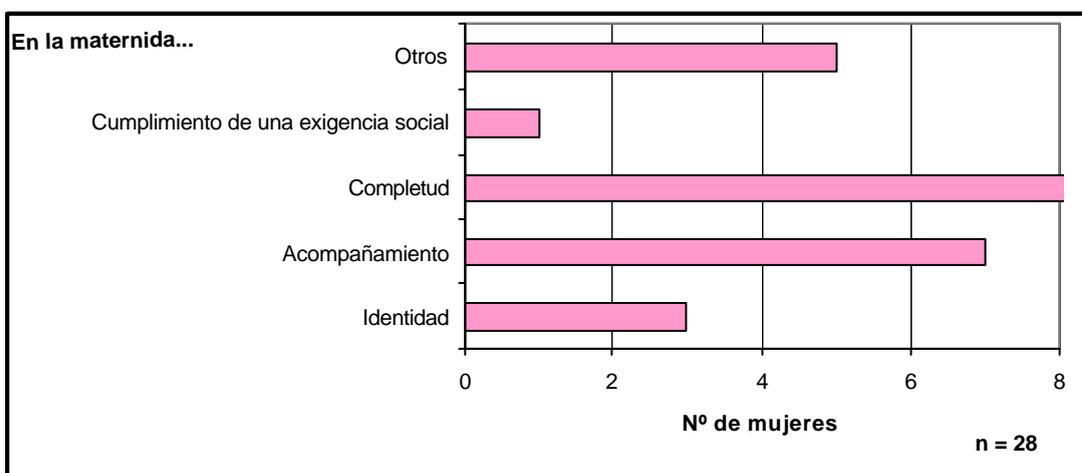
En el tabla N° 11 se puede ver que las mujeres de este grupo, 21 mujeres de 28 refieren haber deseado ser madres en el momento en el que lo fueron, 5 de 28 mujeres piensan a la maternidad con alegría, 1 de 28 percibe a la maternidad como una responsabilidad y 1 mujer de 28 plantea a la maternidad como una posibilidad de independizarse de la familia.

Gráfico N° 15. Mujeres con serología VIH + con hijos previos al diagnóstico según Número de hijos previos al diagnóstico. Rosario, 2010



En el gráfico N° 15 se puede observar que 13 de 28 mujeres son madres de 2 hijos, es decir podemos considerar que dichas mujeres forman parte de una familia tipo. También se puede ver que 7 de 28 mujeres tienen 3 hijos, solo 3 mujeres tienen 4 hijos, y 2 mujeres de 28 en total tienen 1 hijo y 5 hijos respectivamente. Solo una mujer es madre de 6 hijos.

Gráfico N° 16. Mujeres con serología VIH + según Creencia de búsqueda en la maternidad. Rosario, 2010

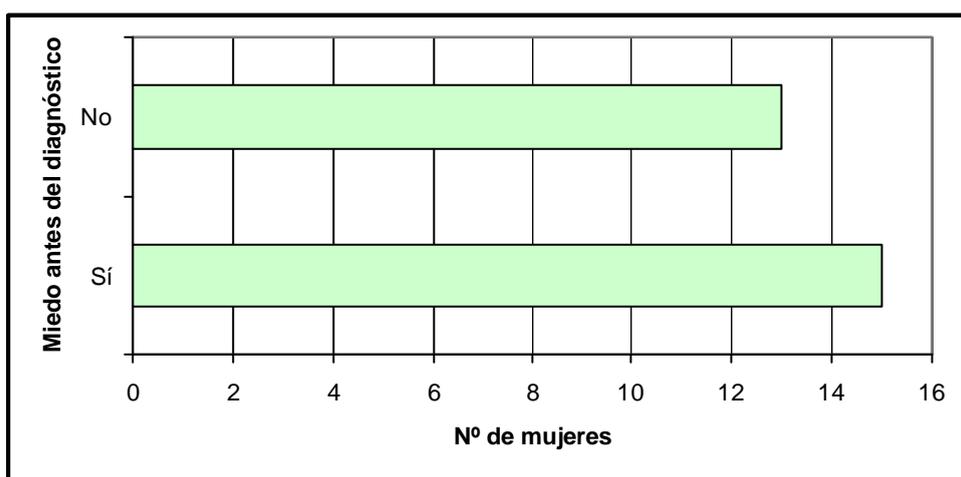


Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En el gráfico N° 16, se observa que las mujeres VIH positivas con hijos previos al diagnóstico de la infección, consideran que en la maternidad se busca principalmente completud ya que 8 de 28 mujeres están de acuerdo en eso. Por otro lado 7 de ellas coinciden en que se busca acompañamiento, 3 mujeres de 28 concuerdan planteando que se busca identidad, y solo una mujer plantea que en la maternidad se busca cumplir con una exigencia social.

Cinco de ellas se encuadran dentro de lo que en gráfico aparece como Otros: una de ellas refiere que con la maternidad se busca consolidar una pareja, otra mujer plantea que en la maternidad se busca liberar de la familia de origen y no depender más de tus padres, una de ellas piensa que es madre porque ama tener hijos, mientras que una madre esboza que se busca formar una familia.

Gráfico N° 17. Mujeres con serología VIH + según Miedos en relación a la maternidad antes de conocer el diagnóstico de VIH. Rosario, 2010



En el gráfico N° 17 se puede percibir que 15 mujeres de 28 en total, consideran que tuvieron miedos en relación a la maternidad, y 13 mujeres plantean no haber tenido miedos.

Cabe destacar que no hay una diferencia significativa entre cantidades.

Tabla N° 12. Mujeres con serología VIH + con hijos previos al diagnóstico según Miedos en relación a ... Rosario, 2010 (n = 24)

Miedo en relación a ...	N° de mujeres
Complicaciones durante el embarazo	5
Transmisión de la infección por VIH	21
El parto	3
Posibles efectos del tratamiento antirretroviral en el feto	7
Alteraciones congénitas	8
Sentirse desorientada en relación a las necesidades del bebé	1
No lograr descifrar su llanto	-
Perder a su bebé	5
Sus posibles cambios físicos	-

Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En la tabla N° 12, se puede ver que 21 mujeres de 28 coinciden planteando que uno de los miedos transmitirle la infección por VIH a su hijo, 5 tienen miedos en relación a las complicaciones durante el embarazo (entre las que mencionan la rotura de la bolsa) 3 mujeres coinciden en los miedos en relación al parto, 8 mujeres de 28 concuerdan en el miedo a las alteraciones congénitas, 7 mujeres están de acuerdo en el miedo a posibles efectos del tratamiento antirretroviral en el feto, respectivamente. Una de 28 mujeres expresó el miedo a sentirse desorientada en relación a las necesidades del bebé.

Y 5 mujeres de un total de 28 coinciden en el miedo a perder a su bebé.

Tabla N° 13. Mujeres con serología VIH + con hijos previos al diagnóstico según cómo pensaba la maternidad antes del diagnóstico Rosario, 2010

Cómo pensaba su maternidad antes del diagnóstico	N° de mujeres
Como un deseo	26
Como algo posible	2
Como algo imposible	-

Como una necesidad	1
Como una frustración	-
Como algo lejano	-
Otros	-

Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En la tabla N° 13 se puede ver, que 26 mujeres VHI positivas (antes de conocer su diagnóstico) de 28 concuerdan y piensan en la maternidad como un deseo, 2 de ellas plantean a la maternidad como algo posible. Mientras que solo una considera a la maternidad como una necesidad.

Tabla N° 14. Mujeres con serología VIH + con hijos previos al diagnóstico según cómo pensaba la maternidad después del diagnóstico Rosario, 2010

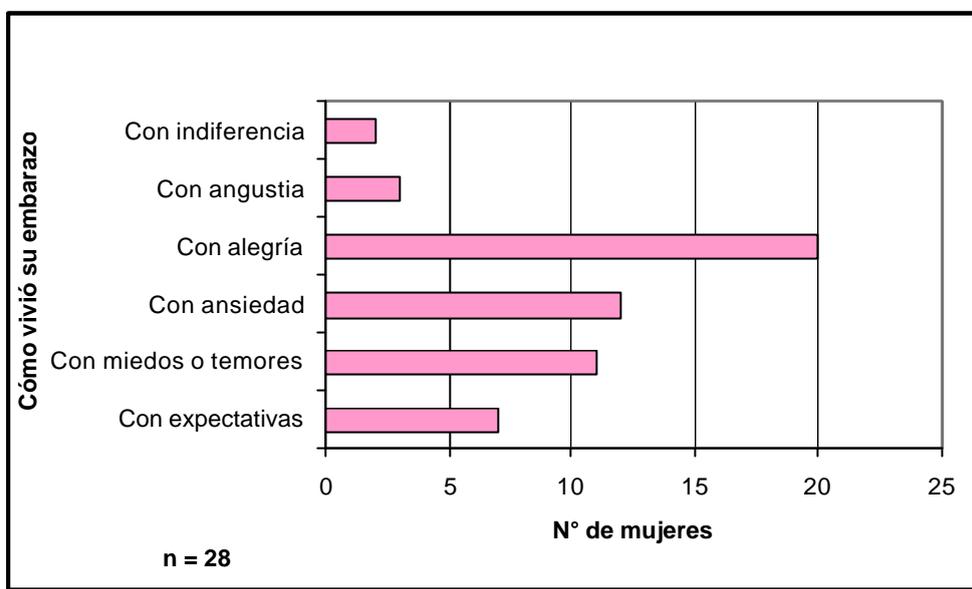
Cómo pensaba su maternidad después del diagnóstico	N° de mujeres
Como un deseo	1
Como algo posible	5
Como algo imposible	14
Como una necesidad	1
Como una frustración	-
Como algo lejano	4
Otros	5

Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En la tabla N° 14 se percibe que 14 mujeres concuerdan en plantear a la maternidad como algo imposible, luego de conocer el diagnóstico de la infección por el VIH, 5 de ellas conciben a la maternidad como algo posible, 4 mujeres coinciden en pensar a la maternidad como algo lejano. Una de 28 mujeres pensó en la maternidad como un deseo, sin influir en ella su condición de infectada.

Mientras que 5 mujeres de 28 piensan que no correspondería transmitir el VIH a un hijo, 3 de las mujeres que pertenecen a este grupo no piensan en ser madres nuevamente.

Gráfico N° 18. Mujeres con serología VIH + según Forma en que vivieron el embarazo. Rosario, 2010



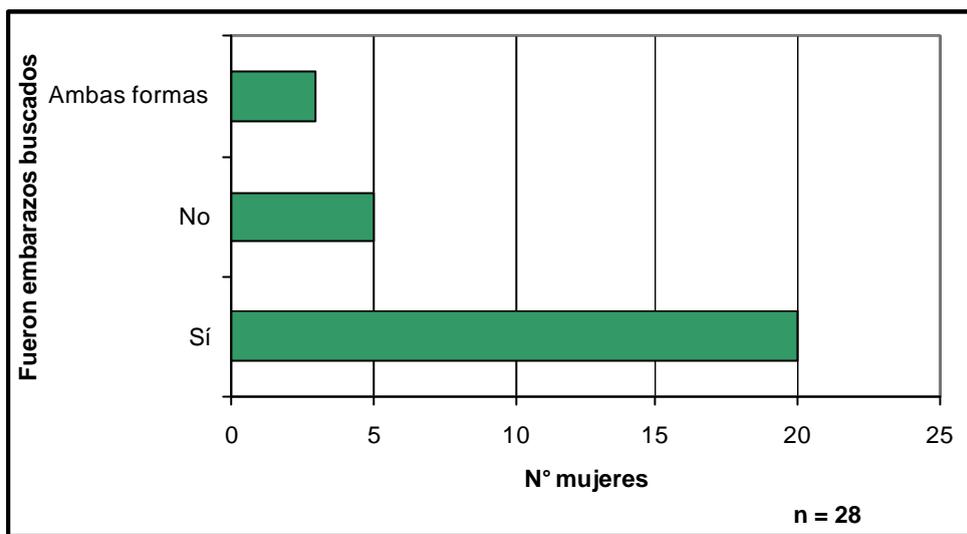
Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En el gráfico N° 18, se puede observar que 20 mujeres de 28 en total coinciden en haber vivido sus embarazos con alegría, 13 mujeres concuerdan en haber sentido ansiedad, mientras que 12 mujeres están de acuerdo en haber vivido con miedos y temores a sus embarazos. Siete mujeres concuerdan esbozando que vivieron sus embarazos con expectativas.

