

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes atendidas en el
Hospital Goyeneche, Arequipa 2025**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Mamani Mamani, Patricia Silvia

ORCID: 0009-0003-3330-0560

Maquera Mamani, Ebelin Solanch

ORCID: 0009-0000-4991-9278

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dra. Del Castillo Solorzano, Noemi

ORCID: 0009-0009-8201-9891

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 13 de Marzo del 2026

Dictamen: 017289-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 017289, presentado por:

2019816202 - MAMANI MAMANI PATRICIA SILVIA

2019834052 - MAQUERA MAMANI EBELIN SOLANCH

Titulado:

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE VIH/SIDA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GOYENCHE, AREQUIPA 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29236916 - VIZCARRA VELASCO CARLOS EMILIO
DICTAMINADOR**



**70927664 - RONDON RODRIGUEZ JOEL GUSTAVO
DICTAMINADOR**



**29707662 - ALVAREZ ANKASS LUIS ALBERTO
DICTAMINADOR**



Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.uladech.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

Submitted to Universidad Católica de Santa María

Trabajo del estudiante

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A Dios, por darme la fuerza cuando sentí que no podía más y por guiar cada paso de este camino.

A mis queridos padres, Efraín y Silvia, por su amor infinito, sus sacrificios silenciosos. Gracias por sostener mis sueños y enseñarme que la perseverancia todo lo alcanza.

A mis amados hermanos, Vanessa y Yordi, por ser mi apoyo constante y mi refugio en los días difíciles. Por cada palabra de ánimo, cada abrazo y cada gesto que me recordó que no estaba sola.

A mi querido tío David, que desde el cielo ilumina mis pasos y vive en cada uno de mis logros. Su recuerdo ha sido mi impulso y mi fortaleza.

Y a mí misma, por no rendirme, por levantarme aun con miedo y seguir adelante.

Patricia Silvia

A Dios y a la Virgen de la Candelaria de Puno por darme la sabiduría y la fortaleza necesaria para culminar esta etapa, por sostenerme en los momentos de cansancio y guiar cada uno de mis pasos.

A mis padres y hermanas, por su amor incondicional, su apoyo constante y por estar siempre a mi lado con palabras de aliento y confianza; por creer en mí incluso cuando yo dudaba y por ser el motor que impulsó cada uno de mis esfuerzos.

A mi tía y mis abuelos que me cuidan desde el cielo, cuya memoria es mi inspiración diaria; y a mis sobrinos, por sus risas sinceras, que iluminaron mis días más difíciles y me recordaron la alegría de seguir adelante.

Finalmente, a mí misma, por la disciplina, resiliencia y determinación que me permitieron no rendirme y convertir este sueño en realidad.

Ebelin Solanch

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiarnos en cada paso de nuestra jornada, brindarnos fortaleza en los tiempos difíciles y posibilitar que terminemos esta fase tan relevante de nuestra formación profesional.

Agradecemos con toda sinceridad al personal del Servicio de Obstetricia del Hospital III Goyeneche por su disposición, apoyo y enseñanzas constantes, así como por abrirnos las puertas con calidez y contribuir significativamente a nuestro aprendizaje académico y humano durante el desarrollo de esta investigación.

De manera muy especial, a nuestra asesora, Noemi del Castillo, por su orientación permanente, paciencia y compromiso genuino con nuestra formación. Gracias por cada corrección, cada consejo y por su acompañamiento constante en todo el proceso de elaboración de esta tesis. Su dedicación, responsabilidad y vocación docente fueron fundamentales para culminar este trabajo.

A nuestros dictaminadores, que nos guiaron en la conclusión de nuestra tesis en esta etapa final de nuestra formación.

A nuestras familias por su cariño, comprensión y apoyo incondicional, por ser nuestra motivación diaria y el soporte que nos impulsó a no rendirnos ante las dificultades.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, nos brindaron su ayuda, palabras de aliento y confianza para hacer posible la realización de nuestra tesis

RESUMEN

Introducción: El VIH/SIDA continúa siendo un problema relevante de salud pública, especialmente en mujeres en edad reproductiva, debido al riesgo de transmisión materno infantil y a las implicancias que tiene para la salud materna y neonatal. En este contexto, el nivel de conocimiento y las actitudes de las gestantes frente al VIH/SIDA desempeñan un rol fundamental en la adopción de conductas preventivas, el diagnóstico oportuno y la adherencia a las estrategias de prevención durante el control prenatal. **Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre el VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el año 2025. **Metodología:** El estudio presentó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y de alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 132 gestantes atendidas durante su control prenatal. Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos estructurados que permitieron evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes frente al VIH/SIDA. **Resultados:** En cuanto al nivel de conocimiento, se encontró que 47.7% de las gestantes presentó un nivel medio, 41.7% un nivel alto y 10.6% un nivel bajo. Respecto a las actitudes, predominó el nivel indiferente con 56.8%, seguido del nivel desfavorable con 26.5%, mientras que 16.7% evidenció actitudes favorables. La comparación realizada mediante la prueba U de Mann-Whitney ($U = 3547$) mostró diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al VIH/SIDA ($p < 0.001$). Esto sugiere que el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA se relaciona significativamente con el tipo de actitud que presentan las gestantes. **Conclusión:** Existe una relación significativa entre el conocimiento y las actitudes sobre el VIH/SIDA en las gestantes atendidas durante el control prenatal, evidenciándose que mayores niveles de conocimiento se asocian con actitudes más favorables hacia la prevención y el manejo de esta infección.

Palabras clave: VIH/SIDA, conocimiento y actitudes, gestantes.

ABSTRACT

Introduction: HIV/AIDS remains a relevant public health problem, especially among women of reproductive age, due to the risk of mother-to-child transmission and its implications for maternal and neonatal health. In this context, the level of knowledge and attitudes of pregnant women toward HIV/AIDS play a fundamental role in the adoption of preventive behaviors, early diagnosis, and adherence to prevention strategies during prenatal care. **Objective:** To determine the relationship between knowledge and attitudes toward HIV/AIDS among pregnant women attending the Hospital Goyeneche in Arequipa during 2025. **Methodology:** The study adopted a quantitative approach with a non-experimental, cross-sectional, and correlational design. The sample consisted of 132 pregnant women receiving prenatal care. Data were collected using structured instruments to assess the level of knowledge and attitudes toward HIV/AIDS. **Results:** Regarding the level of knowledge, 47.7% of the pregnant women showed a medium level, 41.7% a high level, and 10.6% a low level. Concerning attitudes, the indifferent level predominated at 56.8%, followed by the unfavorable level at 26.5%, while 16.7% demonstrated favorable attitudes. The comparison performed using the Mann–Whitney U test ($U = 3547$) showed statistically significant differences between the level of knowledge and attitudes toward HIV/AIDS ($p < 0.001$). This suggests that the level of knowledge about HIV/AIDS is significantly related to the type of attitude exhibited by the pregnant women. **Conclusion:** There is a significant relationship between knowledge and attitudes toward HIV/AIDS among pregnant women attending prenatal care, showing that higher levels of knowledge are associated with more favorable attitudes toward the prevention and management of this infection.

Keywords: HIV/AIDS, knowledge and attitudes, pregnant women.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 2

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 3

1.1. Determinación del problema 3

1.2. Enunciado del problema 3

1.3. Descripción del problema 4

1.3.1. Área de conocimiento..... 4

1.3.2. Operacionalización de variables 4

1.4. Justificación 5

2. Objetivos 6

2.1. Objetivo general..... 6

2.1.1. Objetivos específicos..... 6

3. Marco teórico 7

3.1. Bases conceptuales del VIH/SIDA 7

3.1.1. Definición y clasificación del VIH 7

3.1.2. Estructura viral y características biológicas..... 8

3.1.3. Fases de la infección por VIH 8

3.1.4. Definición clínica de SIDA 9

3.1.5. Historia natural de la enfermedad..... 9

3.1.6. Panorama epidemiológico mundial y regional 10

3.1.7. VIH como problema de salud pública 11

3.2.	VIH en la mujer en edad reproductiva	12
3.2.1.	Vulnerabilidad biológica y social de la mujer frente al VIH.....	12
3.2.2.	Factores de riesgo en mujeres en edad fértil.....	13
3.2.3.	Impacto del VIH en la salud sexual y reproductiva.....	13
3.2.4.	Acceso a diagnóstico y tratamiento en mujeres.....	14
3.2.5.	Implicancias psicosociales del VIH en la mujer	15
3.2.6.	VIH durante la gestación	15
3.2.7.	Epidemiología del VIH en gestantes	15
3.2.8.	Riesgo de transmisión materno-fetal	16
3.3.	Órgano y sistema afectado: Sistema inmunológico	16
3.3.1.	Adaptaciones inmunológicas en el embarazo.....	17
3.3.2.	Mecanismo de acción del VIH sobre células CD4+	17
3.3.3.	Alteraciones inmunológicas maternas por VIH.....	18
3.3.4.	Repercusiones inmunológicas en el feto y recién nacido	19
3.4.	Manifestaciones clínicas del compromiso inmunológico en gestantes con VIH.....	20
3.4.1.	Cambios inmunológicos fisiológicos del embarazo	20
3.4.2.	Interacción entre inmunotolerancia gestacional y VIH	21
3.4.3.	Infecciones oportunistas en gestantes con VIH	21
3.4.4.	Complicaciones obstétricas asociadas al VIH	22
3.4.5.	Impacto del deterioro inmunológico en la salud materna.....	23
3.4.6.	Repercusiones clínicas en el feto y recién nacido	24
3.4.7.	Pronóstico materno-fetal según estado inmunológico	25
3.5.	Diagnóstico y manejo del VIH en el embarazo	26
3.5.1.	Tamizaje prenatal	26
3.5.2.	Tratamiento antirretroviral en gestantes	27
3.5.3.	Prevención de transmisión vertical.....	27

3.6.	Conocimientos sobre VIH/SIDA en gestantes	28
3.6.1.	Conceptualización del conocimiento en salud.....	28
3.6.2.	Factores asociados al nivel de conocimiento	29
3.7.	Actitudes frente al VIH/SIDA en gestantes	29
3.7.1.	Concepto de actitud	30
3.7.2.	Estigma y percepción social	31
3.8.	Relación entre conocimientos, actitudes y prevención del daño inmunológico materno-fetal.....	32
3.8.1.	Modelo teórico de conocimientos, actitudes y prácticas en salud	33
3.8.2.	Modelo cognitivo-conductual aplicado a la prevención del VIH en gestantes ..	34
3.8.3.	Influencia del conocimiento en la conducta preventiva.....	35
3.8.4.	Actitudes maternas y adherencia al tratamiento antirretroviral	36
3.8.5.	Rol de la percepción de riesgo en la prevención del VIH	37
3.8.6.	Relación entre educación sanitaria y protección inmunológica.....	38
3.8.7.	Conductas maternas asociadas a la reducción de transmisión vertical	38
3.8.8.	Impacto del empoderamiento materno en resultados materno-fetales	39
4.	Revisión de antecedentes investigativos.....	40
4.1.	Internacionales.....	40
4.2.	Nacionales	41
4.3.	Locales.....	42
5.	Hipótesis.....	43
5.1.	Hipótesis alternativa	43
5.2.	Hipótesis nula.....	43
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		44
1.	TECNICAS INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	45
1.1.	Técnicas	45

1.2. Instrumentos	45
1.3. Materiales de verificación.....	46
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	46
2.1. Ámbito.....	46
2.2. Unidades de estudio	46
2.2.1. Población.....	46
2.3. Tamaño de muestra.....	46
2.4. Muestreo	46
2.5. Criterios de selección.....	47
2.5.1. Criterios de inclusión	47
2.5.2. Criterios de exclusión.....	47
2.6. Temporalidad.....	47
3. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.....	47
3.1. Organización.....	47
4. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	48
5. RECURSOS.....	48
5.1. Humanos.....	48
5.2. Materiales	48
5.3. Financieros.....	48
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
CAPÍTULO III RESULTADOS	50
DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	4
Tabla 2 Recursos financieros.....	48
Tabla 3 Comparación entre el conocimiento y las actitudes sobre el VIH/SIDA en gestantes	51
Tabla 4 Características sociodemográficas de la muestra	52
Tabla 5 Conocimiento sobre VIH/SIDA en gestantes	53
Tabla 6 Actitud frente al VIH/SIDA en gestantes.....	54
Tabla 7 Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según la edad en gestantes	55
Tabla 8 Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el nivel de estudios en gestantes	56
Tabla 9 Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según la religión en gestantes.....	57
Tabla 10 Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según la ocupación en gestantes.....	58
Tabla 11 Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el estado civil en gestantes.....	59
Tabla 12 Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según la edad en gestantes	60
Tabla 13 Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según el nivel de estudios en gestantes	61
Tabla 14 Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según la religión en gestantes.....	62
Tabla 15 Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según la ocupación en gestantes.....	63
Tabla 16 Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según el estado civil en gestantes.....	64

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Instrumentos.....	83
Anexo 2 Consentimiento informado.....	89
Anexo 3 Dictamen del Comité de Ética	90
Anexo 4 Autorización del Hospital.....	92



INTRODUCCIÓN

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa representando un importante problema de salud pública a nivel mundial, especialmente en poblaciones vulnerables como las mujeres gestantes, debido al riesgo de transmisión vertical durante el embarazo, el parto y la lactancia. A pesar de los avances en el diagnóstico temprano y en el acceso al tratamiento antirretroviral, la persistencia de brechas en el conocimiento y la presencia de actitudes inadecuadas frente a la enfermedad siguen constituyendo obstáculos significativos para el control efectivo de la infección (1).

En este contexto, el nivel de información que poseen las gestantes y la forma en que perciben el VIH/SIDA influyen de manera directa en la adopción de conductas preventivas, en la aceptación de las pruebas diagnósticas y en la adherencia a las recomendaciones sanitarias. Se han descrito barreras actitudinales y sociales que interfieren con la búsqueda oportuna de atención y con la participación en el control prenatal, destacándose la estigmatización hacia las personas con VIH, el temor a reacciones negativas de la pareja/familia y la percepción de desaprobación, factores que reducen la aceptación del tamizaje y la continuidad de las acciones preventivas durante el embarazo (2).

Es por ello que resulta fundamental analizar la relación existente entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente al VIH/SIDA en gestantes, considerando que ambos factores influyen de manera directa en la prevención de la transmisión vertical y en la protección de la salud materno-infantil. La presente investigación se orienta a contribuir con evidencia científica que permita identificar brechas informativas y actitudinales en las gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, generando información útil para el diseño de intervenciones educativas, programas de consejería y estrategias de promoción de la salud que fortalezcan la prevención del VIH durante el embarazo.

En ese sentido; el objetivo del estudio es determinar la relación entre relación entre el conocimiento y las actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes del hospital Goyeneche en Arequipa-2025; asimismo, la metodología empleada corresponde a un enfoque cuantitativo, de tipo básica, correlacional con diseño prospectivo.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

En gestantes, el conocimiento sobre VIH/SIDA puede conceptualizarse como el grado de información y comprensión que posee la mujer respecto a aspectos clave de la infección y su prevención (por ejemplo, formas de transmisión, incluida la transmisión vertical, y medidas preventivas). Por otro lado, las actitudes sobre VIH/SIDA pueden entenderse como la posición valorativa (favorable o desfavorable) que adopta la gestante frente a acciones preventivas vinculadas al VIH, como la importancia de la prueba durante el embarazo, el seguimiento del control prenatal y las medidas de prevención de la transmisión vertical (3).

En Arequipa, la evidencia disponible sobre conocimientos y actitudes vinculados al VIH/SIDA en gestantes sigue siendo limitada; no obstante, los hallazgos existentes muestran implicancias directas para la prevención en salud sexual y reproductiva. En ese sentido, una tesis desarrollada en el Hospital Goyeneche en gestantes adolescentes reportó que, aunque predominó un nivel medio-alto de conocimientos sobre sexualidad, ITS/VIH/SIDA y métodos anticonceptivos, la asociación entre conocimientos y actitudes alcanzó únicamente una magnitud moderada. Este resultado sugiere que disponer de información no garantiza, por sí sola, la adopción de actitudes plenamente coherentes con la prevención; por ello, se vuelve necesario fortalecer la consejería y la educación sanitaria durante el control prenatal con estrategias que, además de informar, trabajen componentes actitudinales y habilidades para el autocuidado (4).

Sin embargo, resultan insuficientes los estudios recientes a nivel local que evalúen de manera específica y cuantitativa la relación entre conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes de la región, lo que dificulta, en consecuencia, el diseño de intervenciones educativas ajustadas a la realidad de los servicios prenatales en Arequipa.

1.2. Enunciado del problema

Determinar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes del hospital Goyeneche en Arequipa-2025.

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área de conocimiento

- **Área general:** Ciencias de la salud.
- **Área específica:** Medicina Humana.
- **Especialidad:** Microbiología
- **Línea:** Educación en salud

1.3.2. Operacionalización de variables

Tabla 1
Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	TIPO	CATEGORÍAS	ESCALA	METODOLOGÍA
Conocimientos sobre VIH/ SIDA	Es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos que tienen las gestantes del VIH-SIDA (9).	Conocimiento en General. Síntomas Vías de Transmisión Tratamiento Prevención	Variable independiente	Bajo: 0-8 Medio: 9-13 Alto: 14-17	Cualitativa Ordinal	
Actitudes sobre VIH/ SIDA	Las actitudes son disposiciones cognitivo-afectivas estables que orientan respuestas favorables o desfavorables ante el VIH/SIDA (10).	Responsabilidad Prevención	Variable dependiente	Desfavorable: 0-2 Indiferente: 3 Favorable: 4-5	Cualitativa Ordinal	Enfoque: Cuantitativo Tipo: Básica Nivel: Correlacional Diseño: Prospectivo
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la gestante, expresado en años.	Edad cronológica	Variable interviniente	25-35 36-46 47 a más	Cualitativa ordinal	Instrumentos de recolección: Cuestionario sobre Conocimientos y Actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes.
Nivel de estudios	Máximo nivel educativo alcanzado por la gestante.	Escolaridad alcanzada	Variable interviniente	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Ordinal	
Religión	Afiliación o identificación religiosa declarada por la gestante.	Afiliación religiosa	Variable interviniente	Católica Evangélico Otros	Cualitativa Nominal	

Ocupación	Actividad principal que realiza la gestante	Actividad laboral principal	Variable interviniente	Ama de casa Trabajadora Dependiente Trabajo Independiente	Cualitativa Nominal
Estado civil	Situación conyugal actual de la gestante	Situación conyugal	Variable interviniente	Casada Soltera Conviviente Divorciada Viuda	Cualitativa Nominal

***Elaboración propia.**

1.4. Justificación

Desde el ámbito social, el VIH/SIDA continúa siendo un problema de salud pública relevante para las mujeres en edad reproductiva y, en particular, para las gestantes, debido a que, en ausencia de intervenciones, la transmisión vertical puede fluctuar entre 15% y 45% durante el embarazo, el parto o la lactancia en gestantes con infección por VIH. La persistencia de desinformación sobre las formas de transmisión y prevención del VIH, junto con actitudes indiferentes o desfavorables influenciadas por el estigma y el temor, puede dificultar la aceptación del tamizaje prenatal, la vinculación oportuna a consejería y el inicio y adherencia a medidas preventivas, reduciendo la efectividad de las intervenciones para prevenir la transmisión vertical (5).

Por lo tanto, conocer cómo se relacionan los niveles de conocimiento y las actitudes frente al VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa permitirá identificar necesidades de información y patrones actitudinales que orienten campañas preventivas y actividades de consejería prenatal más focalizadas. De este modo, se contribuye al fortalecimiento de las acciones de prevención dirigidas a todas las gestantes durante el embarazo (6).

Son escasos los trabajos recientes que analizan específicamente la relación entre ambas variables en mujeres embarazadas; además que a nivel local se dispone de escasa información con tal solo un estudio que explora variables similares (4).

Desde el ámbito académico, la investigación aporta información estadística sobre la relación entre dos variables claves en salud pública, conocimientos y actitudes, frente al VIH/SIDA en gestantes durante el control prenatal de un hospital, para identificar brechas concretas, según las dimensiones de dichas variables. En base a estos hallazgos, se propondrán recomendaciones para reforzar los contenidos de consejería del control

prenatal (por ejemplo, transmisión vertical, medidas preventivas y reducción del estigma) y orientar actividades de capacitación del personal de salud en los aspectos donde se evidencien mayores vacíos, contribuyendo así al fortalecimiento de las estrategias de prevención y promoción de la salud materna.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes del hospital Goyeneche en Arequipa 2025.

2.1.1. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa-2025.
- Establecer el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa-2025.
- Identificar el nivel de actitudes respecto al VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa-2025.
- Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA con las características sociodemográficas en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa-2025
- Determinar la asociación entre el nivel de actitudes sobre VIH/SIDA con las características sociodemográficas en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa-2025

3. Marco teórico

3.1. Bases conceptuales del VIH/SIDA

3.1.1. Definición y clasificación del VIH

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) consiste en un retrovirus perteneciente a la familia *Retroviridae* y al género *Lentivirus*, el cual se caracteriza por su capacidad de infectar células del sistema inmunológico humano, cuyo principal blanco son los linfocitos T CD4; aunque también podría llegar a corromper macrófagos y células dendríticas. De igual manera, la particularidad del VIH nace de su capacidad de integrar su material genético al ADN de la célula huésped, instaurando una infección crónica de evolución progresiva, la cual, siendo permanente complica aún más la erradicación completa del virus y explicando la necesidad de tratamiento antirretroviral continuo (7).

Desde el punto de vista virológico, el VIH se clasifica en dos tipos principales: VIH-1 y VIH-2; el primero es responsable de la mayoría de las infecciones a nivel mundial por lo cual presenta una mayor capacidad de transmisión y progresión hacia inmunodeficiencia; mientras que el VIH-2, radica principalmente en África occidental, asociándose a una evolución más lenta de la enfermedad. Por otro lado, el VIH-1 se subdivide en grupos (M, N, O y P), siendo el grupo M el de mayor distribución global, con múltiples subtipos genéticos que presentan variabilidad regional. La clasificación del VIH también puede ser explicada partiendo de una perspectiva clínica y epidemiológica, que distingue entre etapas de infección aguda, infección crónica y síndrome de inmunodeficiencia adquirida; además, permite la comprensión de cómo evoluciona progresivamente la enfermedad, orientando las estrategias diagnósticas, terapéuticas y preventivas. En el contexto de salud pública, reconocer la diversidad genética y clínica del virus resulta fundamental para el diseño de programas de vigilancia, diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz (8).

3.1.2. Estructura viral y características biológicas

El VIH se trata de un virus que, al poseer una envoltura, cuyo material genético está formado por dos cadenas de ARN iguales; la estructura de esta incluye una cápside proteica que alberga enzimas necesarias para su replicación, como la integrasa, la transcriptasa inversa y la proteasa. Por otro lado, la envoltura del virus cuenta con glicoproteínas en la superficie, sobre todo gp120 y gp41, que hacen posible que el virus se una a los receptores CD4 y a las co-receptores CCR5 o CXCR4 de las células hospedadoras, la cual, además, facilita la entrada del virus a la célula, determinado así su tropismo por células inmunológicas específicas. Desde el punto de vista biológico, el VIH, debido a la baja fidelidad de la transcriptasa inversa durante el proceso de replicación del genoma viral, posee una alta tasa de mutación, cuya diversidad genética contribuye a que se desarrolle la resistencia a los medicamentos antirretrovirales y a que se evada la reacción inmunitaria del hospedador. Asimismo, el virus en cuestión podría persistir en reservorios celulares inactivos, dificultando su erradicación completa, considerando que tales características biológicas hacen del VIH un patógeno persistente y de manejo clínico complejo (9).

3.1.3. Fases de la infección por VIH

La primera fase corresponde a la infección aguda, la cual acontece pocas semanas después de la exposición al virus; es en este periodo, cuando el VIH se replicará rápidamente, generando una elevada carga viral en sangre. Aunque a menudo es inapercibido, clínicamente puede aparecer como un síndrome pseudogripal que incluye fiebre, adenopatías y malestar general; a pesar de la brevedad de esta fase, es muy infecciosa y fundamental para la propagación del virus. Sin perjuicio de ello, se establece la fase de infección crónica o fase de latencia clínica; a través de ella, el virus continúa replicándose a niveles bajos y progresivamente disminuye el número de linfocitos CD4+. Asimismo, el paciente suele permanecer asintomático durante años, considerando el deterioro inmunológico avanza de manera silenciosa, ya que la duración de esta fase varía según factores individuales y acceso al tratamiento antirretroviral (10).

A medida que disminuye significativamente el conteo de linfocitos CD4+, se inicia una fase sintomática, que se encuentra caracterizada por infecciones recurrentes, pérdida de peso, fatiga y manifestaciones clínicas asociadas a inmunodeficiencia.

Esta etapa representa un punto crítico, ya que el sistema inmunológico pierde capacidad de respuesta frente a agentes patógenos comunes. Finalmente, cuando el conteo de CD4+ desciende por debajo de niveles críticos o aparecen infecciones oportunistas y neoplasias definatorias, se establece el diagnóstico de SIDA; en esta fase, el deterioro inmunológico aumenta su nivel de complejidad, limitando la supervivencia sin tratamiento. Entonces, podemos definir que la identificación temprana de estas fases permite una intervención terapéutica oportuna y mejora el pronóstico del paciente (11).

3.1.4. Definición clínica de SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) consiste en la etapa avanzada de la infección por VIH, caracterizada por un compromiso severo del sistema inmunológico, ya que clínicamente, se define por la presencia de infecciones oportunistas, neoplasias asociadas o un conteo de linfocitos CD4+ inferior a 200 células/mm³, la cual permite estandarizar el diagnóstico y establecer criterios para el inicio y seguimiento del tratamiento. En cambio, las infecciones oportunistas más frecuentes incluyen tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, candidiasis esofágica y toxoplasmosis cerebral; asimismo, pueden presentarse neoplasias como sarcoma de Kaposi y linfomas no Hodgkin. Dichas patologías reflejan la incapacidad del sistema inmunológico para controlar microorganismos y células anómalas. En la actualidad, gracias a la terapia antirretroviral, el SIDA ha dejado de ser una condición necesariamente mortal para convertirse en una enfermedad crónica controlable; no obstante, el diagnóstico tardío y la falta de acceso a tratamiento continúan siendo factores determinantes de mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables (12).

3.1.5. Historia natural de la enfermedad

La historia natural de la infección por VIH comienza con la exposición al virus a través de relaciones sexuales sin protección, transfusión de sangre contaminada o transmisión vertical de madre a hijo. Después de entrar en el organismo, el virus se propaga velozmente a través de la sangre y del sistema linfático, infectando las células inmunológicas y estableciendo reservorios virales en los tejidos linfoides. En este primer momento, el sistema inmunológico produce una respuesta parcial que reduce temporalmente la carga viral; sin embargo, no consigue eliminar la infección y permite que el virus permanezca en estado latente. En consecuencia, se desarrolla

una fase de infección crónica asintomática, durante la cual el VIH continúa replicándose a bajos niveles mientras destruye progresivamente los linfocitos T CD4+; a pesar de que el individuo podría no presentar síntomas clínicos durante años, el deterioro inmunológico avanza de manera constante. Tal que, la duración de esta etapa varía según factores genéticos, estado inmunológico basal, coinfecciones y acceso oportuno a tratamiento antirretroviral (13).

Cuando las células CD4+ se reducen de manera continua, la capacidad del cuerpo para responder a microorganismos comunes disminuye, propiciando el surgimiento de infecciones frecuentes, cansancio crónico, pérdida de peso y síntomas clínicos no específicos; esta fase sintomática también representa una etapa de cambio significativa en la progresión de la enfermedad, pues muestra un compromiso inmunológico relevante. Sin tratamiento, la infección avanza al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), una fase marcada por alteraciones en el estado de salud, neoplasias relacionadas y graves infecciones oportunistas (14).

La mortalidad en esta fase, de esta manera, se eleva aún más, debido a la imposibilidad del cuerpo de controlar los patógenos y los procesos malignos. La historia natural del VIH ha cambiado gracias a la implementación de la terapia antirretroviral, que hace posible detener la replicación del virus, mantener la función inmunológica y prevenir el avance hacia el SIDA; a pesar de ello, la persistencia de reservorios virales latentes impide la erradicación definitiva del virus, por lo que el tratamiento debe mantenerse de manera continua y supervisada (15).

3.1.6. Panorama epidemiológico mundial y regional

A nivel mundial, el VIH continúa siendo una de las principales infecciones crónicas de relevancia sanitaria: millones de pacientes conviven con el virus, con una mayor concentración de casos en regiones de África subsahariana, donde persisten limitaciones en acceso a diagnóstico temprano y tratamiento antirretroviral. En tanto, la transmisión sexual continúa siendo la vía predominante, en especial cuando se trata de poblaciones jóvenes y mujeres en edad reproductiva, incrementando el riesgo de transmisión vertical durante la gestación. En América Latina, la epidemia presenta un patrón concentrado en poblaciones clave; no obstante, en las recientes décadas, se ha notado un aumento constante de casos en mujeres, lo cual está relacionado con desigualdades de género, restricciones en la educación sobre

sexualidad y obstáculos para acceder a servicios sanitarios. Aunque ha habido progresos en la cobertura del tratamiento antirretroviral, aún existen vacíos en el diagnóstico a tiempo y la continuidad de la terapia (16).

En el contexto regional, la infección por VIH en gestantes constituye una preocupación prioritaria debido al riesgo de transmisión materno-fetal. En tanto, los programas de tamizaje prenatal han logrado disminuir significativamente la transmisión vertical en países que garantizan diagnóstico universal y tratamiento inmediato; no obstante, aún existen áreas con baja cobertura de control prenatal y dificultades en adherencia terapéutica (17).

En el Perú, el VIH es una enfermedad de notificación obligatoria, con mayor concentración de casos en zonas urbanas y poblaciones vulnerables. El Estado garantiza el acceso gratuito a tratamiento antirretroviral y pruebas diagnósticas; pero aún permanecen vigentes los desafíos relacionados con estigma, desconocimiento de la enfermedad y diagnóstico tardío. De tal forma, se requieren de condiciones fortalecedoras de estrategias en educación sanitaria, prevención y acompañamiento integral, sobretodo cuando se trata de mujeres gestantes (18).

3.1.7. VIH como problema de salud pública

El VIH constituye un problema prioritario de salud pública debido a su impacto sostenido en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de la población. En primer lugar, su carácter crónico exige tratamiento permanente, seguimiento médico continuo y recursos sanitarios sostenidos, representando una carga significativa para los sistemas de salud con mayor énfasis en países con limitaciones económicas. Además, la infección afecta principalmente a personas en edad productiva, generando repercusiones sociales y económicas a nivel familiar y comunitario (19).

El abordaje del VIH trasciende el ámbito clínico, puesto que se encuentra estrechamente vinculado a determinantes sociales como pobreza, desigualdad de género, educación sexual insuficiente y estigmatización; condiciones que dificultan el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento, perpetuando la cadena de transmisión. Por ello, el control del VIH requiere estrategias integrales que incluyan educación en salud, prevención sostenida, detección temprana, tratamiento universal y reducción del estigma social, especialmente en poblaciones vulnerables como las mujeres gestantes (20).

3.2. VIH en la mujer en edad reproductiva

El VIH en mujeres en edad reproductiva es una cuestión de salud de gran importancia, no solo por sus repercusiones clínicas a nivel individual, sino también porque afecta la salud materno-infantil y la dinámica familiar y social. Al respecto, un grupo de personas especialmente susceptible es el de las mujeres que se encuentran entre la adolescencia y la adultez temprana, debido a que en esta etapa convergen factores hormonales, biológicos, reproductivos y socioculturales las cuales aumentan el peligro de contraer el virus. Asimismo, la feminización gradual de la epidemia en varias zonas ha demostrado que es necesario enfrentar el VIH desde un enfoque de género, incorporando estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento adaptadas a las necesidades específicas de la mujer (21).

3.2.1. Vulnerabilidad biológica y social de la mujer frente al VIH

Desde el punto de vista biológico, la mujer presenta una mayor susceptibilidad a la infección por VIH durante las relaciones sexuales debido a la anatomía del tracto genital femenino y a la mayor superficie mucosa expuesta al virus. Por ejemplo, ciertas microlesiones vaginales, infecciones de transmisión sexual concomitantes y otras modificaciones hormonales vinculadas al ciclo menstrual podrían repercutir en la entrada del virus al organismo; lamentablemente esta vulnerabilidad se ve intensificada en adolescentes y mujeres jóvenes, cuyo epitelio cervical presenta mayor inmadurez y menor protección inmunológica local. En el ámbito social, la desigualdad de género, la dependencia económica, la limitada capacidad de negociación del uso de preservativos y la exposición a violencia sexual o de pareja aumentan el riesgo de infección. Ante ello se añaden diversas barreras educativas y culturales que restringen el acceso a información veraz sobre salud sexual y reproductiva; cuyas condiciones generan un entorno donde la mujer enfrenta mayor riesgo de contraer VIH y menor capacidad de protegerse frente a la infección (22).

3.2.2. Factores de riesgo en mujeres en edad fértil

Entre los principales factores de riesgo destacan las relaciones sexuales sin protección, el inicio precoz de la vida sexual y la multiplicidad de parejas sexuales sin medidas preventivas adecuadas. Aunado a ello, la falta de educación sexual integral y la escasa o ineficiente percepción de riesgo favorecen conductas que incrementan la probabilidad de exposición al virus; asimismo, en pluralidad de contextos, la mujer no tiene autonomía suficiente para exigir el uso de preservativos, agravando la vulnerabilidad (23).

Otro factor relevante es la coexistencia de infecciones de transmisión sexual, como sífilis, herpes genital o vaginosis bacteriana, que alteran la integridad de las mucosas y facilitan la entrada del VIH. Por cuanto, el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas puede asociarse a conductas sexuales de riesgo y disminución de la capacidad de toma de decisiones preventivas. Por último, es necesario mencionar las condiciones socioeconómicas desfavorables, migración, trabajo informal y limitada cobertura de servicios de salud que dificultan el acceso a programas de prevención y diagnóstico temprano. La combinación de estos factores crea un escenario propicio para la adquisición del VIH en mujeres en edad reproductiva, especialmente en entornos con escasa protección social (24).