Mientras que 3 mujeres refieren haber vivido sus embarazos con angustia y 2 de 28 mujeres consideran haber experimentado indiferencia.

Gráfico N° 19. Mujeres con serología VIH + según Fueron embarazos buscados.

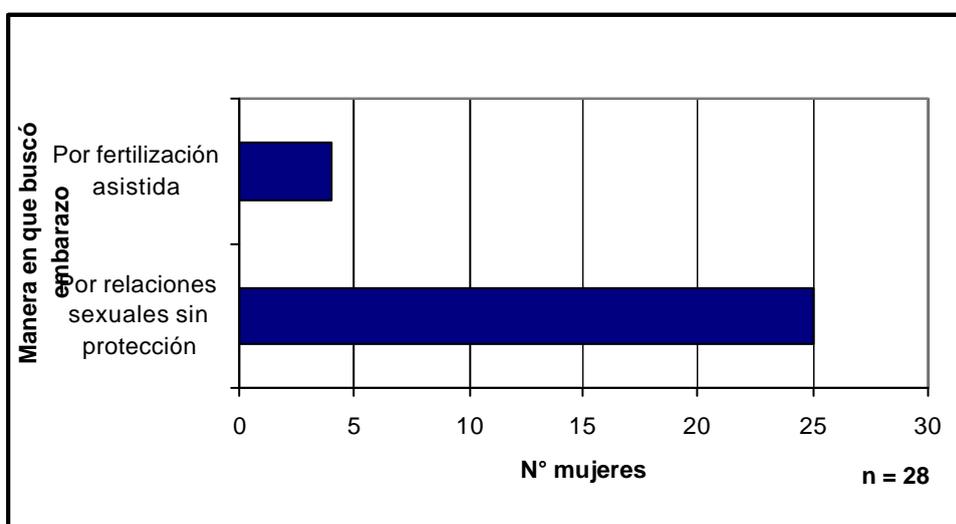
Rosario, 2010



En el gráfico N° 19, 20 de un total de 28 mujeres refieren haber buscado junto a su pareja su embarazo/s, mientras que 5 de 28 mujeres plantean no haber buscado quedar embarazada.

Y 3 mujeres de 28, al tener una determinada cantidad de hijos, consideran que algunos de ellos fueron buscados y otros no.

Gráfico N° 20. Mujeres con serología VIH + según Manera en que fueron buscados los embarazos. Rosario, 2010



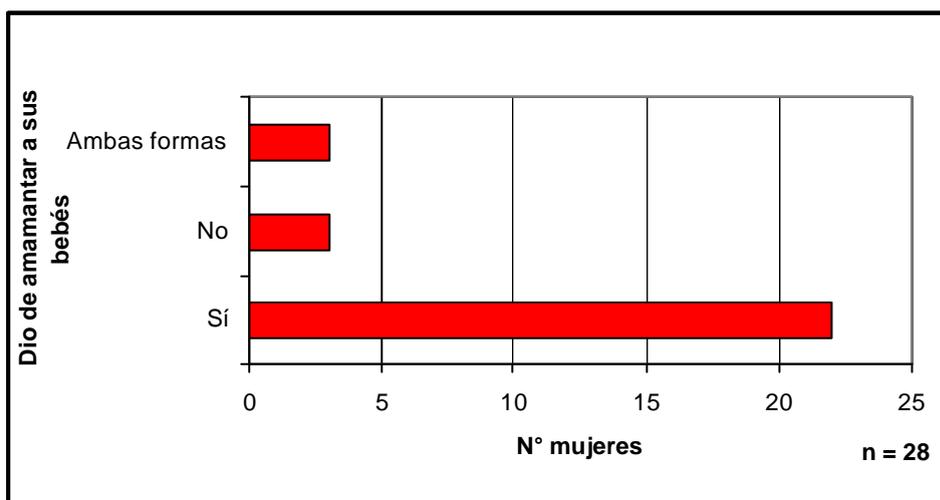
Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En el gráfico N° 20 se puede considerar que 25 de 28 mujeres VIH positivas han quedado embarazadas (antes de conocer el diagnóstico) manteniendo relaciones sexuales sin protección con su pareja.

Mientras que 3 mujeres de 28 debieron someterse a un tratamiento de fertilización in vitro.

Cabe destacar que dentro de este grupo de mujeres, hay una mujer que quedo embarazada a través de un tratamiento de fertilización asistida, pero en un segundo momento quedo embarazada mediante relaciones sexuales sin protección con su pareja.

Gráfico N° 21. Mujeres con serología VIH + según si Dieron de amantar a sus bebés. Rosario, 2010



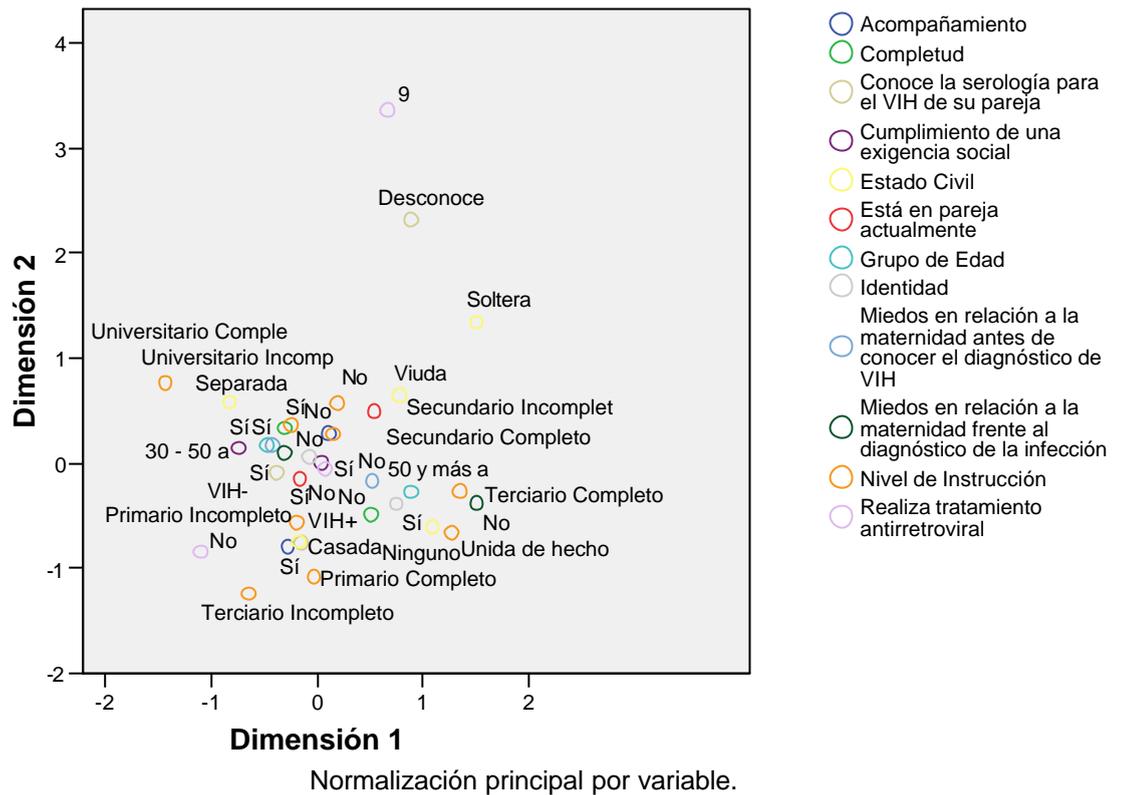
En el gráfico N° 21 se puede observar que 22 mujeres de 28 en total han dado de amamantar a sus hijos, mientras que 3 de estas mujeres no pudieron darles de amamantar a sus hijos porque la leche materna no tenía la calidad de nutrientes necesarios para alimentarlos.

Mientras que de esas 28 mujeres 3 han podido dar de amantar a algunos de sus hijos y a otros no porque 2 de ellas tenían absceso, y la otra mujer no tenía la suficiente cantidad

de nutrientes en la leche materna. Es importante considerar que 4 madres indicaron que vivieron con angustia el hecho de no poder amamantar a sus bebés.

3.1 Relación entre variables correspondientes a mujeres VIH + con hijos previos al diagnóstico

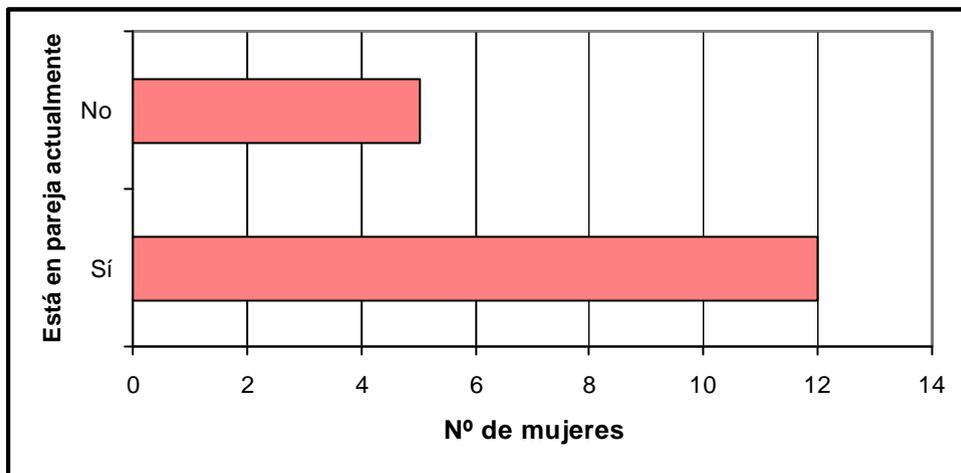
Diagrama conjunto de puntos de categorías



En esta figura se muestran en dos dimensiones cómo se relacionan las distintas categorías de las preguntas a las que dieron respuesta las mujeres con serología VIH positiva con hijos previos al diagnóstico. En la primera dimensión se destaca la edad y los miedos en relación a la maternidad frente al diagnóstico de la infección mientras que en la segunda dimensión, las preguntas con mayor discriminación son: Conoce la serología para el VIH de su pareja y Realiza tratamiento antirretroviral. Pero se debe destacar que no se logran conformar grupos distintos, por lo tanto no se puede indicar la existencia de relación entre las distintas preguntas investigadas.

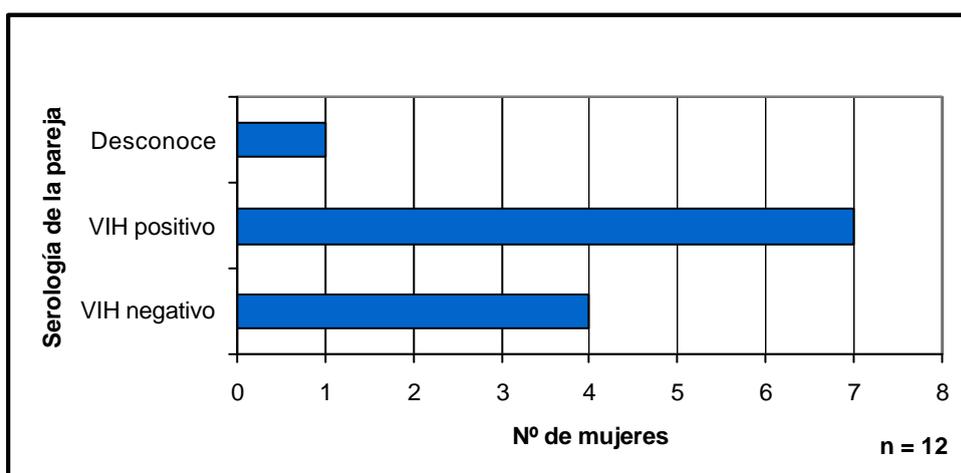
4. Mujeres Con Serología VIH + Con Hijos Posteriores Al Diagnóstico

Gráfico N° 22. **Está en pareja actualmente.**



En el gráfico N° 22 puede percibirse que 12 mujeres de 17 que pertenecen a este grupo están en pareja actualmente, mientras que solo 5 de ellas no tienen pareja.

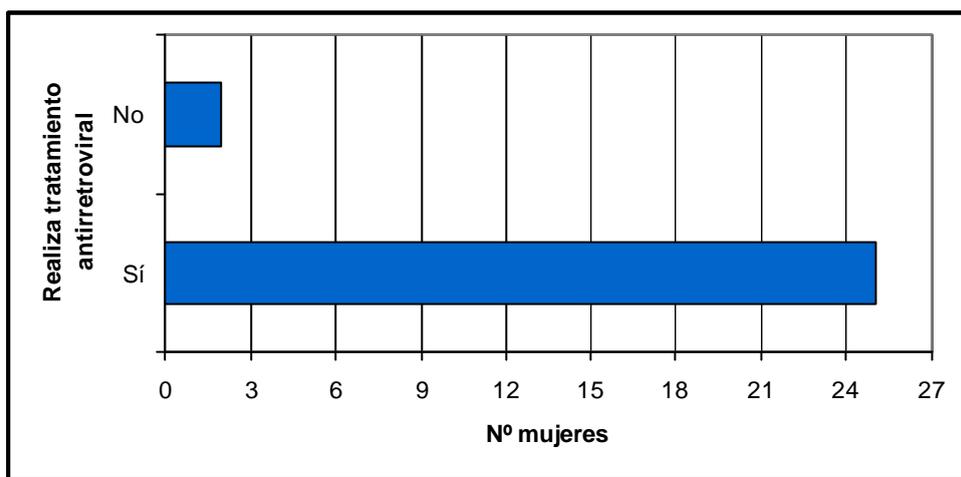
Gráfico N° 23. Mujeres con serología VIH + con pareja según Conocimiento de la serología para el VIH de su **pareja**. Rosario, 2010



En el gráfico N°23, se puede observar que debido a que 5 mujeres no tienen pareja, el número de mujeres que respondió esta pregunta es de 12, de las cuales una de ellas refiere

no conocer la serología de su pareja, mientras que 7 de 12 mujeres plantean tener parejas con serología positiva para la infección del VIH. Cuatro de 12 mujeres en total tiene parejas VIH negativas.

Gráfico N° 24. Mujeres con serología VIH + según Realización de tratamiento antirretroviral. Rosario, 2010



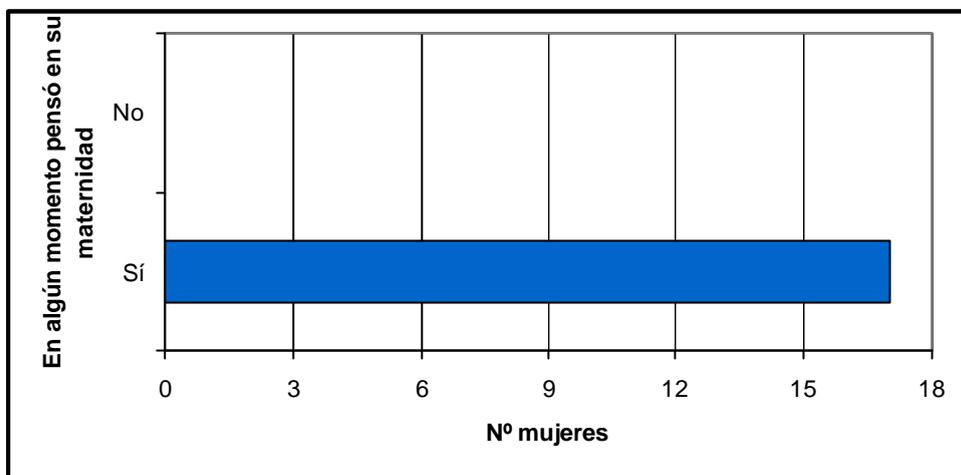
En el gráfico N° 24 se puede observar que solo 2 mujeres no realizan tratamiento antirretroviral.

Tabla N° 15. Medidas descriptivas de Tiempo transcurrido desde el diagnóstico (en años) y tiempo desde el comienzo de tratamiento antirretroviral (en años) en mujeres con serología VIH + con hijos posteriores al diagnóstico. Rosario, 2010

	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
Tiempo de diagnóstico	1	22	11.2	6.1
Tiempo de tratamiento antirretroviral	0	17	6.8	5.5

En la tabla N° 15 el tiempo promedio de diagnóstico es superior al tiempo promedio de tratamiento antirretroviral (11.2 años y 6.8 años, respectivamente).

Gráfico N° 25. Mujeres con serología VIH + según Pensó en ser madre. Rosario, 2010



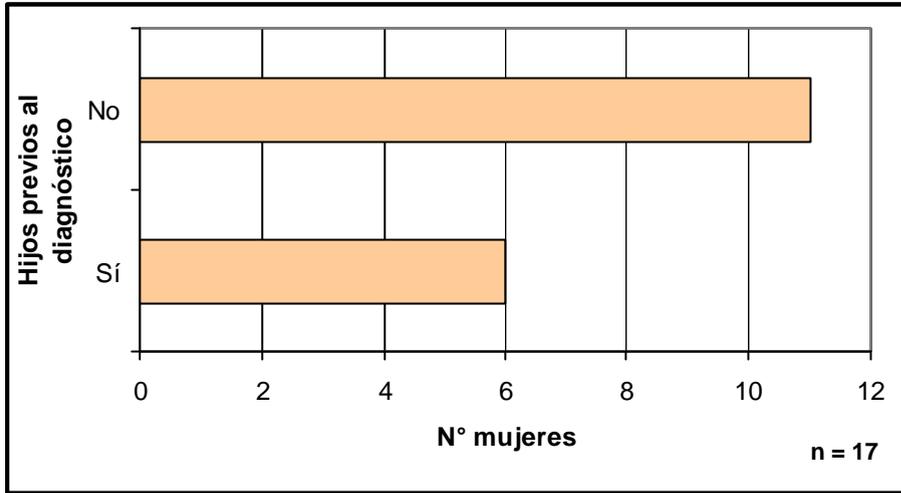
En el gráfico N° 25, puede percibirse que todas las mujeres pertenecientes a este grupo han pensado en ser madres en algún momento de sus vidas.

Tabla N° 16. Mujeres con serología VIH + con hijos posteriores al diagnóstico según motivos por los que pensó en ser madre. Rosario, 2010

Motivo	Nº de mujeres
Con deseos	6
Con deseos y miedo	4
Con miedo	1
Con alegría	3
Como una responsabilidad	2
No se debe tener hijos siendo VIH positiva	1
Total	17

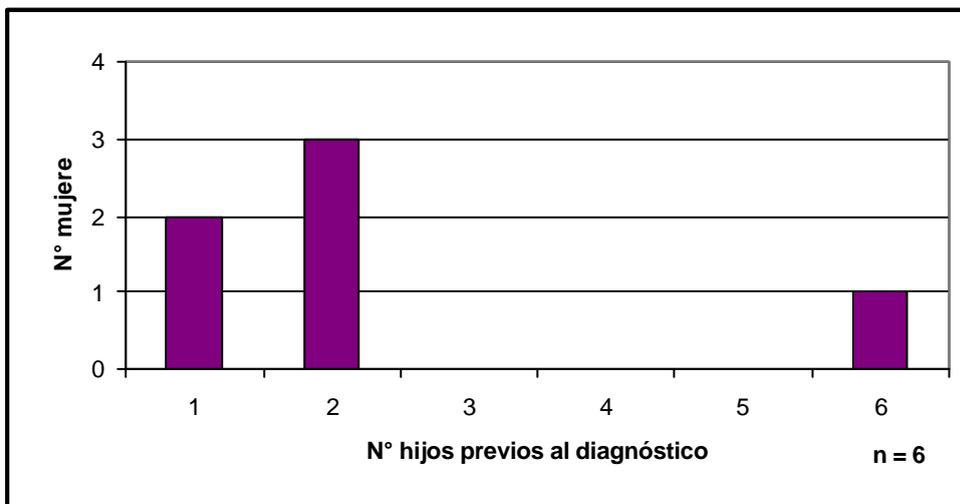
En la tabla N° 16, se puede observar, que de 17 mujeres 6 presentan piensan a la maternidad con deseos, 4 de ellas consideran que en la maternidad existen tanto miedos como deseos, solo 3 mujeres relacionan a la maternidad con alegría, y 2 de ellas consideran a la maternidad como una responsabilidad, y solo una de las 17 mujeres planteo que no se debe tener hijos siendo VIH positiva.

Gráfico N° 26. Mujeres con serología VIH + con hijos posteriores al diagnóstico según Hijos previos al diagnóstico. Rosario, 2010



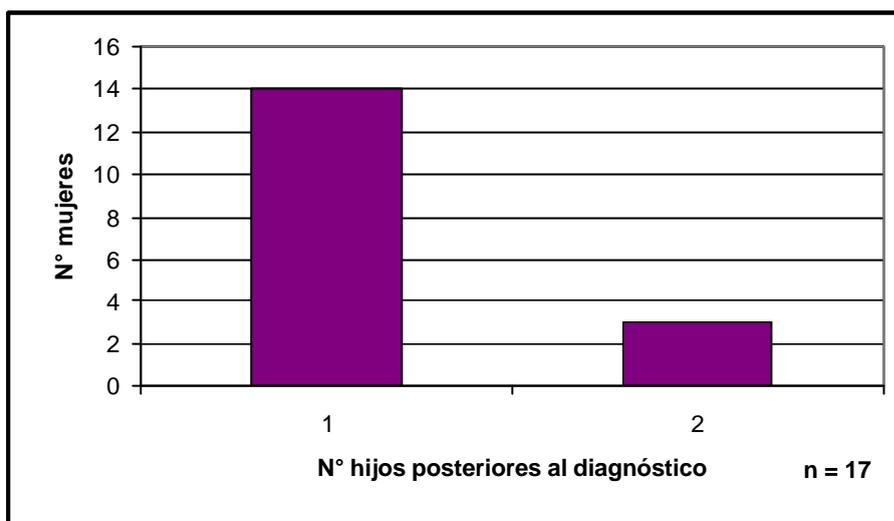
En el gráfico N° 26 se puede ver que de 17 mujeres VIH positivas, 6 de ellas tuvieron hijos tanto previamente como posteriormente a su condición de infectadas, mientras que 11 mujeres han sido madres luego de conocer el diagnóstico de su infección por el VIH.