3.2.3. Impacto del VIH en la salud sexual y reproductiva

El VIH repercute directamente en la salud sexual de la mujer, afectando la frecuencia de infecciones ginecológicas recurrentes, enfermedad inflamatoria pélvica y lesiones cervicales asociadas al virus del papiloma humano. Dichas condiciones no solo deterioran la calidad de vida, sino que también incrementan el riesgo de complicaciones reproductivas a mediano y largo plazo. Por otro lado, en cuanto al ámbito reproductivo, el diagnóstico de VIH podría generar incertidumbre respecto al deseo de maternidad, planificación familiar y seguridad del embarazo. Siendo que, muchas mujeres experimentan temor a la transmisión vertical, al rechazo social o a no contar con condiciones adecuadas para la crianza, lo que influye en sus decisiones reproductivas; por lo cual debe considerarse que la falta de asesoría integral en salud sexual y reproductiva también agrava estas dificultades (25).

El VIH, a su vez, genera afectaciones a la fertilidad, ya sea por infecciones ginecológicas asociadas, coinfecciones o efectos secundarios de algunos tratamientos; en contextos de diagnóstico tardío, el deterioro inmunológico puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, comprometiendo la salud materna y fetal. A pesar de estos desafíos, los avances en terapia antirretroviral han permitido que las mujeres con VIH puedan llevar embarazos seguros y planificados, con bajo riesgo de transmisión al recién nacido. Sin embargo, lograr estos resultados depende del acceso oportuno a diagnóstico, tratamiento continuo y acompañamiento especializado (26).

3.2.4. Acceso a diagnóstico y tratamiento en mujeres

Es crucial detectar precozmente el VIH en mujeres de edad reproductiva para comenzar a tratarlo a tiempo y evitar problemas. Gracias al tamizaje y las pruebas rápidas en servicios de salud reproductiva y sexual se ha simplificado la identificación de esta enfermedad, pero aún existen obstáculos vinculados con el temor al estigma, la falta de información y la escasa oferta de servicios en áreas periurbanas o rurales. En muchos países, el acceso a los tratamientos antirretrovirales ha mejorado de manera significativa, lo que posibilita que las mujeres con VIH mantengan cargas víricas indetectables y conserven su función inmunológica. A pesar de ello, la continuidad terapéutica podría verse involucrada por factores económicos, distancia geográfica, horarios incompatibles con responsabilidades familiares y falta de redes de apoyo. Cabe mencionar, algunas mujeres enfrentan discriminación en los servicios de salud, lo que genera desconfianza y reduce la adherencia a controles médicos; por lo tanto, garantizar atención integral, confidencial y libre de estigmas es esencial para fortalecer el vínculo con los servicios sanitarios y asegurar resultados favorables en salud (27).

3.2.5. Implicancias psicosociales del VIH en la mujer

El diagnóstico de VIH en la mujer suele generar impacto emocional significativo, expresado en ansiedad, miedo, culpa y temor al rechazo social o familiar; en tanto, la preocupación por el futuro, la maternidad y la estabilidad de pareja puede desencadenar cuadros depresivos que afectan la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. En muchos contextos, la mujer con VIH enfrenta discriminación laboral, social y comunitaria, lo que limita sus oportunidades de desarrollo y refuerza el aislamiento. Siendo que, la ausencia de redes de apoyo y la carga de roles familiares incrementan el estrés psicológico, especialmente en mujeres que asumen solas la crianza de sus hijos, debiendo abordarse e integrarse no solo la atención médica, igualmente, continuarse mediante el acompañamiento psicológico y social paralelamente (28).

3.2.6. VIH durante la gestación

La infección por VIH durante la gestación también representa un desafío clínico y de salud pública, debido al riesgo de transmisión materno-fetal y al impacto que el virus puede generar sobre la salud de la madre y del feto; ya que el embarazo implica adaptaciones inmunológicas fisiológicas que permiten la tolerancia fetal, que también modifican la respuesta frente a infecciones virales. En tal contexto, la detección temprana del VIH en gestantes, el inicio oportuno de terapia antirretroviral y el seguimiento prenatal especializado son pilares fundamentales para garantizar un embarazo seguro y reducir la transmisión vertical (29).

3.2.7. Epidemiología del VIH en gestantes

A nivel mundial, la prevalencia de VIH en gestantes varía según región y contexto socioeconómico, con mayores tasas en África subsahariana. Asimismo, la feminización de la epidemia ha incrementado el número de mujeres en edad reproductiva que viven con VIH priorizando a la prevención de la transmisión materno-fetal en una prioridad sanitaria internacional (30).

A nivel mundial, la infección por VIH en mujeres en edad reproductiva presenta marcadas diferencias por región, con una carga desproporcionada en África subsahariana; de hecho, en 2024 las mujeres y niñas representaron el 45% de las nuevas infecciones a nivel global y el 63% de las nuevas infecciones en África

subsahariana, lo que sustenta la prioridad de la prevención de la transmisión vertical como componente estratégico de salud pública (31).

En América Latina y el Caribe, la respuesta sanitaria se articula principalmente a través del control prenatal con tamizaje y tratamiento oportuno; sin embargo, persisten brechas en cobertura, evidenciándose que la tamización prenatal para VIH alcanzó 80% en 2019 y disminuyó a 68% en 2021, además de reportarse descensos en la cobertura de antirretrovirales en gestantes que viven con VIH, lo que incrementa el riesgo de diagnóstico tardío y limita oportunidades para reducir la transmisión vertical (32).

3.2.8. Riesgo de transmisión materno-fetal

La transmisión materno-fetal del VIH puede suceder durante el embarazo, el parto o la lactancia. En tanto y en cuando, de carecer de intervención médica, el riesgo global de transmisión oscila entre 15% y 45%, dependiendo de la carga viral materna, el estado inmunológico y la presencia de coinfecciones. Así, la mayor proporción de transmisión ocurre durante el trabajo de parto y el alumbramiento; siendo que el uso adecuado de terapia antirretroviral durante el embarazo, junto con la atención obstétrica especializada y la suspensión de la lactancia materna cuando sea indicado, puede reducir el riesgo de transmisión vertical a menos del 2%. Estos avances han transformado el pronóstico del recién nacido y permitido que mujeres con VIH puedan ejercer la maternidad de forma segura, siempre que cuenten con diagnóstico oportuno y seguimiento continuo (33).

3.3. Órgano y sistema afectado: Sistema inmunológico

El sistema inmunológico constituye el principal blanco de la infección por VIH, por lo cual simboliza el eje central de la fisiopatología de la enfermedad; se encuentra conformado por una red altamente especializada de órganos, tejidos, células y moléculas cuya función es proteger al organismo frente a agentes infecciosos, células tumorales y sustancias extrañas. Siendo que, su equilibrio funcional además permite distinguir lo propio de lo ajeno, activar mecanismos defensivos eficaces y, al mismo tiempo, evitar respuestas autoinmunes. Por otro lado, la capacidad del VIH para infiltrarse en este sistema y destruir células clave de la respuesta inmunitaria provoca una desorganización progresiva de las defensas del huésped. Cuando se trata de la mujer gestante, esta afectación adquiere especial relevancia, puesto que el embarazo implica adaptaciones

inmunológicas destinadas a tolerar al feto, situación que puede ser aprovechada por el virus para acelerar el deterioro inmunológico materno, incrementando los riesgos materno-fetales de no instaurarse tratamiento oportuno (34).

3.3.1. Adaptaciones inmunológicas en el embarazo

Durante el embarazo, el sistema inmunológico materno experimenta cambios fisiológicos destinados a permitir la tolerancia del feto, que genéticamente es parcialmente distinto de la madre. Entonces, con el propósito de evitar el rechazo fetal, se genera una modulación de la respuesta inmunitaria, predominando mecanismos de inmunidad humoral y una regulación específica de la inmunidad celular, en el que dicho reajuste no posee implicancias con respecto de la inmunosupresión completa, sino una reorganización funcional, facilitando que la defensa frente a infecciones permanezca sin comprometer la gestación. Sin embargo, esta inmunomodulación abre una ventana de mayor susceptibilidad frente a ciertos patógenos, especialmente aquellos que atacan células del sistema inmune; en este contexto, la presencia del VIH representa un desafío significativo, ya que el virus aprovecha la modulación de la respuesta celular para infectar con mayor facilidad los linfocitos CD4+. Si no se instaura tratamiento oportuno, la combinación entre inmunotolerancia gestacional y acción viral puede acelerar el deterioro inmunológico materno y aumentar los riesgos de complicaciones infecciosas durante el embarazo (35).

3.3.2. Mecanismo de acción del VIH sobre células CD4+

El VIH contiene un tropismo selectivo por las células que expresan el receptor CD4 en su superficie, principalmente los linfocitos T CD4+, macrófagos y células dendríticas. Al respecto, la infección comienza cuando la glicoproteína viral gp120 se une al receptor CD4 y a correceptores específicos, permitiendo la fusión de la envoltura viral con la membrana celular, además de posibilitar la entrada del contenido viral al citoplasma de la célula huésped; una vez dentro, el virus libera su ARN y utiliza la enzima transcriptasa inversa para sintetizar ADN viral complementario (36).

Posteriormente, la integrasa incorpora este ADN al genoma de la célula, transformándola en un reservorio permanente de VIH. A partir de este estado, la célula podría continuar latente durante períodos prolongados, caso contrario,

iniciaría la producción activa de nuevas partículas virales; esta capacidad de integración genética explica la persistencia del virus en el organismo y la dificultad de erradicarlo completamente. La replicación continua de los virus también produce una destrucción progresiva de los linfocitos CD4+ y un cambio en su función reguladora; como consecuencia de ello, la producción de citocinas necesarias para coordinar la respuesta inmunitaria se ve reducida, así como la activación de las células efectoras y la capacidad de producir respuestas inmunológicas eficaces. Este proceso conlleva severas implicancias, constituyendo el pilar del progresivo deterioro inmunológico que define a la infección por VIH (37).

3.3.3. Alteraciones inmunológicas maternas por VIH

La infección por VIH en la mujer gestante a su vez, crea una disminución gradual del número de linfocitos T CD4+ y una disfunción general del sistema inmunológico, lo cual compromete la capacidad del organismo para responder frente a microorganismos comunes, incrementando la incidencia de infecciones bacterianas, virales y fúngicas durante el embarazo. De igual manera, estas infecciones pueden agravar el estado de salud materno y aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas. La replicación viral persistente produce un estado de activación inmune crónica, caracterizado por liberación constante de citocinas inflamatorias; confirmando que la inflamación sostenida contribuye al agotamiento de células inmunitarias y al daño de tejidos, favoreciendo condiciones como anemia, desnutrición y mayor vulnerabilidad a infecciones oportunistas. En gestantes sin tratamiento, este estado inflamatorio también se ha asociado a mayor riesgo de parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino (38).

Asimismo, el VIH modifica la actividad de las células dendríticas y los macrófagos, lo cual impacta negativamente en cómo se presentan los antígenos y en la activación apropiada de la inmunidad adaptativa; disminuyendo la capacidad del cuerpo de controlar la carga viral y protegerse contra otros patógenos. Adicionalmente, si no se proporciona terapia antirretroviral, la modulación inmunológica propia del embarazo puede intensificar estos efectos y causar un deterioro más rápido del sistema inmunológico. Cuando no se instaure tratamiento oportuno, el compromiso inmunológico materno progresa más rápidamente, aumentando el riesgo de infecciones oportunistas graves y deterioro general del estado de salud. Por cuanto, esta situación compromete directamente el bienestar

fetal y eleva la probabilidad de transmisión vertical del virus; por el contrario, el uso adecuado de terapia antirretroviral durante la gestación permite suprimir la replicación viral, recuperar progresivamente el conteo de CD4+ y restablecer parcialmente la función inmunológica, reduciendo significativamente las complicaciones infecciosas maternas, mejora la evolución del embarazo y protege la salud del feto (39).

3.3.4. Repercusiones inmunológicas en el feto y recién nacido

La condición inmunológica de la madre tiene un impacto directo tanto en el ambiente intrauterino como en el desarrollo inmunitario del feto; consecuentemente, la carga viral alta y la inflamación crónica podrían modificar el balance de citocinas en la interfaz materno-fetal en mujeres embarazadas con VIH sin tratamiento, pudiendo alterar la maduración del sistema inmunológico fetal, aun cuando no haya transmisión directa del virus. Entonces, el bebé puede contraer VIH desde etapas muy tempranas de la vida si ocurre transmisión materno-fetal, debido a que la replicación viral tiende a ser rápida y el deterioro de los linfocitos CD4+ se presenta con mayor velocidad debido a la inmadurez del sistema inmunológico, favoreciendo la progresión temprana de la enfermedad si no se inicia tratamiento inmediato (40).

Incluso en recién nacidos no infectados, la exposición intrauterina al VIH y a la activación inmune materna puede asociarse a alteraciones en la respuesta inmunológica neonatal, por cuanto se ha observado mayor susceptibilidad a infecciones en los primeros meses de vida y variaciones en la respuesta a vacunas, reflejando así la influencia del entorno inmunológico gestacional en la programación del sistema inmune del niño. Conjuntamente, la implementación de terapia antirretroviral durante el embarazo, el control obstétrico especializado y la profilaxis neonatal han demostrado con abundante evidencia científica preservar la integridad inmunológica del recién nacido y reducir drásticamente la transmisión vertical, corroborando que la protección del sistema inmunológico materno es un factor determinante para garantizar un desarrollo inmunológico saludable en el feto y el neonato (41).

3.4. Manifestaciones clínicas del compromiso inmunológico en gestantes con VIH

La infección por VIH durante la gestación produce manifestaciones clínicas particulares derivadas de la interacción entre el virus y el sistema inmunológico materno, el cual ya se encuentra fisiológicamente modulado para permitir la tolerancia fetal. Este compromiso inmunológico no solo hace que se tenga mayor susceptibilidad a infecciones comunes y oportunistas, sino también puede modificar el desarrollo normal de la gestación. En tanto, el estado inmunológico, la carga viral y el momento de comenzar la terapia antirretroviral son los principales factores que determinan cómo progresa clínicamente una mujer embarazada con VIH; en consecuencia, el diagnóstico temprano puede verse obstaculizado si no se lleva a cabo un tamizaje prenatal sistemático, ya que los síntomas clínicos de la mujer embarazada con VIH suelen ser inespecíficos en las fases iniciales. No obstante, a medida que avanza el deterioro inmunológico, surgen síntomas y signos relacionados con anemia, infecciones frecuentes, pérdida de peso y problemas obstétricos; comprometiendo tanto la salud materna como el bienestar fetal, por lo que resulta indispensable el seguimiento clínico especializado durante toda la gestación (42).

3.4.1. Cambios inmunológicos fisiológicos del embarazo

El sistema inmunológico de la madre pasa por una reestructuración funcional durante el embarazo, posibilitando que la madre y el feto convivan sin conflictos, lo cual además supone una regulación concreta de la respuesta inmunológica celular, en la que se reduce de manera relativa la actividad citotóxica y predominan los procesos de inmunidad humoral. Dicho balance previene el rechazo fetal, aseverando el correcto progreso de la gestación. Al detectarse una modulación a nivel sistémico en la producción de citoquinas, con mayor presencia de perfiles que son antiinflamatorios durante una buena parte del embarazo, también se producen modificaciones en la actividad de los macrófagos uterinos y las células natural killer, que son fundamentales para el establecimiento y sostenimiento de la placenta. Por cuanto, dichos ajustes son fisiológicos y necesarios, también pueden generar mayor susceptibilidad frente a ciertos agentes infecciosos; en este contexto, cualquier patógeno que afecte células inmunitarias, como el VIH, encuentra un entorno favorable para su replicación si no se instaura tratamiento oportuno; por ello, comprender los cambios inmunológicos normales del embarazo resulta fundamental para interpretar las manifestaciones clínicas del VIH en gestantes (43).

3.4.2. Interacción entre inmunotolerancia gestacional y VIH

La inmunotolerancia gestacional constituye un mecanismo esencial para el éxito del embarazo, pero también representa un escenario que puede ser aprovechado por el VIH para facilitar su replicación. En primer lugar, la reducción fisiológica de la respuesta celular mediada por linfocitos T CD4+ durante la gestación puede potenciar el impacto del virus sobre estas mismas células, estaría acelerando su destrucción en caso de que se carezca de control terapéutico. De igual forma, esta interacción genera un efecto sinérgico entre la inmunomodulación del embarazo y la acción citopática del VIH, provocando un deterioro inmunológico más rápido que en mujeres no gestantes sin tratamiento; consecuentemente, aumenta la probabilidad de infecciones recurrentes, reactivación de infecciones latentes y mayor carga viral circulante. Conjuntamente, la replicación viral provoca inflamación crónica, que afecta la homeostasis inmunológica de la interfaz madre-feto podría estar afectando la función placentaria, ponga en riesgo el intercambio de oxígeno y nutrientes y propiciando que surjan complicaciones obstétricas como la restricción del crecimiento intrauterino o el parto prematuro. Entonces, la interacción negativa se reduce notablemente cuando se empieza la terapia antirretroviral en una etapa temprana, por lo que la supresión del virus ayuda a mantener la función de los linfocitos CD4+, estabilizando el ambiente inmunológico durante el embarazo y disminuyendo las manifestaciones clínicas vinculadas al compromiso inmunológico (44).

3.4.3. Infecciones oportunistas en gestantes con VIH

Las infecciones oportunistas representan una de las manifestaciones clínicas más relevantes del deterioro inmunológico en gestantes con VIH no tratado o diagnosticado tardíamente; por cuanto, la disminución de linfocitos CD4+ limita la capacidad del organismo para controlar microorganismos que normalmente no causan enfermedad en individuos inmunocompetentes. Entre las infecciones más frecuentes se encuentran la candidiasis oral y vaginal recurrente, tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, infecciones por citomegalovirus y toxoplasmosis. Estas patologías pueden presentarse con mayor gravedad durante el embarazo, complicando el estado general de la gestante y aumentando el riesgo de hospitalización. Cuando hay infecciones oportunistas en el embarazo, suele vincularse con un riesgo elevado de anemia, desnutrición y afectación del bienestar

fetal; asimismo, algunas infecciones pueden cruzar la barrera placentaria produciendo un impacto directo en el feto, que además repercute a través de serias complicaciones neonatales. Ante ello, la incidencia de infecciones oportunistas en mujeres embarazadas se reduce notablemente cuando se emplea una terapia antirretroviral efectiva, lo que mantiene la función inmunológica y mejora el pronóstico materno-fetal; por lo tanto, detectar el VIH temprano durante el control prenatal es una estrategia clave para evitar estas manifestaciones clínicas (45).

3.4.4. Complicaciones obstétricas asociadas al VIH

Al respecto del compromiso inmunológico generado por el VIH durante la gestación se relaciona con un incremento en la frecuencia de complicaciones obstétricas, especialmente cuando el diagnóstico es tardío o no se ha iniciado tratamiento antirretroviral oportunamente. Siendo que, la replicación viral activa y la inflamación sistémica persistente alteran el funcionamiento de la placenta y el equilibrio inmunológico materno-fetal, condiciones que favorecen desenlaces adversos del embarazo; además, entre las complicaciones más descritas se encuentran el parto prematuro, la ruptura prematura de membranas, la restricción del crecimiento intrauterino y el bajo peso al nacer (46).

Por otro lado, la inflamación crónica inducida por el VIH podría estar afectando la vascularización placentaria y disminuye la eficiencia del intercambio de oxígeno y nutrientes hacia el feto, lo cual se traduce en un mayor riesgo de insuficiencia placentaria, sufrimiento fetal y necesidad de interrupción temprana del embarazo. Adicionalmente, las infecciones oportunistas concomitantes, frecuentes en gestantes inmunosuprimidas, pueden desencadenar procesos infecciosos intraamnióticos que precipitan trabajo de parto prematuro. En segundo lugar, el estado inmunológico materno, medido por el conteo de linfocitos CD4+ y la carga viral, es considerado como un predictor directo de riesgo obstétrico, debido a que los conteos bajos de CD4+ y carga viral elevada también son asociados a una mayor probabilidad de complicaciones durante la gestación y el parto; por el contrario, la supresión viral mediante terapia antirretroviral continua reduce significativamente la incidencia de estos eventos y permite que la evolución del embarazo sea comparable a la de mujeres no infectadas (47).

Además, la vía del parto puede verse condicionada por el estado virológico materno; en mujeres con carga viral elevada al final de la gestación, se incrementa la indicación de cesárea electiva como medida para disminuir el riesgo de transmisión vertical, lo cual implica mayores tasas de intervenciones quirúrgicas, con los riesgos inherentes de sangrado, infecciones postoperatorias y recuperación prolongada. En conjunto, estas evidencias confirman que el VIH no tratado o mal controlado durante el embarazo constituye un factor determinante de complicaciones obstétricas, mientras que el acceso temprano a diagnóstico y tratamiento antirretroviral permite reducir estos riesgos y garantizar una evolución gestacional más segura (48).

3.4.5. Impacto del deterioro inmunológico en la salud materna

El deterioro progresivo del sistema inmunológico en gestantes con VIH sin tratamiento adecuado se ha manifestado clínicamente mediante un aumento de infecciones recurrentes, fatiga persistente, pérdida de peso y disminución de la capacidad funcional, cuyos síntomas pueden confundirse inicialmente con cambios propios del embarazo, retrasando el reconocimiento de la progresión de la enfermedad. No obstante, conforme disminuyen los linfocitos CD4+, el riesgo de infecciones graves y complicaciones sistémicas se empieza a elevar de manera significativa (49).

Las coinfecciones consisten en un problema común en las mujeres embarazadas que tienen inmunosupresión avanzada. Por ejemplo, la candidiasis severa, la sífilis, la hepatitis viral y la tuberculosis pueden estar presentes al mismo tiempo que el VIH, lo cual puede dificultar el tratamiento clínico y agravar la morbilidad de las madres; entonces, las enfermedades señaladas no amenazan únicamente el bienestar general de la mujer embarazada, sino que también obstaculizan la observancia del tratamiento antirretroviral y del control prenatal. En etapas avanzadas de inmunodeficiencia, pueden surgir infecciones oportunistas con el potencial de ser mortales, como la toxoplasmosis cerebral, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* o septicemias bacterianas, circunstancias que requieren de que la madre sea hospitalizada y reciba tratamiento especializado y pueden amenazar su vida, en particular en situaciones donde el acceso a servicios de alta complejidad es restringido. La terapia antirretroviral ha cambiado radicalmente este escenario. Las mujeres que inician tratamiento temprano logran mantener cargas virales

indetectables, preservar la función inmunológica y evitar la progresión hacia inmunosupresión severa, lo cual se ha traducido y evidenciado en una mejor calidad de vida, mayor capacidad para llevar un embarazo saludable y menor mortalidad materna asociada al VIH (50).

3.4.6. Repercusiones clínicas en el feto y recién nacido

El entorno inmunológico materno durante la gestación ejerce una influencia directa sobre el desarrollo fetal. Al considerar la realidad de mujeres con VIH no controlado; se evidenció que la inflamación crónica, la elevada carga viral y la presencia de infecciones concomitantes pueden alterar la función placentaria, comprometer el crecimiento fetal, incrementando el riesgo de parto prematuro; además, dichas condiciones proporcionan una mayor morbilidad neonatal, sobre todo en los primeros meses de vida. Cuando ocurre transmisión materno-fetal del VIH, el recién nacido enfrenta una infección adquirida en un momento en que su sistema inmunológico aún es inmaduro, favoreciendo una rápida replicación viral, disminución acelerada de linfocitos CD4+ y progresión temprana de la enfermedad. Sin tratamiento inmediato, los lactantes infectados presentan alto riesgo de infecciones graves, retraso ponderal, compromiso neurológico y elevada mortalidad en los primeros años de vida (51).

La exposición intrauterina al VIH y a la activación inmunológica de la madre puede provocar cambios en la respuesta inmune, incluso en los recién nacidos que no contraen el virus, ya que, durante los primeros meses, se ha notado una mayor predisposición a las infecciones respiratorias y gastrointestinales, además de cambios en la reacción a los esquemas de vacunación. Por lo tanto, cabe mencionar que estas modificaciones han señalado el impacto que tiene el entorno inmunológico durante la gestación en la programación del sistema inmune del recién nacido. Al respecto, la terapia antirretroviral para suprimir el virus en la madre, sumada a la profilaxis neonatal y el control pediátrico especializado, ha evidenciado que disminuye de forma significativa la transmisión vertical y mantiene el desarrollo inmunológico del neonato; por esta razón, la regulación inmunológica de la madre durante el embarazo es un factor esencial para la salud del recién nacido (52).

3.4.7. Pronóstico materno-fetal según estado inmunológico

El estado inmunológico materno constituye el principal factor pronóstico en la evolución del embarazo en mujeres con VIH. Siendo que, las mujeres embarazadas con recuentos apropiados de linfocitos CD4+ y una carga viral que no se puede detectar tienen índices muy bajos de infecciones oportunistas, complicaciones durante el embarazo y transmisión de madre a feto; en estas circunstancias, el desarrollo del embarazo es generalmente similar al de mujeres sin VIH, obteniendo resultados positivos para la madre y para el bebé (53).

Entonces, el pronóstico se ve afectado cuando el diagnóstico tiene lugar en fases tardías del embarazo o cuando hay una inmunosupresión grave, ya que el riesgo de transmisión vertical se incrementa con una alta carga viral, mientras que un conteo bajo de CD4+ está relacionado con una probabilidad más alta de complicaciones obstétricas, hospitalizaciones e infecciones graves; en estos casos, es crucial comenzar de inmediato un tratamiento intensivo antirretroviral para mejorar los resultados clínicos. Por cuanto, el pronóstico fetal depende estrechamente de la supresión viral alcanzada durante el embarazo, considerando a su vez, que las gestantes que logran carga viral indetectable antes del parto presentan tasas de transmisión vertical inferiores al 2%, mientras que aquellas con viremia persistente mantienen riesgos significativamente mayores, convirtiendo al monitoreo virológico en una herramienta fundamental para la toma de decisiones obstétricas y neonatales. A largo plazo, las mujeres con VIH que mantienen tratamiento continuo pueden conservar una función inmunológica estable, planificar embarazos futuros de manera segura y ejercer la maternidad sin comprometer su salud. Del mismo modo, los niños nacidos de madres con supresión viral sostenida tienen altas probabilidades de crecer libres de VIH y con desarrollo inmunológico normal; posteriormente, el estado inmunológico materno no solo determina el pronóstico inmediato del embarazo, sino también las perspectivas de salud a futuro del binomio madre-hijo (54).

3.5. Diagnóstico y manejo del VIH en el embarazo

Así, el diagnóstico y el tratamiento del VIH en la gestación son esenciales para proteger la salud de las madres, debido a que evitan la transmisión de forma vertical, asegurando resultados positivos durante el periodo perinatal. Entonces, detectar la infección a tiempo no solo estaría posibilitando el comienzo de un tratamiento antirretroviral adecuado, también disminuiría la carga viral, conservando la función inmunológica materna. Además, el monitoreo clínico y virológico constante a lo largo de la gestación permite identificar potenciales problemas y guía las decisiones neonatales y obstétricas; hoy en día, el VIH durante la gestación se considera una condición que puede ser controlada médicamente, siempre y cuando haya acceso a un diagnóstico, tratamiento y seguimiento exhaustivos de manera oportuna (55).

3.5.1. Tamizaje prenatal

El tamizaje prenatal para VIH consiste en una estrategia esencial de salud pública destinada a identificar de manera temprana a las gestantes infectadas, por lo cual se reduce el riesgo de transmisión materno-fetal. Las pruebas serológicas para VIH forman parte de los exámenes de rutina del control prenatal en numerosos países, recomendándose su aplicación en el primer trimestre del embarazo y su repetición en etapas posteriores en poblaciones de alto riesgo; por lo tanto, se concluye que el uso de pruebas rápidas ha facilitado la detección inmediata, permitiendo iniciar tratamiento sin demoras. Además, la aceptación del tamizaje prenatal depende de factores como el nivel de información de la gestante, la confianza en el sistema de salud y la percepción de confidencialidad. En contextos donde persiste estigma asociado al VIH, algunas mujeres pueden rechazar la prueba o postergar el control prenatal, lo que incrementa el riesgo de diagnóstico tardío; por lo tanto, el acompañamiento psicológico y la consejería pre y post prueba son componentes esenciales del proceso diagnóstico. Siendo que, la puesta en marcha del tamizaje prenatal a nivel global ha resultado ser una de las intervenciones con mejor costo-efectividad para evitar la transmisión vertical; de igual forma, identificar a las embarazadas que tienen VIH antes del parto hace posible programar el tratamiento antirretroviral, determinar la vía de nacimiento y fijar acciones de profilaxis neonatal, reduciendo notablemente la incidencia del VIH en niños (56).

3.5.2. Tratamiento antirretroviral en gestantes

El tratamiento antirretroviral durante el embarazo tiene como objetivo principal suprimir la replicación viral materna, preservar la función inmunológica y prevenir la transmisión del virus al feto. Las guías internacionales recomiendan iniciar terapia antirretroviral en toda gestante diagnosticada con VIH, independientemente del conteo de linfocitos CD4+ o del estadio clínico de la enfermedad. Esta estrategia ha transformado el VIH en una condición manejable durante la gestación. Los esquemas terapéuticos utilizados en gestantes deben ser eficaces, seguros para la madre y el feto, y bien tolerados. Ante lo expuesto, debe señalarse que los fármacos seleccionados son considerados factores como la edad gestacional, la carga viral, posibles efectos teratogénicos y la presencia de resistencias, por lo que el monitoreo periódico de la carga viral permite evaluar la respuesta al tratamiento y ajustar el esquema si fuera necesario (57).

Finalmente, la adherencia al tratamiento antirretroviral es un factor determinante para lograr supresión viral sostenida. Sin embargo, algunas gestantes pueden enfrentar dificultades relacionadas con efectos adversos, temor al daño fetal, carga emocional del diagnóstico o barreras sociales, por lo cual, el acompañamiento continuo por parte del equipo de salud resulta esencial para fortalecer la adherencia terapéutica y garantizar el éxito del tratamiento. Gracias al tratamiento antirretroviral oportuno, la mayoría de las mujeres con VIH pueden alcanzar carga viral indetectable antes del parto, reducir el riesgo de infecciones oportunistas y llevar embarazos comparables en seguridad a los de mujeres no infectadas, representando uno de los mayores logros en la atención materno- infantil contemporánea (58).

3.5.3. Prevención de transmisión vertical

La prevención de la transmisión materno-fetal del VIH constituye uno de los principales objetivos del manejo prenatal. Por cuanto, la transmisión podría tener lugar durante el embarazo, el trabajo de parto o la lactancia, consecuentemente, las estrategias preventivas deben abarcar todas estas etapas. La supresión de la carga viral materna mediante tratamiento antirretroviral conforma la medida más efectiva para reducir el riesgo de transmisión. Durante el parto, la elección de la vía de nacimiento podría repercutir en el riesgo de contagio; en especial, cuando se trata de mujeres con carga viral elevada al final de la gestación, es recomendable realizar

cesárea electiva como medida adicional de prevención. De igual forma, la administración de profilaxis antirretroviral al recién nacido en las primeras horas de vida contribuye con que la replicación viral sea bloqueada en caso de exposición; mientras que, la lactancia materna representa otra vía potencial de transmisión. En otras circunstancias, donde los recursos son escasos, se examinan estrategias equilibradas con el objetivo de disminuir los riesgos sin poner en peligro la nutrición del recién nacido, ello se debe a que la combinación de estas acciones ha conseguido reducir la transmisión vertical a niveles inferiores al 2% en numerosos países (59).

3.6. Conocimientos sobre VIH/SIDA en gestantes

El conocimiento en salud constituye un elemento clave en la prevención de enfermedades y en la adopción de conductas protectoras. En el caso del VIH, la información que tienen las mujeres embarazadas acerca de los métodos de transmisión, las medidas preventivas, el tratamiento y los riesgos materno-fetales impacta directamente en su conducta durante la gestación, por lo tanto, comprender correctamente la enfermedad facilita que se acepte el tamizaje prenatal, cumplir con el tratamiento antirretroviral y participar activamente en la protección de la salud propia y del próximo recién nacido, son de vital importancia (60).

3.6.1. Conceptualización del conocimiento en salud

El conocimiento en salud hace referencia al conjunto de información, creencias y comprensión que una persona posee respecto a una condición médica, sus causas, consecuencias y formas de prevención o tratamiento. Por otro lado, respecto del ámbito materno, el conocimiento adquiere especial relevancia, ya que las decisiones de la gestante impactan directamente en su bienestar y en el del feto. Entonces, un óptimo nivel de conocimiento permite que la importancia del control prenatal resulta importantísima para la realización de pruebas diagnósticas y el cumplimiento del tratamiento indicado. En contraste con lo anteriormente relatado, la desinformación o la presencia de creencias erróneas puede generar rechazo al tamizaje, temor al tratamiento y adopción de conductas de riesgo que aumentan la probabilidad de transmisión vertical. Por lo tanto, la educación en salud dirigida a gestantes debe considerar lenguaje accesible, respeto cultural y espacios de consejería individualizada; de esta manera, el conocimiento se convierte en una herramienta de empoderamiento que fortalece la autonomía de la mujer en el cuidado de su salud reproductiva (61).

3.6.2. Factores asociados al nivel de conocimiento

El nivel educativo de la gestante consiste en uno de los principales determinantes del grado de conocimiento sobre VIH/SIDA. En primer lugar, mujeres con mayor escolaridad suelen tener mejor comprensión de las vías de transmisión, métodos de prevención y disponibilidad de tratamiento; sin embargo, aquellas que se encuentran en bajos niveles educativos suelen asociar mayormente la presencia de mitos y desinformación. Por tal motivo, el acceso a servicios de salud y la calidad de la consejería recibida durante el control prenatal influyen necesariamente en el conocimiento; así como, la interacción frecuente con personal sanitario capacitado permite aclarar dudas, corregir creencias erróneas y fortalecer la percepción de riesgo frente al VIH. Factores socioculturales, como normas de género, creencias religiosas y tabúes sobre sexualidad, pueden limitar la búsqueda de información y dificultar el diálogo abierto sobre VIH. En ciertos contextos, hablar de infecciones de transmisión sexual sigue siendo un tema estigmatizado, restringiendo de este modo el aprendizaje en salud sexual. En conclusión, los medios de comunicación y campañas de salud pública desempeñan un papel importante en la difusión de información: la exposición a mensajes educativos claros y consistentes favorece la construcción de conocimientos adecuados, mientras que la falta de información oficial deja espacio para rumores y conceptos erróneos que afectan la prevención (62).