Gráfico N° 27. Mujeres con serología VIH + con hijos posteriores al diagnóstico según N° de Hijos previos al diagnóstico. Rosario, 2010



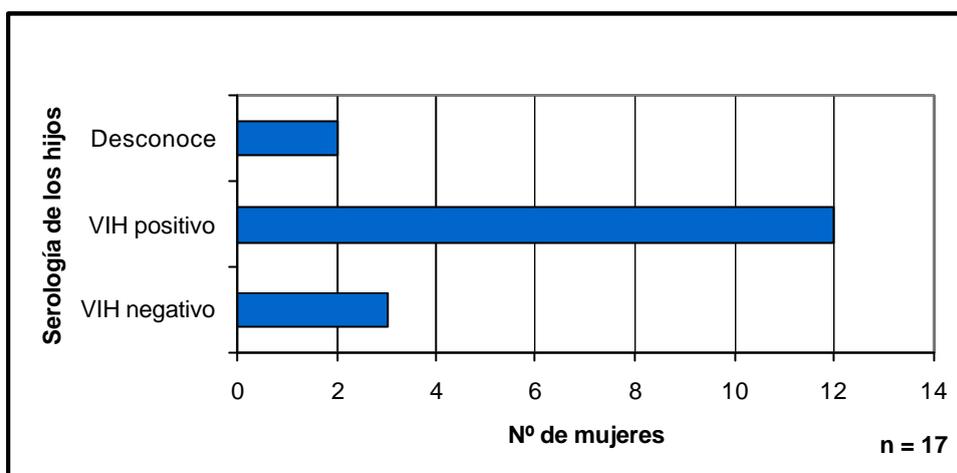
En el gráfico N° 27 se puede ver, que 2 mujeres que tuvieron solo un hijo previo al diagnóstico, mientras que 3 mujeres han tenido 2 hijos, y por último solo una mujer tuvo 6 hijos antes de conocer el diagnóstico del VIH.

Gráfico N° 28. Mujeres con serología VIH + con hijos posteriores al diagnóstico según N° de Hijos posteriores al diagnóstico. Rosario, 2010



En el gráfico 28 se observa que de 17 mujeres que tuvieron hijos posteriores al conocimiento de su serología, 14 de ellas tuvieron solo 1 hijo, mientras que 3 mujeres han tenido 2 hijos.

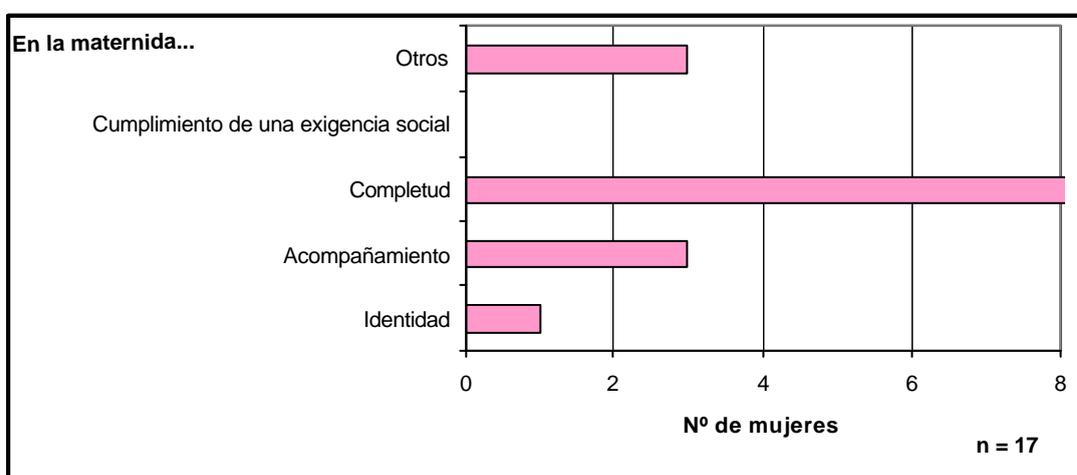
Gráfico N° 29. Mujeres con serología VIH + con hijos posteriores al diagnóstico según Resultado de Serología de los hijos. Rosario, 2010



En el gráfico N° 29 se percibe que 12 mujeres VIH positivos han sido madres de hijos seropositivos, mientras que solo 3 de 17 mujeres han tenido hijos VIH negativos.

Cabe destacar que en este grupo 2 mujeres plantearon el desconocimiento de la serología se sus hijos porque, en el momento en el que se les administró el cuestionario, justamente estaban realizando las pruebas para conocer la existencia o no de carga viral en sangre de sus bebés.

Gráfico N° 30. Mujeres con serología VIH + según Creencia de búsqueda en la maternidad. Rosario, 2010

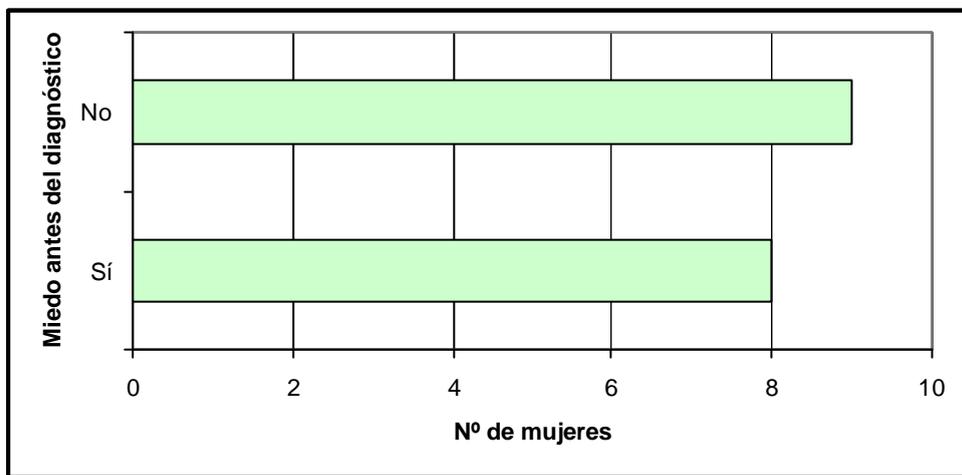


Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En el gráfico N° 30 se percibe que las 8 mujeres concuerdan en que en la maternidad se busca Completud, otras 3 coinciden en la búsqueda de acompañamiento, mientras que solo 1 de ellas ha considerado que en la maternidad se busca identidad.

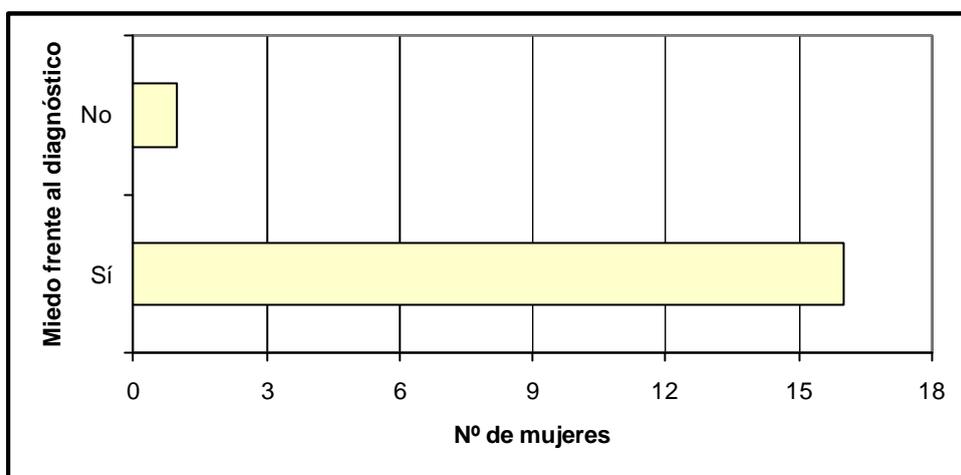
Es importante resaltar que 2 mujeres refirieron que en la maternidad se busca formar una familia, y una de ellas planteó que con y en la maternidad se busca felicidad.

Gráfico N° 31. Mujeres con serología VIH + según Miedos en relación a la maternidad antes de conocer el diagnóstico de VIH. Rosario, 2010



En este gráfico se observa que 9 mujeres de 17 en total ha esbozado que no tuvieron miedos en relación a la maternidad, mientras que 8 mujeres han planteado la existencia de los mismos.

Gráfico N° 32. Mujeres con serología VIH + según Miedos en relación a la maternidad frente al diagnóstico de VIH. Rosario, 2010



En el gráfico N° 32 se observa que 16 mujeres tuvieron miedos en relación a la maternidad, luego de conocer la serología de su infección, mientras que solo una mujer refirió no presentar miedos debido al gran avance en los medicamentos antirretrovirales. Es importante destacar, que el número de mujeres ha ascendido, de acuerdo a los números registrados en el gráfico N° 31.

Tabla N° 17. Mujeres con serología VIH + con hijos posteriores al diagnóstico según Miedos en relación a ... Rosario, 2010 (n = 24)

Miedo en relación a ...	Nº de mujeres
Complicaciones durante el embarazo	4
Transmisión de la infección por VIH	16
El parto	1
Posibles efectos del tratamiento antirretroviral en el feto	2
Alteraciones congénitas	1
Sentirse desorientada en relación a las necesidades del bebé	1
No lograr descifrar su llanto	-
Perder a su bebé	2
Sus posibles cambios físicos	1

Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En la tabla N° 17, se puede ver que 16 mujeres de 17 coinciden planteando que uno de los miedos es transmitirle la infección por VIH a su hijo, 4 mujeres tienen miedos en relación a las complicaciones durante el embarazo (entre las que mencionan la rotura de la bolsa) solo una mujer presenta miedos en relación al parto, 1 mujer resalta su miedo a las alteraciones congénitas, 2 mujeres están de acuerdo en el miedo a posibles efectos del tratamiento antirretroviral en el feto, respectivamente. Una de 17 mujeres expresó el miedo a sentirse desorientada en relación a las necesidades del bebé.

Y 2 mujeres de un total de 17 coinciden en el miedo a perder a su bebé. Mientras que solo una de ellas esbozó el miedo a perder su atractivo físico.

Tabla N° 18. Mujeres con serología VIH + con hijos posteriores al diagnóstico según cómo pensaba la maternidad antes del diagnóstico Rosario, 2010

Cómo pensaba su maternidad antes del diagnóstico	N° de mujeres
Como un deseo	12
Como algo posible	3
Como algo imposible	-
Como una necesidad	-
Como una frustración	-
Como algo lejano	3
Otros	-

Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En la tabla N° 18 se puede ver que 12 mujeres VIH positivas (antes de conocer su diagnóstico) de 17, concuerdan y piensan en la maternidad como un deseo, 3 de ellas plantean a la maternidad como algo posible y 3 mujeres perciben a la maternidad como algo lejano.

Tabla N° 19. Mujeres con serología VIH + con hijos posteriores al diagnóstico según cómo pensaba la maternidad después del diagnóstico Rosario, 2010

Cómo pensaba su maternidad después del diagnóstico	N° de mujeres
Como un deseo	4
Como algo posible	9
Como algo imposible	4
Como una necesidad	-
Como una frustración	-
Como algo lejano	2
Otros	2

Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

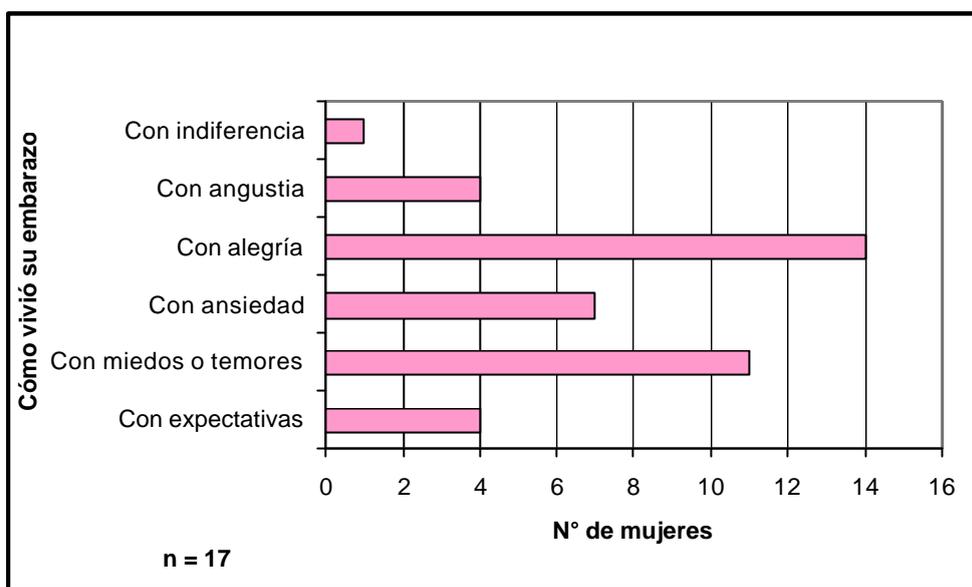
En la tabla N° 19, se percibe que 9 mujeres concuerdan en plantear a la maternidad como algo posible luego de conocer el diagnóstico de la infección por el VIH, 4 de ellas coinciden en plantear a la maternidad como algo imposible, 4 mujeres piensan a la maternidad como un deseo.

Dos de 17 mujeres pensó en la maternidad como algo lejano.

Mientras que una mujer planteó que no hubiera querido ser madre, teniendo en cuenta los miedos y temores que conlleva ser madre seropositiva, a demás de la situación personal angustiante que estaba transcurriendo en su vida, (ella comentó que en el momento del embarazo de su hijo, su padre falleció).

La otra mujer esbozó que pensó en la maternidad como una satisfacción personal, comentando de que en el momento en el que descubre su seropositividad para la infección del VIH, ella decidió ser madre para aplacar ese dolor.

Gráfico N° 33. Mujeres con serología VIH + según Forma en que vivieron el embarazo. Rosario, 2010

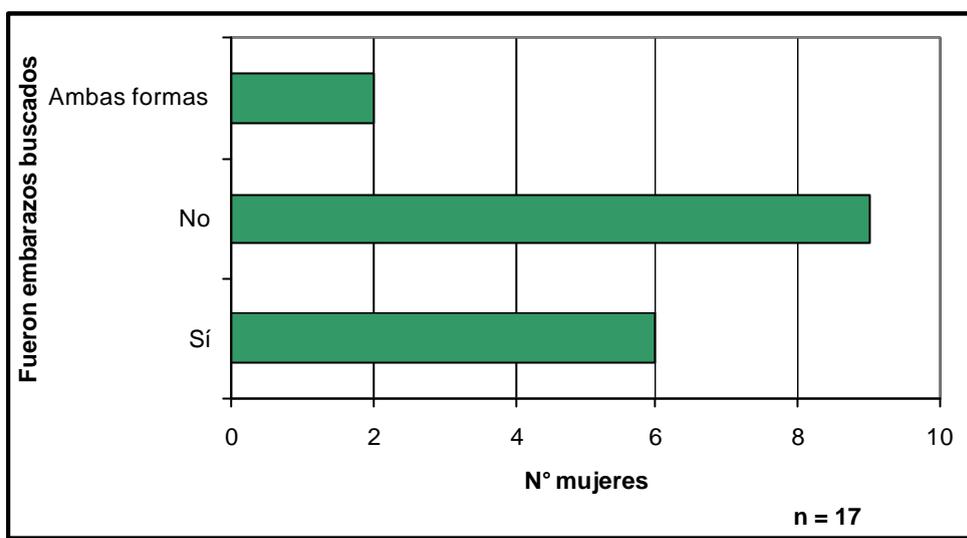


Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En el gráfico N° 33, se observa que 14 mujeres vivieron sus embarazos con alegría, 11 concuerdan en que han vivido sus embarazos con miedos y temores, 7 mujeres plantearon la existencia de ansiedad, 4 mujeres consideran que vivieron sus embarazos con angustia y expectativas respectivamente, mientras que solo una mujer esbozo cierta indiferencia durante su embarazo.

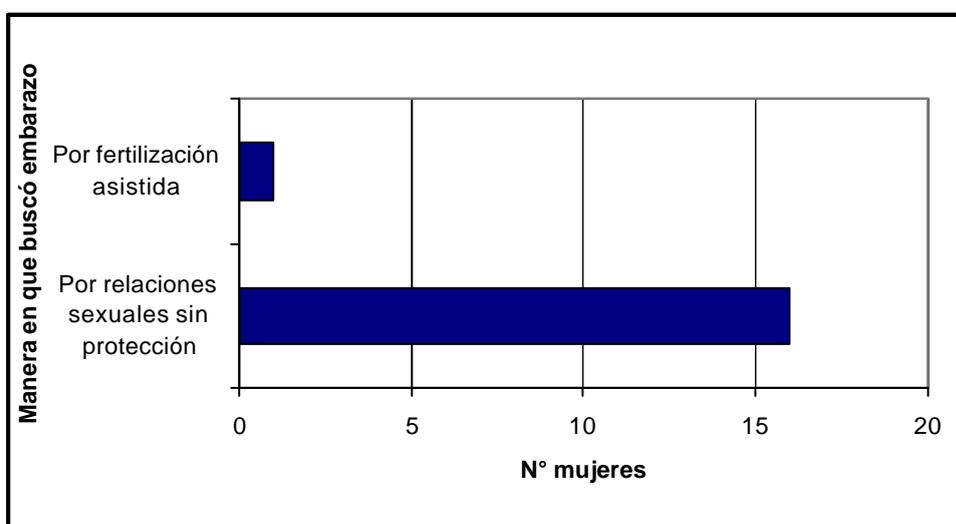
Gráfico N° 34. Mujeres con serología VIH + según Fueron embarazos buscados.

Rosario, 2010



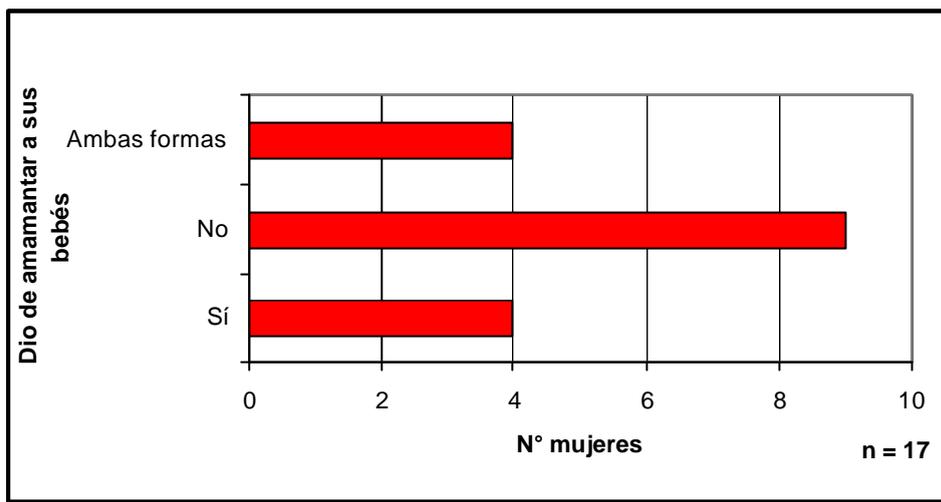
En el gráfico N° 34, 9 de un total de 17 mujeres refieren no haber buscado junto a su pareja su embarazo/s, mientras que 6 madres plantean haber buscado quedar embarazada. Y 2 mujeres de 17, al tener una determinada cantidad de hijos, consideran que algunos de ellos fueron buscados y otros no.

Gráfico N° 35. Mujeres con serología VIH + según Manera en que fueron buscados los embarazos. Rosario, 2010



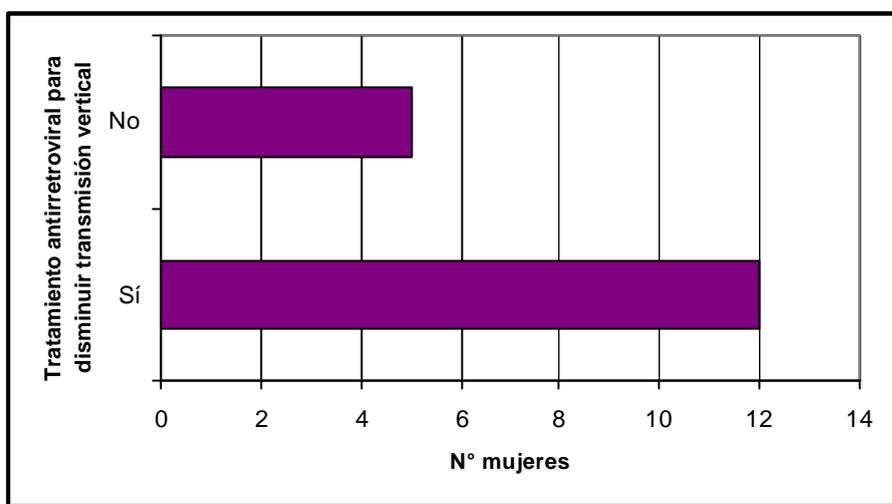
En el gráfico N° 35 se observa que 16 mujeres han sido madres de manera natural, es decir sin realizar tratamiento de fertilización asistida. Solo una mujer debió realizar tratamiento de fertilización asistida.

Gráfico N° 36. Mujeres con serología VIH +según si Dieron de amantar a sus bebés. Rosario, 2010



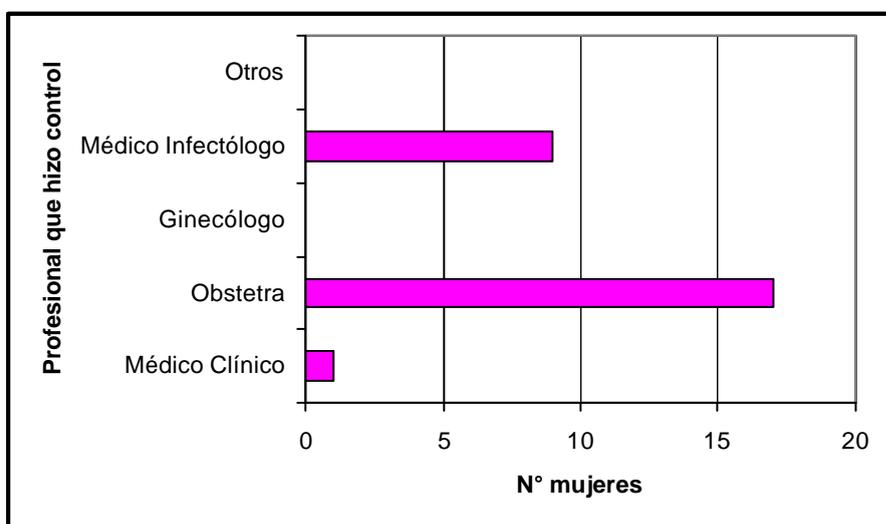
En el gráfico N° 36, se observa que de las 17 mujeres pertenecientes a este grupo, 9 de ellas no dieron de amamantar a sus bebés, de las cuales frente a la pregunta de cómo se sintió frente a esta situación, indicaron que la vivieron con angustia y otras 8 mujeres plantearon haber vivido la situación con angustia y con satisfacción de saber que de esa manera estaban cuidando la salud de sus hijos.

Gráfico N° 37. Mujeres con serología VIH + según Realización de tratamiento antirretroviral para disminuir la transmisión vertical. Rosario, 2010



En el gráfico N° 37, se observa que 12 mujeres han realizado el tratamiento antirretroviral para disminuir la transmisión vertical, mientras que solo 5 de 17 mujeres no hicieron tratamiento por no ser necesario de acuerdo a lo planteado por sus respectivos médicos (debido a que su carga viral en sangre era indetectable). Es importante destacar que las 17 mujeres con serología VIH positiva con hijos posteriores al diagnóstico, indicaron realizar controles durante el embarazo.