3.7. Actitudes frente al VIH/SIDA en gestantes

Las actitudes consisten en tendencias cognitivas y emocionales las cuales afectan y modifican cómo las personas perciben una situación y responden a ella. En el caso del VIH, las posturas de las gestantes ante la enfermedad, su diagnóstico y su tratamiento pueden facilitar o hacer más difícil que adopten comportamientos preventivos, ya que para diseñar intervenciones educativas y de acompañamiento que promuevan una respuesta favorable hacia el cuidado de la salud materno-fetal, es fundamental entender estos comportamientos (63).

3.7.1. Concepto de actitud

La actitud en salud puede ser definida como una disposición psicológica relativamente estable que integra componentes cognitivos, afectivos y conductuales, encargada de orientar la manera en que una persona percibe, interpreta y responde frente a una situación relacionada con su bienestar. Por otro lado, en el contexto del VIH, las actitudes de las gestantes hacia la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento influyen directamente en la aceptación del tamizaje prenatal, en la búsqueda de atención médica y en la adherencia a las indicaciones terapéuticas, ya que las actitudes no surgen de manera espontánea, sino que se construyen a partir de experiencias personales, creencias culturales, información recibida y la influencia del entorno social. El componente cognitivo de la actitud se vincula en gran medida con el grado de conocimiento que tiene la mujer embarazada acerca del VIH, cómo se transmite, las opciones para tratarlo y las maneras de prevenir la transmisión vertical; además, se promueve una percepción realista de la enfermedad y de los instrumentos a disposición para su control cuando la información es apropiada y comprensible. En cambio, la presencia de creencias equivocadas o la desinformación pueden provocar posturas basadas en el miedo o la negación, complicando la toma de decisiones preventivas (64).

Siendo que, el componente afectivo involucra las emociones que despierta la posibilidad o el diagnóstico de VIH durante el embarazo; para ejemplificar, sentimientos como miedo, culpa, vergüenza, ansiedad o desesperanza pueden condicionar respuestas negativas frente al diagnóstico y limitar la disposición a iniciar tratamiento. Al contrario de, emociones asociadas al deseo de proteger al hijo, confianza en el personal de salud y percepción de autoeficacia pueden promover actitudes positivas hacia el cuidado prenatal y el cumplimiento terapéutico. El componente conductual de la actitud es expresada a través de las acciones concretas que adopta la gestante, como aceptar o rechazar la prueba de VIH, asistiendo regularmente al control prenatal, continuando con el tratamiento antirretroviral o comunicando su diagnóstico a la pareja, conductas que están directamente determinadas por la actitud predominante y que pueden marcar la diferencia entre un embarazo con alto riesgo de transmisión vertical y uno con desenlace favorable; en ese sentido, diversos modelos teóricos en salud pública, como el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas o el modelo de creencias

en salud, destacan que las actitudes funcionan como un puente entre el conocimiento y la conducta, por lo que comprender las actitudes de las gestantes frente al VIH deviene en indispensable para diseñar intervenciones educativas, estrategias de consejería y programas de acompañamiento que fomenten decisiones saludables y protejan el binomio madre-hijo (60).

3.7.2. Estigma y percepción social

El estigma asociado al VIH constituye uno de los obstáculos más persistentes en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección, especialmente en mujeres gestantes; este se ha originado en creencias sociales que vinculan el VIH con conductas sexualmente reprochables como la infidelidad o “falta de moral”, subrayando y persistiendo en juicios negativos hacia las personas que viven con el virus. Respecto de la mujer embarazada, estas percepciones suelen ser aún más severas, debido a expectativas culturales que idealizan la maternidad como sinónimo de pureza y cuidado, intensificando la carga emocional del diagnóstico. La percepción social negativa del VIH provoca que muchas gestantes teman ser rechazadas por su pareja, familia o comunidad, lo cual en múltiples circunstancias las conduce a ocultar su diagnóstico, evitando que acudan a controles médicos o interrumpan el tratamiento para no levantar sospechas; mientras que en situaciones de dependencia económica o relaciones de pareja inestables, el miedo al abandono o a la violencia incrementa la vulnerabilidad y limita la capacidad de la mujer para tomar decisiones autónomas sobre su salud (62).

De igual manera, el estigma no solo se manifiesta en el entorno social, sino también, en algunos casos, dentro de los propios servicios de salud; tales como actitudes discriminatorias, falta de confidencialidad o trato deshumanizado por parte del personal sanitario pueden generar desconfianza institucional, disminuyendo la disposición de la gestante a continuar su seguimiento médico, debido a que estas experiencias negativas refuerzan la percepción de exclusión y afectan directamente la adherencia al tratamiento antirretroviral. La internalización del estigma conlleva a su vez, consecuencias psicológicas profundas; debido a que muchas mujeres desarrollan sentimientos de culpa, vergüenza, baja autoestima y desesperanza tras recibir el diagnóstico. Asimismo, estas emociones pueden desencadenar ansiedad o depresión, interfiriendo con la capacidad de afrontar el tratamiento y asumir un rol activo en el cuidado de su salud y la de su hijo. De igual manera, la carga emocional

del estigma, por tanto, se convierte en un factor que agrava indirectamente el riesgo de transmisión vertical (64).

Por tales motivos, superar el estigma requiere intervenciones integrales que incluyan educación comunitaria, normalización del VIH como condición crónica tratable, fortalecimiento de redes de apoyo y capacitación del personal de salud en atención libre de discriminación. De igual forma, la creación de espacios seguros, confidenciales y empáticos dentro de los servicios prenatales permite que las gestantes se sientan acompañadas y respetadas, favoreciendo actitudes positivas hacia el diagnóstico y tratamiento. Por último, la percepción social del VIH se encuentra en constante transformación gracias al avance del tratamiento antirretroviral y a campañas de sensibilización, por lo tanto, promover mensajes que destaquen que una mujer con VIH puede tener un embarazo seguro y un hijo libre del virus contribuye a desmontar prejuicios y a empoderar a las gestantes, de modo que la reducción del estigma social no solo mejora la calidad de vida de las mujeres que viven con VIH, constituyendo igualmente una estrategia fundamental para el control de la epidemia y la protección materno-fetal (63).

3.8. Relación entre conocimientos, actitudes y prevención del daño inmunológico materno-fetal

La prevención del daño inmunológico materno-fetal en el contexto del VIH no se limita al acceso a medicamentos o a la disponibilidad de servicios de salud, sino que depende profundamente de los procesos cognitivos y emocionales que influyen en la conducta de la gestante, proporcionando la base racional para comprender la magnitud del riesgo, las vías de transmisión y la eficacia de las intervenciones médicas. No obstante, este conocimiento debe integrarse con actitudes positivas y con la capacidad de transformar la información en prácticas concretas de autocuidado y protección fetal, ya que al articularse estos elementos óptimamente, se posibilita la replicación viral materna, preservando la función inmunológica, evitando la transmisión vertical. En cuanto a la infección por VIH, el daño inmunológico materno se ve manifestado principalmente por la disminución progresiva de linfocitos CD4⁺ y la pérdida de coordinación de la respuesta inmune, que incrementa la vulnerabilidad a infecciones oportunistas, alterando el entorno inmunológico uterino y generando, de igual forma, condiciones que pueden afectar el desarrollo fetal (65).

Tal que, la prevención de este daño depende directamente de la supresión viral sostenida, alcanzable únicamente mediante tratamiento antirretroviral continuo y controles médicos regulares, sin embargo, la disposición de la gestante a cumplir estas medidas está fuertemente condicionada por sus conocimientos y actitudes, de manera que cuando una mujer embarazada comprende que el VIH es una infección crónica tratable, la terapia antirretroviral debe encargarse de resguardar su salud, lo cual podría evitar que su hijo adquiriera el virus, generando una motivación interna hacia el cuidado preventivo. Mientras que, por el contrario, la falta de información, los mitos o el estigma pueden bloquear la aceptación del diagnóstico y del tratamiento, permitiendo la progresión del daño inmunológico y convirtiendo a los factores educativos y psicológicos en determinantes tan importantes como los biomédicos. Por lo tanto, el análisis de la relación entre conocimientos, actitudes y prevención del daño inmunológico materno-fetal permite identificar barreras y facilitadores del comportamiento preventivo, resultando indispensable para diseñar intervenciones educativas y estrategias de acompañamiento que no solo informen, sino que transformen actitudes y promuevan prácticas sostenidas de cuidado durante todo el embarazo y el puerperio (66).

3.8.1. Modelo teórico de conocimientos, actitudes y prácticas en salud

El modelo de conocimientos, actitudes y prácticas en salud se puede definir como una estructura conceptual ampliamente utilizada para explicar cómo las personas adoptan comportamientos relacionados con la prevención de enfermedades, que propone que el conocimiento adecuado sobre una condición de salud favorece la construcción de actitudes positivas, las cuales a su vez se traducen en prácticas preventivas observables. En el caso del VIH en gestantes, este modelo permite comprender por qué la información sobre transmisión, diagnóstico y tratamiento no siempre garantiza la adopción de conductas protectoras, si no va acompañada de un trabajo sobre las actitudes y las creencias personales. El conocimiento constituye el punto de partida del modelo, incluyendo la comprensión de qué es el VIH, cómo se transmite, qué consecuencias tiene para la madre y el feto, y qué medidas pueden prevenir el daño inmunológico y la transmisión vertical, ya que cuando este conocimiento es claro y correcto, también proporciona una base lógica que facilita la toma de decisiones informadas. Sin embargo, si el conocimiento es parcial o erróneo, se generan interpretaciones distorsionadas que pueden llevar a minimizar el riesgo o a temer injustificadamente al tratamiento (67).

Las actitudes representan la dimensión emocional y valorativa la cual se va construyendo a partir del conocimiento y de la experiencia social, de modo que una gestante puede saber que la prueba de VIH es importante, pero si siente miedo al rechazo social o desconfianza hacia los servicios de salud, podría desarrollar una actitud negativa que le impida realizarla, mientras que, por el contrario, una actitud positiva basada en la confianza médica y el deseo de proteger al hijo puede impulsar la aceptación del diagnóstico y del tratamiento incluso frente a dificultades externas, por lo que las prácticas constituyen la manifestación conductual final del modelo e incluyen acciones como asistir al control prenatal, aceptar el tamizaje de VIH, iniciar tratamiento antirretroviral. En consecuencia, resulta indispensable mantener adherencia terapéutica, seguir indicaciones obstétricas y aplicar medidas de prevención postnatal, prácticas que determinan directamente el grado de protección inmunológica alcanzado por la madre y el feto. El modelo, además, reconoce que el entorno social y cultural influye sobre cada uno de estos componentes: normas de género, creencias religiosas, experiencias previas con el sistema de salud y nivel socioeconómico, debilitando o fortaleciendo el proceso de transformación del conocimiento en conducta preventiva. Por ello, las intervenciones basadas en este modelo no solo transmiten información, sino que trabajan sobre creencias, emociones y habilidades prácticas. Aplicar el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas en estudios sobre VIH en gestantes permite identificar en qué etapa se interrumpe la cadena preventiva, orientando de esta manera, el diseño de estrategias focalizadas, ya sea reforzando la educación sanitaria, abordando actitudes negativas o facilitando condiciones prácticas para la adherencia al tratamiento (68).

3.8.2. Modelo cognitivo-conductual aplicado a la prevención del VIH en gestantes

El modelo cognitivo-conductual sostiene que la conducta en salud se explica por la interacción entre cogniciones (creencias, interpretaciones y expectativas), emociones/actitudes y respuestas conductuales; en este enfoque, lo que la gestante piensa sobre el VIH (p. ej., gravedad, susceptibilidad, eficacia del tratamiento, temor a la discriminación) influye en lo que siente (miedo, confianza, rechazo, esperanza) y, en consecuencia, en lo que hace (aceptar el tamizaje, adherirse al TAR, asistir a controles y seguir indicaciones preventivas), lo que permite comprender por qué el conocimiento por sí solo no siempre se traduce en prácticas preventivas si no se trabajan también las creencias y las respuestas emocionales asociadas (69).

Desde el enfoque cognitivo-conductual, las conductas preventivas se entienden como el resultado de cómo la persona interpreta una situación: el modelo cognitivo plantea que emociones y comportamientos están fuertemente influidos por las percepciones y pensamientos que se activan ante un evento, por lo que modificar creencias distorsionadas puede cambiar respuestas emocionales y, con ello, favorecer conductas más adaptativas. Aplicado al VIH en gestantes, esto permite sostener que la prevención no depende únicamente de “saber” información biomédica, sino de cómo la gestante procesa esa información (p. ej., si la interpreta como controlable y protectora o como amenazante y estigmatizante) (70).

En población con VIH, la evidencia muestra que intervenciones basadas en estrategias cognitivo-conductuales pueden mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, un componente crítico para lograr supresión viral y reducir riesgos materno-fetales, ya que este enfoque interviene sobre barreras cognitivas (p. ej., pensamientos disfuncionales sobre efectos adversos o inutilidad del tratamiento), afectivas (ansiedad, depresión, estigma internalizado) y conductuales (habilidades de afrontamiento, planificación, hábitos), fortaleciendo la continuidad terapéutica; por tanto, resulta un marco útil para fundamentar que la prevención (incluida la prevención de transmisión vertical) depende no solo del acceso a servicios, sino también de factores psicológicos modificables (71).

3.8.3. Influencia del conocimiento en la conducta preventiva

Tal que, el conocimiento sobre VIH ejerce una influencia directa en la disposición de la gestante para adoptar medidas de prevención durante el embarazo, ya que las mujeres que comprenden las vías de transmisión y el impacto del virus en el sistema inmunológico suelen reconocer la importancia del diagnóstico temprano y del tratamiento continuo, de manera que cuando la gestante conoce que la terapia antirretroviral puede disminuir la carga viral a niveles indetectables y evitar que su hijo nazca con VIH, fortaleciendo su motivación para adherirse al tratamiento, transformando este proceso de una obligación médica en una acción con significado emocional profundo asociada al cuidado materno y la protección fetal. En contraste con lo mencionado, la ausencia de conocimiento o la presencia de información incorrecta genera comportamientos de riesgo, por lo que algunas gestantes pueden creer que el VIH siempre es mortal, que el tratamiento daña al bebé o que solo ciertos grupos poblacionales se infectan, ya que estas ideas conducen al rechazo del

diagnóstico o al abandono terapéutico, permitiendo la progresión del daño inmunológico y aumentando la probabilidad de transmisión vertical. Entonces, podemos concluir que la educación sanitaria durante el control prenatal cumple una función correctiva esencial, permitiendo transformar la información científica en conocimiento práctico, comprensible y significativo. De esta manera, el conocimiento se convierte en una herramienta que empodera a la mujer y fortalece su conducta preventiva (72).

3.8.4. Actitudes maternas y adherencia al tratamiento antirretroviral

La adherencia al tratamiento antirretroviral durante la gestación depende en gran medida de las actitudes maternas frente al VIH y frente a los medicamentos, de modo que una actitud positiva hacia el tratamiento se caracteriza por la confianza en la eficacia terapéutica, la esperanza en el futuro y el compromiso con la protección del hijo; actitudes que promueven la toma regular de los fármacos, la asistencia a controles y la comunicación abierta con el personal de salud. Al contrario de ciertas actitudes negativas, las cuales pueden originarse en el miedo a los efectos secundarios, el temor al daño fetal, el rechazo al diagnóstico o la desconfianza institucional; emociones generadoras de omisión de dosis, interrupción del tratamiento o abandono completo del seguimiento médico, conductas que favorecen la replicación viral, acelerando de este modo el deterioro inmunológico y elevando el riesgo de transmisión vertical. Por otro lado, el estigma social influye de manera importante en la actitud frente al tratamiento; en estos casos, la actitud negativa no se debe al rechazo del tratamiento en sí, sino al miedo a la discriminación. La intervención psicológica y la consejería individualizada son herramientas clave para transformar actitudes negativas en actitudes favorables; diferenciándose de otras circunstancias, cuando la gestante se siente escuchada, respetada y comprendida, esta aumenta su disposición a confiar en el tratamiento y a mantener la adherencia incluso en contextos adversos. Finalmente, las actitudes maternas no son estáticas, sino que pueden modificarse a lo largo del embarazo mediante educación, acompañamiento emocional y experiencias positivas en el sistema de salud, convirtiendo a las actitudes en un punto estratégico de intervención para prevenir el daño inmunológico materno-fetal (73).

3.8.5. Rol de la percepción de riesgo en la prevención del VIH

La percepción de riesgo constituye uno de los determinantes más poderosos de la conducta preventiva en salud. Dentro del espectro del VIH durante la gestación, esta percepción se hace referencia a cómo la mujer evalúa la posibilidad de estar infectada y de transmitir el virus a su hijo, de manera que una percepción de riesgo adecuada genera motivación para buscar diagnóstico temprano y cumplir con el tratamiento antirretroviral, mientras que cuando la gestante considera que el VIH es un problema distante o exclusivo de otros grupos poblacionales, se reduce la probabilidad de aceptar el tamizaje prenatal, favoreciendo una falsa sensación de seguridad que conduce al diagnóstico tardío, cuando el daño inmunológico ya está avanzado y las oportunidades de prevención son menores (74).

En contraste, una percepción de riesgo exagerada puede generar respuestas emocionales intensas como pánico o negación; en particular, la mujer puede evitar realizarse la prueba por temor a confirmar una realidad que considera devastadora, ya que esta reacción dificulta la prevención, contribuyendo al avance silencioso del daño inmunológico. Además, la percepción de riesgo se construye a partir del conocimiento, de experiencias personales y de mensajes sociales sobre el VIH; como, por ejemplo, campañas de salud pública, testimonios de mujeres que han tenido embarazos exitosos con VIH y consejería empática, las cuales han ayudado a generar una percepción de riesgo realista y funcional. Cuando la gestante entiende que existe riesgo, pero también soluciones médicas eficaces, se crea una disposición favorable para adoptar medidas preventivas, impulsando así que la conducta protectora sostenida durante todo el embarazo; en tanto, la percepción de riesgo también se relaciona con la continuidad de la prevención. Gestantes que internalizan la importancia de mantener carga viral indetectable suelen mantener la adherencia al tratamiento incluso después del parto, protegiendo su salud inmunológica a largo plazo (75).

3.8.6. Relación entre educación sanitaria y protección inmunológica

La educación sanitaria se trata de una intervención fundamental para proteger el sistema inmunológico materno y fetal frente al VIH, ya que a través de procesos educativos estructurados las gestantes adquieren conocimientos claros sobre la enfermedad, desarrollando actitudes positivas y fortalecen habilidades para el autocuidado y la toma de decisiones en salud. De tal modo, una educación sanitaria efectiva no se limita a transmitir información, sino que promueve comprensión, diálogo y resolución de dudas, proceso que permite desmitificar falsas creencias sobre el VIH, reduciendo temores infundados respecto al tratamiento y fortaleciendo la confianza en los servicios de salud. Entonces, la educación continua durante el control prenatal, facilitando la aceptación temprana del tratamiento antirretroviral y la adherencia sostenida, además de mantener la carga viral suprimida, preserva los linfocitos CD4+ y previniendo el deterioro inmunológico materno. De manera indirecta, esto protege el entorno intrauterino y reduce el riesgo de transmisión vertical. Ahora, en caso la educación sanitaria se adaptará al contexto cultural y al nivel de comprensión de la gestante, esta lograría incrementar y mejorar su efectividad (76).

En consecuencia, el uso de lenguaje sencillo, materiales visuales y consejería personalizada fortalece la apropiación del conocimiento y la integración de la prevención en la vida cotidiana; en tal sentido, la educación sanitaria no solo mejora resultados clínicos inmediatos, sino que genera capacidades duraderas que permiten a la mujer mantener su salud inmunológica a largo plazo y enfrentar futuros embarazos de manera segura (58).

3.8.7. Conductas maternas asociadas a la reducción de transmisión vertical

La reducción de la transmisión materno-fetal del VIH depende en gran medida de conductas maternas específicas que deben mantenerse desde el inicio del embarazo hasta el puerperio; tal que, la primera conducta preventiva esencial es la aceptación temprana del tamizaje prenatal, permitiendo que la infección sea detectada en su oportunidad, activando así el protocolo de tratamiento oportuno. De igual manera, la adherencia estricta al tratamiento antirretroviral durante toda la gestación es la conducta más determinante en la prevención del daño inmunológico y la transmisión vertical, por lo que mantener la carga viral indetectable disminuye significativamente la presencia del virus en sangre y secreciones genitales,

reduciendo la probabilidad de contagio fetal. Asimismo, la asistencia regular a controles prenatales especializados constituye otra conducta clave, ya que estos controles permiten monitorear la carga viral, el conteo de CD4+, el estado obstétrico y la salud general de la gestante; contrario a la falta de asistencia, la cual interrumpe el seguimiento, limitando la detección oportuna de complicaciones y aumenta el riesgo de desenlaces adversos tanto para la madre como para el feto (55).

Por último, el cumplimiento de las recomendaciones obstétricas, como la indicación de cesárea electiva en casos de carga viral elevada, también forma parte de las conductas preventivas. De modo que, estas decisiones médicas se basen principalmente en evidencia científica, buscando minimizar la exposición del feto al virus durante el parto, de modo que en el periodo postnatal seguir las recomendaciones sobre alimentación del recién nacido y la administración de profilaxis antirretroviral neonatal completa el proceso preventivo, siendo la suma de todas estas conductas la que determina el éxito en la prevención de la transmisión vertical y la protección inmunológica de la madre y el hijo o hija (73).

3.8.8. Impacto del empoderamiento materno en resultados materno-fetales

Entonces, el empoderamiento materno representa la capacidad de la mujer para comprender su situación de salud, tomar decisiones informadas, ejerciendo control sobre las acciones necesarias para protegerse a sí misma y a su hijo. En el contexto del VIH, este empoderamiento se traduce en participación activa en el proceso diagnóstico, terapéutico y preventivo, de modo que una gestante empoderada busque voluntariamente información, plantee preguntas, expresando sus temores y negociando soluciones con el personal de salud, actitud que favorece la adherencia terapéutica, la asistencia regular a controles y la aplicación de todas las medidas preventivas recomendadas (77).

Adicionalmente, se fortalece la autonomía de la mujer frente a presiones sociales o de pareja que puedan interferir con su cuidado médico, ya que cuando la gestante se siente con derecho y capacidad de decidir sobre su salud es más probable que mantenga el tratamiento incluso en entornos adversos. Desde el punto de vista emocional, el empoderamiento reduce el impacto del estigma y la culpa, favoreciendo la aceptación del diagnóstico y la construcción de una identidad materna basada en responsabilidad y cuidado; por lo que, contribuye indirectamente a mejorar la adherencia terapéutica y a mantener la función inmunológica materna.

Los resultados materno-fetales mejoran notablemente cuando la mujer se convierte en protagonista de su proceso de salud; en tanto, la supresión viral sostenida, la ausencia de infecciones oportunistas, la reducción de complicaciones obstétricas y el nacimiento de niños libres de VIH son consecuencias directas del empoderamiento bien acompañado por servicios de salud competentes (78).

Por los motivos anteriormente expuestos, se concluye que promover el empoderamiento materno no solo trae beneficios individuales; añade a su vez, impacto comunitario, debido a que mujeres informadas y seguras de sí mismas se convierten en agentes de cambio que difunden información correcta y reducen el estigma en su entorno, de manera que en conclusión el empoderamiento materno actúa como un factor integrador que articula conocimiento, actitud y práctica, consolidando la prevención del daño inmunológico materno-fetal y fortaleciendo la salud presente y futura de madres e hijos (79).

4. Revisión de antecedentes investigativos

4.1. Internacionales

Un estudio efectuado en Etiopía examinó el saber, las actitudes y los comportamientos de mujeres gestantes acerca de cómo evitar que el VIH se transmita de madre a hijo. El estudio empleó un cuestionario estructurado para recopilar información y abarcó a 216 mujeres embarazadas que se presentaban a controles prenatales. Los hallazgos mostraron que un porcentaje significativo de los participantes tenía actitudes y conocimientos positivos hacia la prevención; no obstante, todavía había lagunas en cuanto a las ocasiones en las que puede darse la transmisión, como durante el embarazo, el parto o la lactancia; por ende, los autores indican que para optimizar la prevención de la transmisión vertical del VIH, es esencial reforzar la educación y la consejería durante el cuidado prenatal (80).

En otro estudio, por otra parte, se examinó la comprensión, las conductas y las actitudes de mujeres gestantes en relación con el uso de pruebas rápidas y con la prevención del VIH en los centros sanitarios de Irán. Los hallazgos indicaron que muchas mujeres embarazadas estaban al tanto de la posibilidad de transmisión durante el embarazo, aunque tenían menos información sobre otros métodos, como algunas medidas de prevención o la lactancia. A pesar de que, en general, las actitudes hacia la prevención eran positivas, escasas mujeres habían tomado parte en actividades educativas o de

consejería relacionadas con el VIH; por tanto, los autores sostienen que es imprescindible fortalecer los programas educativos y de concienciación orientados a las mujeres embarazadas, sobre todo en situaciones vulnerables (81).

En un hospital del norte de la India, se llevó a cabo una investigación con mujeres embarazadas para analizar su comprensión y perspectiva acerca del VIH y su transmisión de madre a hijo. Los resultados revelaron que un gran número de participantes tenían información limitada acerca de cómo se contagia y qué medidas preventivas existen, lo cual evidenciaba una escasa comprensión del problema. De igual forma, se notó que aquellas mujeres con un nivel de educación y socioeconómico más alto tenían un conocimiento mejorado. En esta línea, los autores subrayan la relevancia de poner en marcha acciones educativas enfocadas en embarazadas para robustecer la prevención de la transmisión vertical del VIH (82).

Por último, en una investigación adicional se indagó acerca del conocimiento y las perspectivas sobre el VIH en mujeres que iban a controles prenatales en un hospital de Ghana. La mayoría de las participantes mostró tener un conocimiento general apropiado acerca de la enfermedad y admitió que la transmisión madre-hijo se producía, además de haberse sometido a la prueba durante el embarazo, según los resultados. Sin embargo, se encontraron algunas restricciones en la comprensión de algunos elementos específicos sobre su prevención; por esta razón, los autores destacan la importancia de reforzar la educación en salud durante la atención prenatal para optimizar la prevención del VIH (83).

4.2. Nacionales

En el establecimiento de salud Miguel Checa, en Sullana, se llevó a cabo un estudio que examinó los saberes y las posturas sobre VIH/SIDA en mujeres embarazadas que fueron atendidas allí. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, en el cual se utilizó una encuesta dirigida a embarazadas para examinar las dos variables. Los hallazgos demostraron que la mayor parte de las mujeres embarazadas tenía poco conocimiento acerca del VIH/SIDA y exhibía comportamientos negativos hacia esta enfermedad. También se notó que las personas con menos información mostraban percepciones negativas sobre el problema; por lo tanto, el estudio determinó que es esencial reforzar la educación y la orientación acerca del VIH/SIDA en las mujeres embarazadas para optimizar sus actitudes preventivas y su conocimiento (84).

Asimismo, se examinó la conexión entre el conocimiento acerca del VIH/SIDA y las actitudes de prevención en gestantes adolescentes que reciben atención en una institución materno-infantil. El estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, de diseño transversal y nivel descriptivo correlacional; se utilizaron encuestas para las participantes. Los hallazgos revelaron que algunas mujeres embarazadas tenían un buen nivel de conocimiento; no obstante, una porción significativa conservaba posiciones preventivas indiferentes frente al VIH; además, se halló una relación importante entre las actitudes y el conocimiento, lo que demostró que aquellos con más información sobre la enfermedad tenían conductas más positivas hacia su prevención (85).

Por último, una investigación analizó la conexión entre las actitudes sexuales y el conocimiento en relación con las medidas de prevención del VIH/SIDA en mujeres embarazadas que recibieron atención médica en un centro sanitario de Cajamarca. Para evaluar ambas variables, el estudio aplicó cuestionarios y empleó un método correlacional cuantitativo. Los hallazgos mostraron que hay una relación moderadamente positiva entre el nivel de conocimiento y las conductas preventivas con respecto al VIH. En este sentido, el estudio concluye que, a mayor entendimiento de la enfermedad y sus métodos de prevención, son más positivas las conductas y actitudes destinadas a impedir la propagación del VIH (86).

4.3. Locales

En Arequipa, se llevó a cabo un estudio que examinó la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre salud reproductiva y sexual en adolescentes embarazadas del Hospital Goyeneche. La investigación, que tiene un enfoque cuantitativo correlacional, mostró que las dos variables están significativamente relacionadas de manera directa; adicionalmente, se descubrió que numerosas mujeres embarazadas tenían un nivel medio o alto de comprensión sobre infecciones transmitidas por vía sexual, VIH y métodos anticonceptivos, además de tener posturas positivas hacia la sexualidad (8). Estos hallazgos presentan alguna discrepancia con otras investigaciones a nivel nacional, que señalan un mayor desconocimiento acerca del VIH. No obstante, la mayoría de los estudios concuerdan en que el grado de conocimiento incide en las conductas de las mujeres embarazadas, lo que pone de relieve la relevancia de reforzar la educación sanitaria para optimizar la prevención (4).

5. Hipótesis

5.1. Hipótesis alternativa

H1: Existe asociación entre los conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa-2025.

5.2. Hipótesis nula

H0: No existe asociación entre los conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa-2025.





1. TECNICAS INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se aplicaron cuestionarios a las gestantes atendidas en consulta externa del servicio de Gineco obstetricia del Hospital Goyeneche, brindando las indicaciones necesarias para su llenado. La duración estimada para completar los instrumentos fue de aproximadamente 15 minutos, sin imponer un límite estricto, permitiendo que cada participante respondiera con tranquilidad. Para disminuir el sesgo de Hawthorne, durante el proceso de respuesta, las gestantes completaron la encuesta de manera individual, sin la presencia directa de los investigadores, con el fin de favorecer respuestas espontáneas., además se les garantizó el anonimato, y la confidencialidad de la información, se explicó que no existían respuestas correctas o incorrectas y que los datos serían utilizados únicamente con fines académicos.

1.2. Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó el “Cuestionario sobre conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA”, aplicado a gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa–2025; el instrumento estuvo conformado por 27 ítems distribuidos en tres secciones: características sociodemográficas (5 ítems), conocimientos sobre VIH/SIDA (17 ítems) y actitudes frente al VIH/SIDA (5 ítems). La variable de conocimientos se estructuró en cuatro dimensiones: síntomas, vías de transmisión, tratamiento y prevención; sus ítems fueron de opción múltiple y se calificaron asignando 1 punto a cada respuesta correcta y 0 puntos a la incorrecta, con un puntaje total de 0 a 17 puntos, clasificándose en nivel bajo (0–8), medio (9–13) y alto (14–17). La variable de actitudes se organizó en dos dimensiones: responsabilidad y prevención; sus ítems fueron igualmente de opción múltiple y se puntuaron otorgando 1 punto a cada respuesta considerada adecuada o favorable y 0 puntos a la respuesta inadecuada o desfavorable, con un rango total de 0 a 5 puntos, categorizándose como desfavorable (0–2), indiferente (3) y favorable (4–5). La confiabilidad del instrumento fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach aplicado a los ítems correspondientes a las escalas de conocimiento y actitudes, obteniéndose un valor de $\alpha = 0,878$, lo que evidencia una alta consistencia interna. Asimismo, el instrumento fue previamente validado por un estadístico en una investigación realizada por seminario (7). Adicionalmente adaptado a nuestra investigación, para lo cual fue evaluado por 5 jueces expertos en el área (01 investigador senior- metodólogo, 03 médicos gineco-obstetras y 01 obstetra), que

determinaron la eliminación de las 02 últimas subpreguntas de la pregunta número 23 del instrumento original, debido a la no tiene relevancia con la variable actitud.

1.3. Materiales de verificación

- Cuestionarios impresos
- Hojas de consentimiento informado
- Laptop
- Software estadístico Microsoft Excel
- Software estadístico SPSS versión 26 licencia estudiante

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

La presente investigación se realizó en el Hospital Goyeneche – Arequipa.

2.2. Unidades de estudio

2.2.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por 200 gestantes atendidas en el área de consulta externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Goyeneche en el segundo semestre del año 2025. Esta población incluyó a todas las gestantes que acudieron a control prenatal en dicho servicio durante el periodo señalado y constituyó el marco poblacional para analizar la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre VIH/SIDA.

2.3. Tamaño de muestra

El tamaño muestral se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% y una frecuencia esperada de $p=0,5$ y $q=0,5$, obteniéndose un tamaño de muestra de 132 gestantes.

2.4. Muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyó a las gestantes que acudieron al control prenatal durante el periodo de recolección de datos, que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar mediante consentimiento informado, hasta completar el tamaño muestral ($n=132$).

2.5. Criterios de selección

2.5.1. Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el área de consulta externa de Gineco-Obstetricia (control prenatal) del Hospital Goyeneche, Arequipa, durante el año 2025
- Gestantes con diagnóstico de gestación confirmada
- Gestantes de 18 años a más

2.5.2. Criterios de exclusión

- Gestantes con limitaciones para la comprensión o emisión de respuestas válidas
- Gestantes con condición clínica crítica o necesidad de atención inmediata al momento de la recolección
- Gestantes que no completaron el cuestionario o retiraron su participación antes o durante la aplicación del instrumento.

2.6. Temporalidad

El estudio se realizó de forma transversal durante el año 2025.

3. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

3.1. Organización

La recolección de datos se llevó a cabo entre septiembre y diciembre del 2025 en el Hospital Goyeneche de Arequipa, en horario de 8 a 12 hrs. Las gestantes fueron abordadas de manera individual durante su atención prenatal, explicando el objetivo del estudio y solicitando previamente la firma del consentimiento informado. Los cuestionarios se aplicaron de forma presencial, mediante encuestas impresas en formato físico, permitiendo aclaraciones sobre las respuestas sin inducir las respuestas. Al finalizar, cada instrumento fue codificado para preservar el anonimato de las participantes. Posteriormente los datos fueron digitados en una matriz de Excel utilizando los mismos códigos, realizándose doble verificación para evitar errores de registro. Las investigadoras principales, junto con personal autorizado, se encargó del proceso, asegurando la confidencialidad y el almacenamiento de los cuestionarios.

4. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez finalizada la recolección de datos, la información fue organizada en una matriz en Microsoft Excel y posteriormente exportada al programa IBM SPSS Statistics versión 26 para su análisis. En primer lugar, se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables estudiadas. Las variables cualitativas y ordinales fueron resumidas mediante tablas de frecuencia absoluta y relativa (porcentajes), presentadas en tablas. Posteriormente, para evaluar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre VIH/SIDA, se empleó la prueba no paramétrica U Mann-Whitney considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$. Los resultados permitieron contrastar la hipótesis planteada y establecer conclusiones basadas en evidencia cuantitativa.

5. RECURSOS

5.1. Humanos

- Investigadoras: Mamani Mamani, Patricia Silvia y Maquera Mamani, Ebelin Solanch
- Asesor: Del Castillo Solorzano, Noemi

5.2. Materiales

Los materiales empleados fueron lapicero, lápiz, borrador, corrector, tijera, archivador y una laptop. Para el registro, depuración y procesamiento de la información se utilizó Microsoft Excel 2016, y para el análisis estadístico se empleó IBM SPSS Statistics versión 26, con licencia académica.

5.3. Financieros

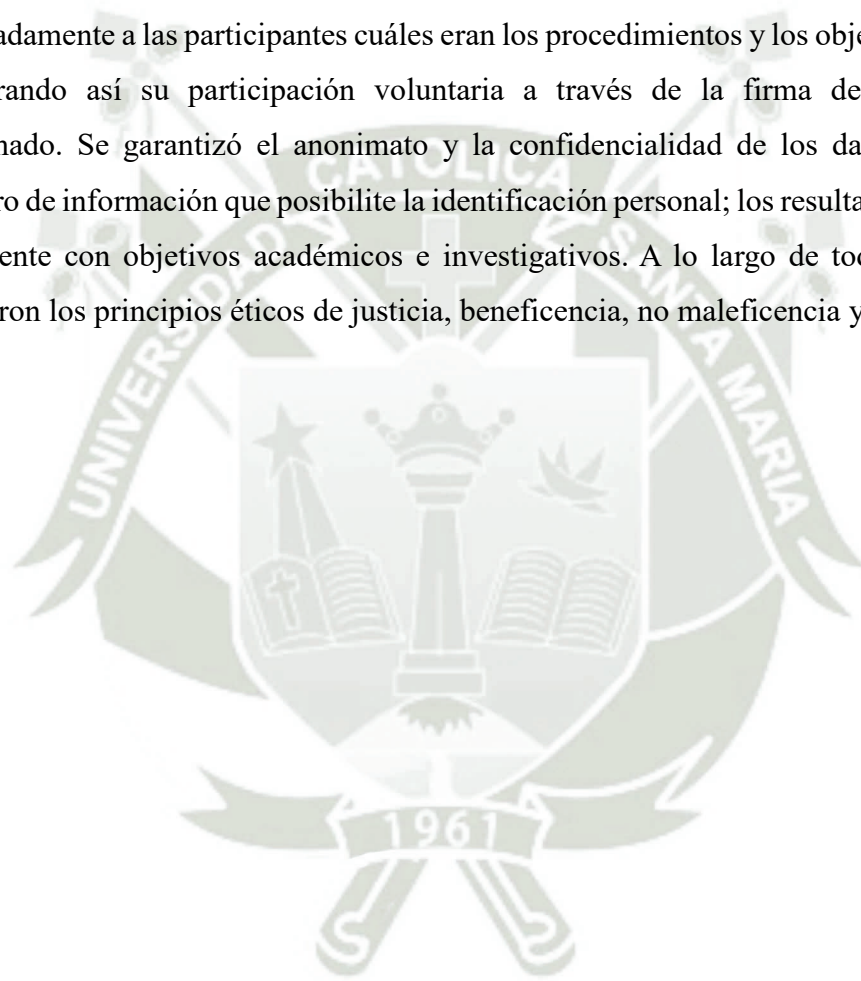
Tabla 2

Recursos financieros

Ítem	Cantidad	Costo unitario (S/.)	Costo total (S/.)
Lapiceros	5	1.50	7.50
Lápices	3	1.00	3.00
Borrador	2	1.50	3.00
Corrector	2	4.00	8.00
Tijera	1	6.00	6.00
Archivador	2	8.00	16.00
Impresión de cuestionarios	150	0.20	30.00
Laptop (uso propio)	1	0.00	0.00
Microsoft Excel 2016 (licencia institucional)	1	0.00	0.00
IBM SPSS Statistics v26 (licencia académica)	1	0.00	0.00
TOTAL ESTIMADO			S/ 73.50

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Católica de Santa María (UCSM), con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los criterios éticos establecidos. Asimismo, se gestionó la autorización institucional para la ejecución del estudio en el Hospital Goyeneche, a través de las instancias administrativas correspondientes, así como el de la Gerencia Regional de Salud (GERESA) Arequipa. Antes de que se aplicara el cuestionario, se les explicó detalladamente a las participantes cuáles eran los procedimientos y los objetivos del estudio, asegurando así su participación voluntaria a través de la firma del consentimiento informado. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos, eludiendo el registro de información que posibilite la identificación personal; los resultados se emplearon solamente con objetivos académicos e investigativos. A lo largo de todo el proceso, se siguieron los principios éticos de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía.





CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla 3

Comparación entre el conocimiento y las actitudes sobre el VIH/SIDA en gestantes

		Actitud						Total		U de Mann Whitney	Valor de p
		Desfavorable		Indiferente		Favorable		N	%		
		N	%	N	%	N	%				
Conocimiento	Bajo	11	78,6%	3	21,4%	0	0,0%	14	100,0%	3547	< .001
	Medio	7	11,1%	56	88,9%	0	0,0%	63	100,0%		
	Alto	17	30,9%	16	29,1%	22	40,0%	55	100,0%		
	Total	35	26,5%	75	56,8%	22	16,7%	132	100,0%		

***Elaboración propia.**

En la **Tabla 3**, se presenta la comparación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el VIH/SIDA en gestantes. Los resultados evidencian una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables ($U = 3547$; $p < 0,001$). Al analizar la distribución de las actitudes según nivel de conocimiento, se observa que las gestantes con conocimiento bajo presentan principalmente una actitud desfavorable (78,6%), seguida de una actitud indiferente (21,4%), sin registrarse actitudes favorables. En las gestantes con conocimiento medio, predomina la actitud indiferente (88,9%), mientras que el 11,1% presenta actitud desfavorable y no se observan actitudes favorables. Por otro lado, en las gestantes con conocimiento alto se evidencia una distribución más favorable, ya que el 40,0% presenta actitud favorable, el 30,9% actitud desfavorable y el 29,1% actitud indiferente. En términos generales, estos hallazgos sugieren que a mayor nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA, existe una tendencia hacia actitudes más favorables frente a esta problemática de salud.

Tabla 4
Características sociodemográficas de la muestra

Datos	Condición	Frecuencias	% del Total
Estudios	Analfabeta	13	9.8%
	Primaria completa	42	31.8%
	Secundaria completa	40	30.3%
	Superior	37	28.0%
	Total	132	100%
Edad	25 a 35 años	69	52.3%
	36 a 46 años	45	34.1%
	47 a más años	18	13.6%
	Total	132	100%
Religión	Católica	78	59.1%
	Evangélico	19	14.4%
	Otro	35	26.5%
	Total	132	100%
Ocupación	Ama de casa	31	23.5%
	Estudiante	38	28.8%
	Dependiente	42	31.8%
	Independiente	21	15.9%
	Total	132	100%
Estado Civil	Casada	39	29.5%
	Soltera	23	17.4%
	Conviviente	64	48.5%
	Divorciada	3	2.3%
	Viuda	3	2.3%
	Total	132	100.0%

***Elaboración propia.**

En la tabla 4, Se evidencia que, en el nivel de estudios, el mayor porcentaje corresponde primaria completa con 31.8%, En edad predomina de 25 a 35 años con 52.3%, lo que indica que más de la mitad de las gestantes son adultas jóvenes. En religión, predomina la católica con 59.1%, en menor presencia la evangélica con 14.4%. En ocupación, el mayor porcentaje corresponde a trabajadoras dependientes con 31.8%, seguido por estudiantes con 28.8%. En el estado civil, predomina la condición de conviviente con 48.5%, seguida de casadas con 29.5 %.

Tabla 5
Conocimiento sobre VIH/SIDA en gestantes

Nivel de conocimiento	f	%
Bajo	14	10.6%
Medio	63	47.7%
Alto	55	41.7%
Total	132	100%

***Elaboración propia.**

En la tabla 5, En las gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche (N=132), predominó el nivel de conocimiento medio sobre VIH/SIDA con 47.7% (n=63), seguido del nivel alto con 41.7% (n=55). En menor proporción, 10.6% (n=14) presentó nivel bajo, lo que indica que, aunque la mayoría cuenta con información al menos moderada, existe un subgrupo que mantiene brechas importantes de conocimiento que podrían limitar la prevención y el reconocimiento oportuno de riesgos.

Tabla 6
Actitud frente al VIH/SIDA en gestantes

Nivel de actitud	f	%
Desfavorable	35	26.5%
Indiferente	75	56.8%
Favorable	22	16.7%
Total	132	100%

***Elaboración propia.**

En la tabla 6. Respecto a las actitudes frente al VIH/SIDA (N=132), se observó predominio de una actitud indiferente en 56.8% (n=75), seguida de una actitud desfavorable en 26.5% (n=35), mientras que solo 16.7% (n=22) evidenció una actitud favorable. Este patrón sugiere que, pese a contar con niveles de conocimiento mayormente medios-altos, las actitudes no se traducen necesariamente en una disposición positiva, lo que podría afectar la aceptación del tamizaje, la consejería y las medidas preventivas durante el embarazo.

Tabla 7

Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según la edad en gestantes

	Niveles del conocimiento				Chi cuadrado	p
	Bajo	Medio	Alto	Total		
25 a 35 años	8 (11,6%)	33 (47,8%)	28 (40,6%)	69 (100%)	2.773	0.597
36 a 46 años	3 (6,7%)	24 (53,3%)	18 (40,0%)	45 (100%)		
Edad 47 a más años	3 (16,7%)	6 (33,3%)	9 (50,0%)	18 (100%)		
Total	14 (10,6%)	63 (47,7%)	55 (41,7%)	132 (100%)		

***Elaboración propia.**

En la **Tabla 7**, se evaluó la asociación entre edad y nivel de conocimiento mediante chi-cuadrado, no encontrándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 2.773$; $p = 0.597$). En el grupo de 25 a 35 años predominó el conocimiento medio 33/69 (47,8%) y alto 28/69 (40,6%); en 36 a 46 años predominó el conocimiento medio 24/45 (53,3%); y en 47 a más años se observó mayor proporción de conocimiento alto 9/18 (50,0%).

Tabla 8

Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el nivel de estudios en gestantes

		Niveles del conocimiento				Chi cuadrado	P
		Bajo	Medio	Alto	Total		
Estudios	Analfabeta	1 (7,7%)	8 (61,5%)	4 (30,8%)	13 (100%)	9.395	0.153
	Primaria completa	3 (7,1%)	18 (42,9%)	21 (50,0%)	42 (100%)		
	Secundaria completa	2 (5,0%)	19 (47,5%)	19(47,5%)	40 (100%)		
	Superior	8 (21,7%)	18 (48,6%)	11 (29,7%)	37 (100%)		
	Total	14 (10,6%)	63 (47,7%)	55 (41,7%)	132(100%)		

***Elaboración propia.**

En la tabla 8, se evaluó la asociación entre nivel de estudios y nivel de conocimiento mediante chi-cuadrado, sin evidenciarse asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 9.395$; $p = 0.153$). En analfabetas predominó el conocimiento medio 8/13 (61,5%); en primaria completa se observó mayor proporción de conocimiento alto 21/42 (50,0%); en secundaria completa el conocimiento medio y alto fueron iguales 19/40 (47,5% cada uno); y en superior predominó el conocimiento medio 18/37 (48,6%).

Tabla 9

Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según la religión en gestantes

		Niveles del conocimiento				Chi cuadrado	P
		Bajo	Medio	Alto	Total		
Religión	Católica	3 (3,8%)	52 (66,7%)	23 (29,5%)	78 (100%)	51.52	0.000
	Evangélico	0 (0,0%)	11 (57,9%)	8 (42,1%)	19 (100%)		
	Otros	11 (31,4%)	0 (0,0%)	24 (68,6%)	35 (100%)		
	Total	14 (11,6%)	63 (47,7%)	55 (41,7%)	132 (100%)		

***Elaboración propia.**

En la **Tabla 9**, se evaluó la asociación entre religión y nivel de conocimiento mediante chi-cuadrado, encontrándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 51.52$; $p < 0.001$). En católicas predominó el conocimiento medio 52/78 (66,7%); en evangélicas se observó mayor proporción de conocimiento medio 11/19 (57,9%) y en otros predominó el conocimiento alto 24/35 (68,6%), con 11/35 (31,4%) en conocimiento bajo. Significa que el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA varía según la religión.

Tabla 10
Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según la ocupación en gestantes

		Niveles del conocimiento				Chi cuadrado	P
		Bajo	Medio	Alto	Total		
Estado civil	Ama de casa	9 (29,0%)	2 (6,5%)	20 (64,5%)	31 (100%)	50.542	0.000
	Estudiante	0 (0,0%)	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)		
	Dependiente	4 (9,5%)	32 (76,2%)	6 (14,3%)	42 (100%)		
	Independiente	1 (4,8%)	14 (66,7%)	6 (28,6%)	21 (100%)		
	Total	14 (10,6%)	63 (47,7%)	55(41,7%)	132 (100%)		

***Elaboración propia.**

En la tabla 10, se evaluó la asociación entre ocupación y nivel de conocimiento mediante chi-cuadrado, encontrándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 50.542$; $p < 0.001$). En amas de casa predominó el conocimiento alto 20/31 (64,5%); en estudiantes predominó el conocimiento alto 23/38 (60,5%); en trabajadoras dependientes predominó el conocimiento medio 32/42 (76,2%); y en trabajadoras independientes predominó el conocimiento medio 14/21 (66,7%).

Tabla 11
Comparación del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA según el estado civil en gestantes

		Niveles del conocimiento				Chi cuadrado	P
		Bajo	Medio	Alto	Total		
Estado civil	Casada	4 (10,3%)	19 (48,7%)	16 (41,0%)	39 (100%)	22.914	0.003
	Soltera	5 (21,7%)	7 (30,4%)	11(47,8%)	23 (100%)		
	Conviviente	2 (3,1%)	37 (57,8%)	25 (39,1%)	64 (100%)		
	Divorciada	2 (66,7%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	3 (100%)		
	Viuda	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (66,7%)	3 (100%)		
Total		14 (10,6%)	63 (47,7%)	55(41,7%)	132 (100%)		

***Elaboración propia.**

En la tabla 11, se evaluó la asociación entre estado civil y nivel de conocimiento mediante chi-cuadrado, encontrándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 22.914$; $p = 0.003$). En casadas predominó el conocimiento medio 19/39 (48,7%), seguido de alto 16/39 (41,0%); en solteras predominó el conocimiento alto 11/23 (47,8%); y en convivientes predominó el conocimiento medio 37/64 (57,8%). En divorciadas se observó mayor proporción de conocimiento bajo 2/3 (66,7%), y en viudas predominó el conocimiento alto 2/3 (66,7%).

Tabla 12

Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según la edad en gestantes

	Actitud	Niveles de actitud			Total	Chi cuadrado	p
		desfavorable	indiferente	favorable			
		Actitud	Actitud	Actitud			
25 a 35 años	16 (23,2%)	43 (62,3%)	10 (14,5%)	69 (100%)			
36 a 46 años	12 (26,7%)	24 (53,3%)	9 (20,0%)	45 (100%)			
Edad 47 a más años	7 (38,9%)	8 (44,4%)	3 (16,7%)	18 (100%)	2.772	0.597	
Total	35 (26,5%)	75 (56,8%)	22 (16,7%)	132 (100%)			

***Elaboración propia.**

En la tabla 12, se evaluó la asociación entre edad y nivel de actitud mediante chi-cuadrado, no encontrándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 2.772$; $p = 0.597$). En los tres grupos etarios predominó la actitud indiferente: 43/69 (62,3%) en 25 a 35 años, 24/45 (53,3%) en 36 a 46 años y 8/18 (44,4%) en 47 a más años. La mayor proporción de actitud desfavorable se observó en 47 a más años 7/18 (38,9%).