Gráfico N° 38. Mujeres con serología VIH + según Profesionales con los que realizó el control. Rosario, 2010

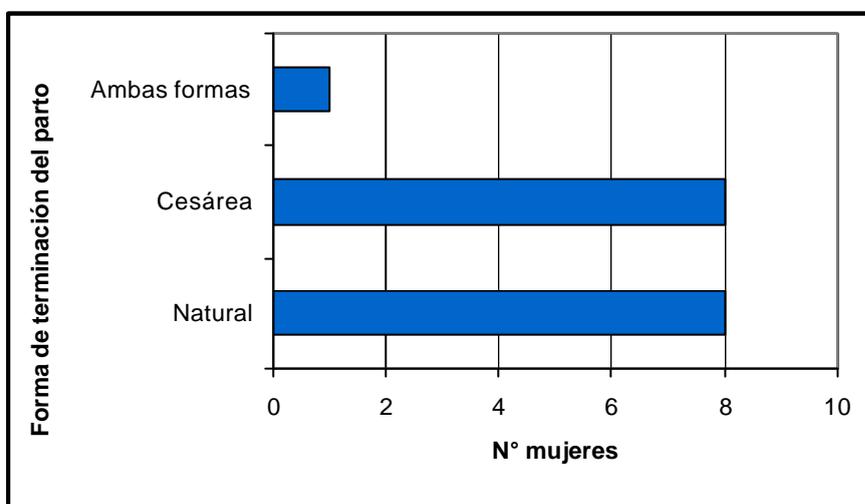


Nota: Las mujeres dieron una o más respuestas

En el grafico N° 38, se percibe que las 17 mujeres a las que se les administró el cuestionario, hicieron controles durante sus embarazos con un médico obstetra, mientras que a la vez 8 de ellas continuaban consultando a su médico infectólogo.

Solo 2 mujeres realizaron controles con médicos clínicos.

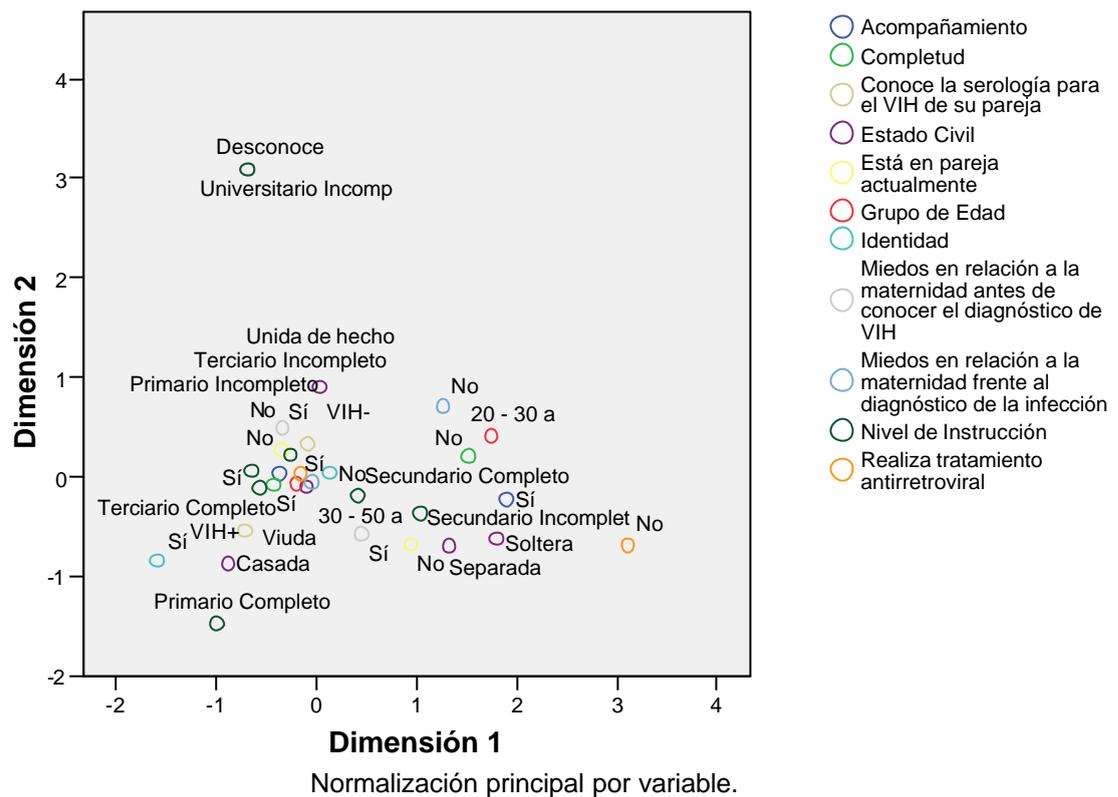
Gráfico N° 39. Mujeres con serología VIH + según Forma de terminación del parto. Rosario, 2010



En el gráfico N° 39 se observa que de las 17 madres, 8 tuvieron hijos mediante parto natural y 8 mujeres mediante cesárea. Mientras que solo 1 mujer tuvo hijos tanto mediante un parto normal y mediante un parto por cesárea.

4.1 Relación Entre Variables Correspondientes A Mujeres VIH + Con Hijos Posteriores Al Diagnóstico

Diagrama conjunto de puntos de categorías



En esta figura se muestran en dos dimensiones cómo se relacionan las distintas categorías de las preguntas a las que dieron respuesta las mujeres con serología VIH positiva con hijos posteriores al diagnóstico. La primera dimensión se relaciona con Edad, Realización de tratamiento antirretroviral, En la maternidad se busca Acompañamiento y Completud; en la segunda dimensión las preguntas que se relacionan son: Conoce la serología para el VIH de su pareja y Resultado de la serología para los hijos.

Se forman dos grupos: el primero de ellos con mujeres de 20 a 30 años, que no realizan tratamiento antirretroviral, con secundario incompleto y completo, solteras y separadas, que buscan el acompañamiento y no buscan la completud en la maternidad, que tuvieron miedos en relación a la maternidad frente al diagnóstico de la infección; el segundo grupo, se conforma con aquellas mujeres con edades de 30 a 50 años, con estado civil de viudas, casadas o unidas de hecho, que conocen la serología de su pareja y de sus hijos, que buscan la completud en la maternidad, que no tuvieron miedos en relación a la maternidad frente el diagnóstico de la enfermedad y que no realizan tratamiento antirretroviral.

CAPÍTULO 6: RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una vez analizados los cuestionarios, se arribó a varias conclusiones, citando a Videla M.(1997)

“La mujer camina por el mundo observando cada niño que se cruza por sus ojos, espiando dulcemente cada cochecito y depositando, o tal vez buscando en ellos, la imagen de su hijo, construida a lo largo de toda su vida, soñada a solas, lograda en el creativo proceso del amor con su pareja. Cada una construye dentro de si una imagen, que atesora y va cobrando forma, primero en su mente y luego en su vientre”¹¹

Se puede decir que efectivamente dentro de las mujeres a quienes se estudió, cada una de ellas en algún momento de su vida pensó en la maternidad ya sea con deseos, ya sea con miedos, con alegrías, cabe destacar que las mujeres pertenecientes al grupo de mujeres solteras VIH positivo sin hijos, refirieron que no son madres aún, por no tener una pareja con quien compartir esa etapa de la vida.

El objetivo general de esta investigación fue justamente conocer el significado de la maternidad en las mujeres estudiadas, con lo cual se puede concluir considerando que las mujeres seropositivas asocian a la maternidad con el deseo de ser madres y los miedos y temores que en ellas implica serlo. Así en las mujeres que fueron madres antes de conocer el diagnóstico de la infección por el VIH el miedo más recurrente es transmitir la infección del VIH a su/s hijo/s, a éste le sigue el miedo a alteraciones congénitas, mientras que en las mujeres VIH positivo que fueron madres luego se conocer el diagnóstico de la infección el miedo mas recurrente es transmitir la infección a su/s hijo/s, seguido del miedo a alguna complicación durante el embarazo a la que

¹¹ Videla, M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión. p 79

refirieron entre otras con mayor frecuencia a la posibilidad de rotura de la fuente (bolsa).

Por otro lado las mujeres VIH positivo sin hijos consideraron que el mayor miedo es no lograr descifrar el llanto de su/s hijo/s; esto se asocia a su condición de madres primerizas, a éste miedo se le suma la posibilidad de transmitir el VIH junto con las posibles complicaciones durante el embarazo.

En si el miedo mas frecuentes en las mujeres estudiadas es la posibilidad de transmitir la infección por el VIH a su/s hijo/s.

Las mujeres VIH positivas exhiben un ascenso en relación a los miedos frente a la maternidad luego de conocer su serología para el VIH, debido como se planteó más arriba a la posibilidad de transmisión vertical.

Si bien algunas mujeres plantean que tuvieron miedos en relación a la maternidad antes de conocer el diagnóstico, estos miedos se asocian particularmente a su condición de madres primerizas.

Las mujeres estudiadas pertenecientes a los grupos de mujeres que fueron madres, ya sea antes como después de conocer el diagnóstico de su infección, refirieron haber vivido sus embarazos en general con alegría, pero se marca una diferencia en tanto las mujeres que fueron madres luego de saber su serología para el VIH plantearon haber vivido sus embarazos con miedos y temores recurrentes a su condición de infectadas (transmisión vertical)., mientras que las mujeres pertenecientes al otro grupo plantearon experimentar mayor ansiedad.

Un tema importante a considerar es que del grupo de mujeres que tuvieron hijos luego de conocer su diagnóstico, todas realizaron tratamiento antirretroviral para disminuir la transmisión vertical, lo cual lleva a pensar que ese miedo que sentían no las paralizó ante la maternidad sino que las llevó a actuar preventivamente; lo mismo ocurre en relación al amamantamiento (vía por la cual puede transmitirse el VIH), las mujeres

renunciaron la experiencia de amamantar a sus hijos, algunas con angustia y otras con la satisfacción de saber que de esa manera estaban cuidando a su/s hijo/s.

Las mujeres plantearon que la relación con los médicos que las asistieron durante sus embarazos fue muy buena, que siempre se sintieron contenidas y cuidadas, tanto en un sentido físico como subjetivo.

Algunas mujeres a las que se administró el cuestionario esbozaron que necesitan contar con una relación médico-paciente basada en la confianza y contención.

A demás las mujeres que no tienen hijos necesitan para poder tomar la decisión de ser madres, de una relación médico-paciente que pueda brindar el asesoramiento y tranquilidad que requiere tomar dicha decisión, sin dejar de restar importancia a la contención y ayuda que reciba de parte de su familia

Algunas mujeres cuando se les explicaba que los cuestionarios eran parte de una tesis de grado para la carrera de Licenciatura en Psicología, reflexionaban considerando que en muchas oportunidades tenían la necesidad de realizar algún tipo de tratamiento psicológico, ya que en muchas ocasiones se sintieron con mucho apetito de ser escuchadas por Otro que no las juzgue por “esto” (la seropositividad para el VIH) según lo expresaban ellas mismas. Respecto a esto la ética en psicoanálisis propone a cada analista atender a la singularidad, no encuadrando el sufrimiento en clasificaciones nosográficas.

Las mujeres con VIH que deciden seguir su embarazo necesitan cuidados especiales para mejorar las posibilidades de mantener su salud y tener un bebe saludable.

El VIH no avanza más rápidamente en mujeres embarazadas, y las mujeres que pueden conseguir una buena atención prenatal no corren más riesgo de tener un embarazo difícil que cualquier otra mujer.

En el grupo de mujeres VIH positivo sin hijos, se perciben dos subgrupos diferenciados, el primer grupo por aquellas mujeres de 30 a 50 años, solteras, con estudios

universitarios y terciarios completos, cuyas parejas tienen VIH negativos, no buscan la identidad en la maternidad y sin miedos en relación a la maternidad. En el segundo grupo, las mujeres que lo conforman son las que cuentan con edades entre 20 y 30 años, que conviven con su pareja, con secundario completo, cuya pareja tiene serología VIH positiva, que tienen miedo en relación a la maternidad, buscan en la maternidad la identidad y que realizan tratamiento antirretroviral.

Por otro lado el grupo de las mujeres VIH positivo con hijos posteriores al diagnóstico se forman dos subgrupos: el primero de ellos con mujeres de 20 a 30 años, que no realizan tratamiento antirretroviral, con secundario incompleto y completo, solteras y separadas, que buscan el acompañamiento y no buscan la completud en la maternidad, que tuvieron miedos en relación a la maternidad frente al diagnóstico de la infección; el segundo grupo, se conforma con aquellas mujeres con edades de 30 a 50 años, con estado civil de viudas, casadas o conviviendo con su pareja, que conocen la serología de su pareja y de sus hijos, que buscan la completud en la maternidad, que no tuvieron miedos en relación a la maternidad frente el diagnóstico de la enfermedad y que no realizan tratamiento antirretroviral.

Mientras que las mujeres VIH positivo con hijos previos a conocer la serología de la infección, no se distinguen subgrupos, es decir constituyen un grupo homogéneo.

De acuerdo a lo expuesto, se comprueba la viabilidad de la hipótesis:

“Las mujeres VIH positivo presentan un significado de la maternidad, caracterizado por temores, ansiedades y expectativas recurrentes e inherentes a su condición de infectadas”

Se resalta como una futura investigación “FAMILIAS VIH POSITIVO EN SU COTIDIANIDAD”, apuntando al desarrollo de sus vínculos tanto dentro de la familia como por fuera de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Biagini G., Giri B., Grigaitis L., (2008) *Vivencias del proceso de salud-enfermedad-atención del vih/sida: un estudio de casos de mujeres seropositivas embarazadas atendidas en efectores públicos seleccionados.*[Documento WWW] Recuperado:
<http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/downloads/infovih/InformeEmbarazadasSeropositivas.pdf>(5/10/2009)
- Corallo, L. VIH Perinatal: una aproximación epidemiológica a la realidad de mujeres VIH (+) que se asisten en un Hospital Municipal. *Investigación en Salud. - Vol. 6,*
- Da Silva, R., Da Rocha, V., Barbosa Davim, R. , De Vasconcelos Torres G. (2008). *Formas de enfrentar el sida: opinión de madres con niños seropositivos.* [Documento WWW].Recuperado: <http://www.scielo.br> (7/8/2009)
- Gispert C. (1990). *Diccionario de Medicina.* Barcelona: Océano Mosby
- Embarazadas Y Parturientas (2008, Octubre). *Boletín Epidemiológico Municipal de VIH/SIDA.* [Documento WWW]. Recuperado:
<http://www.pmsida.gov.ar/estadisticas/doc/episida08.pdf>(9/11/2009)
- Fundación Huésped, (2009) El deseo de ser madres en mujeres que viven con VIH/SIDA en la provincia de Jujuy: un espacio para ayudar a las mujeres a tomar decisiones reproductivas. *Actualizaciones en SIDA, 17. 28.*
- Fundación Huésped, (2009). Prevención de la transmisión vertical con adolescentes embarazadas. *Actualizaciones en SIDA, 17. 37.*
- Fundación Huésped, (2009). Trayectoria de mujeres infectadas con VIH en maternidades públicas de la ciudad de Buenos Aires *Actualizaciones en SIDA, 17. 82.*

- Inchaurreaga S., Virgala A., Ciliberti A., Martearena C., Celentano A., (1999). *Mujer, Prostitución y Sida. Un estudio Interdisciplinario*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Klimovsky E., Saidon P., Nudelman L., Bignone I. *Declaración de Helsinki sus vicisitudes en los últimos cinco años*. [Documento WWW] Recuperado: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S002576802002000400014&script=sci_arttex .(7/7/2009)
- La prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en las parejas embarazadas (2007, Septiembre). *Informe del Programa Municipal de Sida*. [Documento WWW]. Recuperado: <http://www.pmsida.gov.ar/tvypareja.pdf>. (5/6/2009)
- Lartigue T., Casanova G., Ortiz J., Aranda C. (2004). *Indicadores De Malestar Emocional Y Depresión En Mujeres Embarazadas Con Its-Vih/Sida*. [Documento WWW]. Recuperado: <http://bvssida.insp.mx/articulos/4299.pdf> (02/03/2010)
- Lavarello D. (2005). *Buscar un hijo cuando el VIH está presente*. [Documento WWW]. Recuperado: <http://www.pmsida.gov.ar>. (12/6/2009)
- Ley Nacional de Sida (1991), *Boletín sobre Leyes y Resoluciones* [Documento WWW] Recuperado: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/ley-nacional-de-sida-reglamentaciones.pdf> (7/5/2010)
- Ley Nacional 25.543 (2002) Boletín sobre Leyes y Resoluciones [Documento WWW] Recuperado: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/analisis-para-embarazadas.pdf> (7/5/2010)

- Lupo S. (1995), *Aspectos clínicos de la infección por HIV*. En Inchaurrega, S. (comp.), *El Sida en la cultura, problemáticas a fines del siglo*. Rosario: Homo Sapiens
- Martí C., Guntiñas A., Sanz C., Vegas G., Bates I., Peña J.M., Usandizaga R. (2002). Transmisión vertical del VIH. *Actualidad Obstétrica ginecológica*, 14, 53
- Muñoz Yunta J. (2008). *Encefalopatía por VIH en el niño*. [Documento WWW]. Recuperado: [http://www.aeped.es/protocolos/neurologia.\(5/11/2009\)](http://www.aeped.es/protocolos/neurologia.(5/11/2009))
- Neme J. (1992). *SIDA todo lo que hay que saber*. Mendoza: Zeta.
- Pérez H. (1999), *Sida y Cultura*. En Giorgi A. (comp.), *Cultura y salud, reflexiones en torno a la salud y la enfermedad en el contexto cultural argentino*. Buenos Aires : Biblioteca Nacional.
- Pomiés J. (1994). *Nuestra Sexualidad*. Buenos Aires: Aique
- Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH. (2001, Noviembre) *Boletín de la Unidad Coordinadora Ejecutora De VIH/SIDA/ETS*. [DocumentoWWW] Recuperado:<http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/08-HIV.pdf> (10/10/2009)
- Rojo Agustín, Tufró Lucila, Bruno Daniela (2008), *Mucho más que dos: sistematización de experiencias de prevención de la transmisión madre-hijo del VIH-sida* /. Buenos Aires: Eudeba
- Situación de la epidemia de Sida (2009, Diciembre). *Boletín ONUSIDA*. [Documento WWW] Recuperado:

http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf.

(1/11/2010)

- Situación En Los Efectores Municipales (2008, Octubre). *Boletín Epidemiológico Municipal de VIH/SIDA*. [Documento WWW]. Recuperado: <http://www.pmsida.gov.ar/estadisticas/doc/episida08.pdf>.(1/11/2010)
- Videla, M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

CAPÍTULO 7: ANEXO

1. GLOSARIO

ADN: ácido desoxirribonucleico. Gran molécula de ácido nucleico que se encuentra principalmente en los cromosomas de los núcleos celulares y que es portadora de la información genética de las células vivas. Esta información va codificada en la secuencia de las subunidades nitrogenadas constitutivas de las moléculas de ADN.

Anticuerpo: inmunoglobulina esencial en el sistema inmunitario producida por el tejido linfóide en respuesta a bacterias, virus u otras sustancias antigénicas. Cada tipo de anticuerpo se denomina según su acción.

ARN: ácido nucleico localizado tanto en el núcleo como en el citoplasma celulares, que transmite la información genética del núcleo al citoplasma. En el citoplasma cumple la función de ensamblaje de las proteínas.

Azoospermia: falta de espermatozoide en el semen, puede estar bloqueada por disfunción testicular o por el bloqueo de los túmulos del epidídimo, o también puede inducirse por vasectomía quirúrgica. Se asocia con infertilidad pero no con la impotencia.

Carga Viral: es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales, como por ejemplo ARN viral por milímetros de sangre. Dependiendo de la cantidad de carga viral se puede determinar el estado de la enfermedad, el riesgo de progresión y la efectividad del tratamiento.

Espermograma: análisis de una muestra de esperma, generalmente empleado en el estudio de las causas de esterilidad.

Fertilización In Vitro: unión de los gametas en el interior del cuerpo de la mujer después de la inseminación.

Gonorrea: enfermedad venérea frecuente que suele afectar a las vías genito-urinaria y, de forma ocasional, la faringe, las conjuntivas o el recto. La infección se transmite por contacto con la persona infectada o por secreciones que contiene el microorganismo causal, *neisseria gonorrhoeae*.

Herpes: infección producida por el virus herpes simple, que tiene una gran afinidad por la piel y el sistema nervioso, y ocasiona la aparición de pequeñas ampollas llenas de líquidos de evolución transitoria, a veces dolorosas, que asientan en la piel y en las membranas mucosas.

Infecciones neoplásicas: es el proceso de proliferación anormal (multiplicación abundantemente) de células en un tejido u órgano que desemboca en la formación de un neoplasma. Un neoplasma que forma una masa diferenciada se denomina tumor y puede ser benigno o maligno. Otros neoplasmas pueden no formar tumores, como la neoplasia cervical intra-epitelial y la leucemia. Un neoplasma puede ser benigno, o potencial o claramente maligno. Entre los neoplasmas malignos encontramos muchos tipos de cáncer.

Inmunodepresión: estado anormal del sistema inmunitario por el que la inmunidad celular u la humoral son inadecuados y disminuyen la resistencia a las infecciones.

Lamivudina: fármaco antiviral inhibidor de la retrotranscriptasa.

Mialgia: dolor muscular difuso acompañado generalmente por malestar que aparece en enfermedades infecciosas.

Neumonía por *Pneumocystis Carinii*: inflamación aguda de los pulmones, propia de personas inmunodeprimidas.

Nevirapina: fármaco antirretroviral, inhibidor no nucleocídico de la transcriptasa inversa del VIH-1.

Prueba diagnóstica PCR: (prueba rápida de detección del VIH, lee las proteínas del virus): esta prueba está siendo utilizada para detectar la presencia del virus en la sangre a la semana de haber tenido la persona una supuesta conducta de riesgo. El resultado puede obtenerse a las 48 horas. Se usa en casos de SIDA pediátrico, accidentes laborales y mujeres embarazadas.

Respuesta Inmunológica celular: tipo de respuesta inmunitaria en la que están implicados los linfocitos T; interviene en la resistencia frente a ciertas enfermedades infecciosas producidas por virus y algunas bacterias y a las reacciones de hipersensibilidad tardía, así como en algunos aspectos de la resistencia al cáncer, determinadas enfermedades autoinmunes, rechazo de injertos y algunas alergias.

Respuesta inmunológica humoral: tipo de respuesta inmunitaria mediada por linfocitos B, aparece en respuesta a antígenos bacterianos y tejidos extraños. Depende de anticuerpos circulantes que forman parte de las inmunoglobulinas A, B y M, producidas por las células plasmáticas del sistema retículo endotelial.

Sarcoma de Kaposi: neoplasia maligna y multifocal, de células retículo endoteliales, que comienza como pápulas blandas, parduzcas, o rojizas en los pies y se extiende lentamente por la piel formando metástasis en los ganglios linfáticos y en las viseras, en ocasiones se asocia con la diabetes, linfoma maligno, sida, y otros procesos.

Sífilis: infección venérea producida por la Espiroqueta *Treponema Pallidum* que normalmente se transmite por contacto sexual y se caracteriza por distintos estadios o efectos en un período de años, puede afectarse cualquier órgano o sistema. La Espiroqueta es capaz de atravesar la placenta humana provocando sífilis congénita.

Test Elisa: análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas, técnica de laboratorio que detecta antígenos o anticuerpos específicos utilizando inmunorreactivos marcados con enzimas y un soporte de fijación de fase sólida como un tubo de ensayo. Se emplea en el diagnóstico de la infección del VIH.

Test Western Blot: es una técnica analítica para detectar proteínas específicas en una determinada muestra de tejido homogeneizado o extracto. Es una prueba de confirmación.

Toxicidad Fetal: grado de virulencia de una toxina o sustancia venenosa en el feto.

Zidovudina (AZT): fármaco antirretroviral análogo del nucleocido pirimidina con acción virostática selectiva frente a retrovirus, incluido el VIH. Actúa como sustrato de inhibidores de la transcriptasa inversa, impidiendo la replicación de los virus al bloquear la copias de ARN viral en el ADN del interior de las células infectadas.

Zona Pelúcida: membrana gruesa, transparente, no celular, que encierra el ovulo de los mamíferos. Es producido durante su desarrollo en el ovario y se mantiene casi hasta al momento de la implantación.

2. CUESTIONARIO

El siguiente cuestionario pretende identificar aspectos concernientes a la maternidad en mujeres seropositivas que tuvieron hijos y que no tuvieron hijos.

Es relevante destacar que se trata de un cuestionario anónimo, que las opiniones de las mujeres a las cuales se les administrará son muy importantes y fundamentalmente aclarar que no se emitirán juicios de valor respecto a sus respuestas.

1. Edad:

2. Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Separada
- Unida de hecho

3. Nivel de instrucción

- | | | | | |
|-----------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| • Primario | Completo | <input type="checkbox"/> | Incompleto | <input type="checkbox"/> |
| • Secundario | Completo | <input type="checkbox"/> | Incompleto | <input type="checkbox"/> |
| • Terciario | Completo | <input type="checkbox"/> | Incompleto | <input type="checkbox"/> |
| • Universitario | Completo | <input type="checkbox"/> | Incompleto | <input type="checkbox"/> |

4. Ocupación

- Ocupada
- Desocupada

- Estudiante
- Ama de Casa
- Otros

5. Si tiene pareja conoce si es

- VHI +
- VIH-
- Desconoce

6. Tiempo de Diagnóstico (en meses)

7. Realiza tratamiento antirretroviral actualmente?

- Si
- No

8. Cuanto tiempo hace que comenzó?. (en meses)

9. Tiene hijos

- Si
- No

En caso de que tenga hijos,

10. Tiene hijos previos al diagnóstico del VIH?

- Si
- No

Resultado VHI+

- Cuantos?
- VHI- Desconoce

11. Cuantos hijos tiene posteriores a conocer su diagnóstico?

- Resultado VHI+
- VHI-
- Desconoce

12. En algún momento de su vida, pensó en la maternidad?

- Si
- No

13. Como la pensaste?

- 14. Cree usted que en la maternidad se busca**
- Identidad
 - Acompañamiento
 - Completud
 - Cumplimiento de una exigencia social
 - Otros

15. Tiene/tuvo miedos en relación a la maternidad?

- Si
- No

16. Tiene/tuvo miedos en relación a:

- complicaciones durante el embarazo
- transmisión de la infección por el vih
- el parto
- posibles efectos del tratamiento antirretroviral en el feto
- a alteraciones congénitas

En caso de tener hijos

17. Antes del diagnóstico de la infección por vih, cómo pensaba su maternidad?

- Como un deseo
- como algo posible
- como algo imposible
- como una necesidad
- como una frustración
- Como algo lejano
- Otros

18. Después del diagnóstico de la infección por vih, cómo pensaba su maternidad?

-
- Como un deseo
- como algo posible
- como algo imposible
- como una necesidad
- como una frustración

- Como algo lejano
- Otros

19. Como vivió su/s embarazos? Agregar opciones

- Con expectativas
- Con miedos o temores
- Con ansiedad
- Con alegría
- Con angustia
- Con indiferencia
- Todas

20. Fue/fueron embarazo/s buscado/s?

- Si
- No

21. De que manera?

- Por relaciones sexuales sin protección
- Por fertilización asistida
- Otras

22. Como vivió el no amamantar a su/s bebe/s?

- Con angustia

- Con frustración
- Con paciencia
- Con satisfacción
- Otros

23. . Realizo tratamiento antirretroviral para disminuir la Transmisión vertical?

(en caso de tener hijos posteriores al diagnóstico)

- Si
- No

24. Realizo controles durante el mismo?

- Si
- No

25. Con que profesionales?

Medico

Obstetra

(Ver)

26. Como fue /fueron el/los partos?

- Natural
- Cesárea

27. Se sintió contenida/ apoyada por Los profesionales que la asistieron?

28. En caso de que no, Que hubiese necesitado de ellos?

3. LEY NACIONAL DE SIDA: LEY 23798 de LUCHA CONTRA EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Sancionada en 1990. Reglamentada en 1991, por Decreto 1244/91.

-Declarada de interés nacional –

Art. 1º Declarase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida , entendiéndose portal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnostico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación , incluyendo la de sus patologías derivadas , como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Art.2º Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan , se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- a) Afectar la dignidad de la persona.
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto medico que siempre se interpretaran en forma restrictiva:
- d) Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina;
- e) Individualizar a las personas a través de fichas , registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada .

Art. 3º Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República . La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación , a través de la Subsecretaria de Salud , la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción

estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Art. 4° A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán :

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el artículo 1° gestionando los recursos para su financiación y ejecución .
- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados , nacionales, provinciales o municipales e internacionales.
- c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad
- d) Cumplir con el sistema de información que se establezca.
- e) Promover la concertación de acuerdo internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley.
- f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas .

Art. 5° El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de la propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos y la vigilancia y protección del personal actuante.

Art. 6° Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgos de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección.

Art. 7° Declarase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos para cualquier uso terapéutico. Declarase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

Art. 8° Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador deberán informarle sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Art. 9° Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH.

Art. 10° La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidas por la ley 15465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

Art. 11° Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizadas, con fines estadísticos y epidemiológicos, información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores infectados y enfermos con el virus de VIH, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte. Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicada a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir a este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

Art. 12° La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísimas y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

Art. 13 ° Los actos u omisiones que impliquen trasgresión a las normas de profilaxis de esta ley y a las reglamentaciones que se dicten en consecuencia , serán consideradas faltas administrativas sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

Art. 14° Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente , de acuerdo a la gravedad y o reincidencia de la infracción:

- a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo vital y móvil;
- b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de 1 mes a 5 años;
- c) Clausura total o parcial, temporaria del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio, o cualquier otro local o establecimiento donde actúen las personas que hayan cometido la infracción. Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo. En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el decuplo la sanción aplicada.

Art. 15° A los efectos determinados en este título se considerarán reincidentes a quienes habiendo sido sancionados, incurran en una nueva sanción dentro del término de cuatro años contados desde la fecha que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiere.

Art. 16 ° El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial , Fondo Nacional

de la Salud, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el artículo 1º. El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar, con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Art. 17º Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario, con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Art. 18 º La falta de pago de las multas hará exigible su cobro por ejecución fiscal , constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Art. 19º En cada provincia los procedimientos se ajustaran a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

Art. 20º las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3ero de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y o pedidos de informes , según estime pertinente. A tales fines, su funcionarios autorizados tendrá acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Art. 21° Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4to de la presente ley serán solventados por la Nación, imputados a rentas generales y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Art. 22° El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los 60 días de su promulgación.

Art. 23° Comuníquese, etc. Buenos Aires, 1990.

3.1 REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 23.798 (01.07.91)

Art. 1° - Incorpórase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer la propio.

Art. 2° - incisos a) y b). Para la aplicación de la ley y de la presente Reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley N° 23.054, y de la Ley Antidiscriminatoria N° 23.592.

Inciso c). - Los profesionales médicos. así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halle enferma de SIDA, tiene prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

- 1.- A la Persona infectada o enferma, o a su representante, si se trata de un incapaz.
- 2.- A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de persona infectada o enferma.

3.- A los entes del Sistema Nacional de Sangre, creado por el artículo 18 de la Ley N° 22.990, mencionados en los incisos a), b), c), d), e), f), h) e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7mo., de la Ley N° 21.541.

4.- Al Director de la Institución Hospitalaria, en su caso al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.

5.- A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.

6.- A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, N°19.134. Esta información solo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

7.- Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inciso d). Sin reglamentar.

Inciso e). Se utilizará, exclusivamente, un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un solo dígito serán antepuestos del número cero (0).

Art. 3° - El Ministerio de Salud y Acción Social, procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios. Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al Ministerio de Salud y Acción Social por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las Provincias y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 4° -

Inciso a). - Sin reglamentar.

Inciso b). - Sin reglamentar.

Inciso c). - Sin reglamentar.

Inciso d). - Sin reglamentar.

Inciso e). - Sin reglamentar.

Inciso f). - A los fines de este inciso, créase el Grupo Asesor Científico Técnico, que colaborará con la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida en el marco del artículo 8vo. de; Decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5° - Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el artículo 5° de la Ley N° 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones dicha ley y, en especial lo perceptuado en sus artículos 1°, 6° y 8°. Informarán asimismo, expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los artículos 202 y 203 del Código Penal.

Art. 6° - El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. La asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente.

De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el artículo 8°.

Art. 7° - A los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos.

Serán aplicables al artículo 21 de la Ley N° 22.990 y el artículo 18 del Decreto N° 375 del 21 de marzo de 1989.

Art 8° - La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus VIH. Éste devolverá la copia firmada que

será archivada por el médico tratante como consecuencia del cumplimiento de lo establecido por este artículo.

Se entiende por "profesionales que detecten el virus" a los médicos tratantes.

Art. - 9° - El Ministerio de Salud y Acción Social, determinará los controles mencionados en el artículo 9° de la Ley- El Ministerio del Interior, asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

Art. 10° - La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4°, inciso a) de la Ley N° 15.465, observándose lo prescrito en el artículo 2°, inciso e) de la presente reglamentación.

Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud..y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

Art. 11°. - Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológica a los fines de cumplir la información. Solo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

Art. 12° - El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la Ley. El personal que manipule el material a que alude dicha norma, será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio y se le entregará constancia escrita, de haber sido instruido sobre las normas a aplicar.

Art. 13°. - Sin reglamentar.

Art. 14°. - En el ámbito nacional será autoridad competente el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 15°. - El Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad competente habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a

las autoridades competente de las Provincias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, la información necesaria para mantener actualizado dicho registro.

Art. 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º y 22º. - Sin reglamentar.

3.2 ANALISIS PARA EMBARAZADAS

3.2.1 Ley Nacional 25.543

Artículo 1 - establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada como parte del cuidado normal.

Artículo 2 - Los establecimientos médicos asistenciales públicos, de la seguridad social y de medicina prepaga deberán reconocer la cobertura del test.

Artículo 3 - se requerirá el consentimiento expreso y previamente informado de las embarazadas para realizar el test diagnóstico. Tanto el consentimiento como la negativa deberán figurar por escrito con la firma de la paciente y del médico.

Ley Sancionada el 27/11/2001

Promulgada el 07/01/2002

4. PALABRAS CLAVES

Mujer, Maternidad, Embarazo, VIH/SIDA, Transmisión Vertical, Hijos, Prevención, Tratamiento Antirretroviral, Miedos, Temores, Ansiedades, Expectativas, Deseo.