Tabla 13

Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según el nivel de estudios en gestantes

		Niveles de actitud			Total	Chi cuadrado	P
		Actitud desfavorable	Actitud indiferente	Actitud favorable			
Estudios	Analfabeta	7 (53,8%)	6 (46,2%)	0 (0,0%)	13 (100%)	24.927	0.000
	Primaria completa	8 (19,0%)	19 (45,2%)	15 (35,7%)	42 (100%)		
	Secundaria completa	9 (22,5%)	24 (60,0%)	7 (17,5%)	40 (100%)		
	Superior	11 (29,7%)	26 (70,3%)	0 (0,0%)	37 (100%)		
	Total	35 (26,5%)	75 (56,8%)	22 (16,7%)	132 (100%)		

***Elaboración propia.**

En la tabla 13, se evaluó la asociación entre nivel de estudios y nivel de actitud mediante chi-cuadrado, encontrándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 24.927$; $p < 0.001$). En analfabetas predominó la actitud desfavorable 7/13 (53,8%) y no se registró actitud favorable. En primaria completa se observó la mayor proporción de actitud indiferente 19/42 (45,2%). En secundaria completa predominó la actitud indiferente 24/40 (60,0%), y en superior predominó la actitud indiferente 26/37 (70,3%), sin actitud favorable

Tabla 14

Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según la religión en gestantes

		Niveles de actitud			Total	Chi cuadrado	P
Religión		Actitud desfavorable	Actitud indiferente	Actitud favorable			
	Católica	11 (14,1%)	54 (69,2%)	13 (16,7%)	78 (100%)	48.699	0.000
	Evangélico	0 (0,0%)	16 (84,2%)	3 (15,8%)	19 (100%)		
	Otros	24 (68,6%)	5 (14,3%)	6 (17,1%)	35 (100%)		
	Total	35 (26,5%)	75 (56,8%)	22 (16,7%)	132 (100%)		

***Elaboración propia.**

En la **Tabla 14**, se evaluó la asociación entre religión y nivel de actitud mediante chi-cuadrado, encontrándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 48.699$; $p < 0.001$). En católicas predominó la actitud indiferente 54/78 (69,2%); en evangélicas predominó la actitud indiferente 16/19 (84,2%); y en otros predominó la actitud desfavorable 24/35 (68,6%).

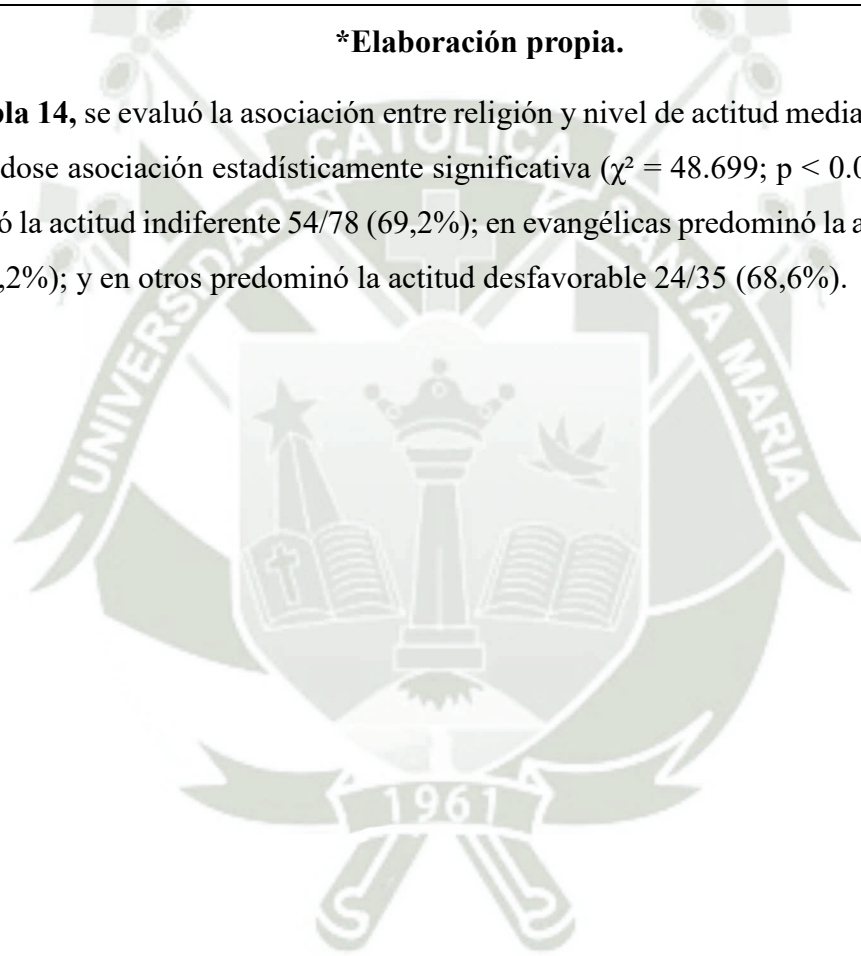


Tabla 15

Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según la ocupación en gestantes

		Niveles de actitud			Total	Chi cuadrado	p
		Actitud desfavorable	Actitud indiferente	Actitud favorable			
	Ama de casa	21 (67,7%)	2 (6,5%)	8 (25,8%)	31 (100,0%)		
	Estudiante	0 (0,0%)	24 (63,2%)	14 (36,8%)	38 (100,0%)		
Ocupación	Dependiente	7 (16,7%)	35 (83,3%)	0 (0,0%)	42 (100,0%)	72,851	0,001
	Independiente	7 (33,3%)	14 (66,7%)	0 (0,0%)	21 (100,0%)		
	Total	35 (26,5%)	75 (56,8%)	22 (16,7%)	132 (100,0%)		

***Elaboración propia.**

En la **Tabla 15**, se evaluó la asociación entre ocupación y nivel de actitud mediante chi-cuadrado, encontrándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 72.851$; $p < 0.001$). En amas de casa predominó la actitud desfavorable 21/31 (67,7%); en estudiantes predominó la actitud indiferente 24/38 (63,2%) y se observó la mayor proporción de actitud favorable 14/38 (36,8%). En trabajadoras dependientes predominó la actitud indiferente 35/42 (83,3%) y no se registró actitud favorable; en trabajadoras independientes también predominó la actitud indiferente 14/21 (66,7%) sin actitud favorable.

Tabla 16

Comparación del nivel de actitud frente al VIH/SIDA según el estado civil en gestantes

		Niveles de actitud			Total	Chi cuadrado	p
		Actitud desfavorable	Actitud indiferente	Actitud favorable			
Estado civil	Casada	11 (28,2%)	17 (43,6%)	11 (28,2%)	39 (100,0%)	25,763	0,001
	Soltera	6 (26,1%)	13 (56,5%)	4 (17,4%)	23 (100,0%)		
	Conviviente	12 (18,8%)	45 (70,3%)	7 (10,9%)	64 (100,0%)		
	Divorciada	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)		
	Viuda	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)		
	Total		35 (26,5%)	75 (56,8%)	22 (16,7%)		

***Elaboración propia.**

En la **Tabla 16**, se evaluó la asociación entre estado civil y nivel de actitud mediante chi-cuadrado, encontrándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 25.763$; $p = 0.001$). En casadas la distribución fue: desfavorable 11/39 (28,2%), indiferente 17/39 (43,6%) y favorable 11/39 (28,2%). En solteras predominó la actitud indiferente 13/23 (56,5%), y en convivientes predominó la actitud indiferente 45/64 (70,3%). En divorciadas y viudas se registró actitud desfavorable en 3/3 (100%) en ambos grupos.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo general la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el VIH/SIDA, se usó la prueba U de Mann-Whitney ($p < 0.001$) en donde analizamos la comparación entre estas dos variables, donde se mostró diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al VIH/SIDA ($p < 0.001$). Esto sugiere que el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA se relaciona significativamente con el tipo de actitud que presentan las gestantes. Este hallazgo cobra relevancia considerando que la infección por VIH presenta manifestaciones clínicas variables y, en muchos casos, inespecíficas o asintomáticas durante sus fases iniciales y crónicas, lo que puede dificultar su identificación temprana cuando no se cuenta con información adecuada; en este sentido, el conocimiento se convierte en un factor determinante para fomentar actitudes orientadas a la prevención y al cuidado de la salud materna (87). La asociación hallada entre mayor conocimiento y actitudes más favorables se sustenta en que, durante la fase crónica, el VIH puede cursar con escasa sintomatología mientras progresa el deterioro inmunológico; por ello, comprender las fases de la infección y su historia natural favorece la percepción de riesgo y la aceptación de medidas preventivas y de tamizaje en el embarazo (13).

Este patrón sugiere que el conocimiento no opera únicamente como acumulación de información, sino como un componente que facilita la construcción de percepciones de riesgo y la disposición a adoptar conductas preventivas durante el embarazo. No obstante, la magnitud moderada de la asociación indica que las actitudes frente al VIH/SIDA también están influenciadas por factores psicosociales y culturales que trascienden el plano cognitivo, como el estigma anticipado, la confianza en los servicios de salud, las normas de pareja y familiares, y las creencias personales sobre la infección. En esa línea, las diferencias observadas entre subgrupos sociodemográficos pueden interpretarse como expresiones de desigualdades en el acceso efectivo a información de calidad y a espacios de consejería, así como de distintas redes de apoyo social, elementos que condicionan la forma en que las gestantes interpretan la prevención, el tamizaje y el tratamiento (20).

Este comportamiento es coherente con el enfoque de salud pública del VIH, en el que las respuestas preventivas no dependen solo de información biomédica, sino también de determinantes sociales como desigualdad, acceso a servicios y estigmatización; por ello, elevar el conocimiento sin abordar barreras sociales puede limitar el cambio actitudinal, lo que explica una correlación moderada y no alta (20).

Asimismo, por el diseño transversal del estudio, la relación identificada debe entenderse como asociación y no como causalidad, ya que es plausible una influencia bidireccional: un mayor conocimiento puede promover actitudes más favorables, pero también actitudes más abiertas hacia el tema pueden incrementar la búsqueda activa de información y la aceptación de la consejería. Por ello, resulta pertinente considerar el papel de variables contextuales como escolaridad, ocupación, estado civil y pertenencia religiosa como posibles factores de confusión o mediación en la relación conocimiento–actitudes, lo que refuerza la necesidad de intervenciones prenatales integrales que combinen información clara, consejería centrada en la usuaria y estrategias explícitas de reducción del estigma, con enfoque culturalmente sensible (68).

En gestantes, la importancia de actitudes favorables hacia el tamizaje y la prevención se refuerza porque el embarazo implica una inmunomodulación fisiológica orientada a la tolerancia fetal, lo que puede incrementar la susceptibilidad frente a patógenos que comprometen células inmunitarias; en ese marco, la consejería prenatal debe enfatizar autocuidado y continuidad de seguimiento como componentes clínicamente estratégicos (35).

En adición, este resultado se sitúa en un contexto epidemiológico donde el VIH sigue siendo un grave problema de salud pública a nivel mundial. Esta infección afecta a millones de personas, incluidas numerosas mujeres en edad reproductiva. Aún se están reportando nuevas infecciones y muertes asociadas con el SIDA. Es más patente esta situación en países con ingresos bajos y medios, donde hay restricciones para acceder a atención médica y tratamientos. Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de reforzar la educación prenatal para aumentar el conocimiento y las posturas en relación con el VIH/SIDA (7).

El panorama epidemiológico expuesto en el marco teórico respalda que la transmisión sexual mantiene un papel predominante y que el aumento de casos en mujeres en edad reproductiva incrementa el riesgo potencial de transmisión vertical si no se asegura diagnóstico oportuno y tratamiento, lo cual vuelve crítico sostener intervenciones educativas prenatales centradas en prevención y adherencia (16).

En relación con al segundo objetivo específico, orientado a establecer el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, se encontró que 47.7% de las gestantes presentó un nivel de conocimiento medio y 41.7% un nivel alto, mientras que 10.6% evidenció un nivel bajo. Estos resultados sugieren que la mayoría de las gestantes cuenta con información básica y moderada sobre el VIH/SIDA, posiblemente asociada a las actividades de tamizaje prenatal y consejería implementadas en los servicios de salud. Sin

embargo, la presencia de un grupo con bajo nivel de conocimiento representa un riesgo potencial, ya que podría limitar la adopción de conductas preventivas adecuadas y retrasar el diagnóstico oportuno, especialmente si se considera que durante la fase crónica de la infección los pacientes pueden permanecer asintomáticos o presentar síntomas poco específicos (87).

Desde la perspectiva de salud pública, la presencia de un subgrupo con conocimientos limitados es especialmente relevante porque el riesgo no se distribuye de manera uniforme; pequeñas brechas informativas pueden concentrarse en dimensiones críticas como vías reales de transmisión, interpretación de resultados o medidas efectivas para prevenir la transmisión vertical. En ese sentido, más que reforzar contenidos generales, la intervención debería focalizar “puntos ciegos” específicos del conocimiento que suelen sostener prácticas de riesgo o retrasos en la búsqueda de atención (1).

Desde el contexto nacional, el Perú mantiene una epidemia concentrada de VIH, con variaciones regionales en la incidencia y en el acceso a los servicios preventivos. Si bien la seroprevalencia en gestantes es relativamente baja, esta no puede considerarse irrelevante, dado que se han reportado tasas de transmisión vertical que evidencian la necesidad de consolidar la cobertura universal del tamizaje prenatal y asegurar el cumplimiento de los protocolos de prevención de la transmisión materno infantil. En este escenario, contar con gestantes que presenten niveles adecuados de conocimiento resulta fundamental para fortalecer la efectividad de las estrategias preventivas (88).

La relevancia de corregir vacíos específicos del conocimiento (transmisión, prevención y tratamiento) se entiende porque el VIH tiene tropismo por células CD4+ y, al integrarse al genoma del huésped, puede persistir como reservorio; esto hace que la prevención y el diagnóstico precoz sean esenciales, ya que la infección no se erradica espontáneamente y requiere intervención terapéutica sostenida (37).

Respecto al tercer objetivo específico, que fue identificar el nivel de actitudes frente al VIH/SIDA, los resultados evidenciaron que 56.8% de las gestantes presentó una actitud indiferente, 26.5% una actitud desfavorable y solo 16.7% una actitud favorable. Este predominio de actitudes indiferentes y desfavorables puede afectar negativamente la disposición de las gestantes para realizarse pruebas diagnósticas, aceptar el tratamiento antirretroviral y cumplir con las medidas de prevención de la transmisión vertical. En América Latina, si bien se han logrado avances en la cobertura del tratamiento antirretroviral en gestantes, persisten deficiencias en el tamizaje prenatal y en el seguimiento continuo, lo que se traduce en tasas de transmisión vertical superiores a las metas regionales de eliminación (9).

El predominio de actitudes no favorables en tu muestra es comparable con lo encontrado por Seminario en Sullana, donde 74,1% de gestantes presentó actitud desfavorable y solo 25,9% favorable; además, se describió un bajo nivel de conocimiento (79% no conocía), configurando un escenario en el que el déficit informativo y el componente actitudinal adverso coexisten y pueden comprometer la respuesta preventiva durante el embarazo (84).

El predominio de actitudes indiferentes merece una lectura clínica particular: la indiferencia no necesariamente implica rechazo, sino con frecuencia una percepción de baja relevancia personal, fatiga informativa o ambivalencia frente a un tema asociado socialmente a juicio moral y discriminación. Esta forma de actitud puede ser más resistente al cambio que el desconocimiento, porque se vincula a experiencias previas, temores y normas sociales. Por ello, además del componente educativo, se requiere una estrategia de comunicación empática que normalice la prueba como parte del cuidado prenatal y reduzca la ansiedad asociada al resultado, promoviendo una actitud activa de autocuidado (68).

En el embarazo, mantener actitudes favorables hacia el autocuidado y la adherencia es crucial, ya que el VIH se asocia a disminución progresiva de CD4+ y disfunción inmune, incrementando vulnerabilidad a infecciones y complicaciones obstétricas si no se instaura tratamiento oportuno; por ello, actitudes indiferentes o desfavorables pueden traducirse en menor aceptación del tamizaje y retraso en medidas preventivas (38).

Además, durante el embarazo se producen cambios fisiológicos e inmunológicos que pueden influir en la evolución de la infección por VIH y en la respuesta al tratamiento antirretroviral, lo que hace indispensable que las gestantes mantengan actitudes favorables hacia el autocuidado, la adherencia terapéutica y el seguimiento continuo de su salud y la del recién nacido. Por ello, los resultados del estudio ponen de manifiesto la necesidad de reforzar intervenciones educativas y de sensibilización que no solo incrementen el nivel de conocimiento, sino que también promuevan actitudes positivas frente al VIH/SIDA (11).

Finalmente, las intervenciones prenatales deben orientarse a resultados clínicos, dado que la terapia antirretroviral durante la gestación, el control obstétrico y la profilaxis neonatal han demostrado reducir drásticamente la materno y preservar la integridad inmunológica del recién nacido; por ello, mejorar conocimiento y actitudes no es solo educativo, sino una vía directa para optimizar desenlaces materno-neonatales (41)

En la interpretación de asociaciones con variables sociales, es crucial considerar que el conocimiento y las actitudes son expresiones de determinantes estructurales, como

alfabetización en salud, redes de apoyo, disponibilidad de tiempo para acudir a controles, y exposición a fuentes confiables de información. En consecuencia, el análisis sociodemográfico no debe leerse como una “característica individual” aislada, sino como un indicador de oportunidades diferenciales para acceder a consejería, comprender mensajes sanitarios y sostener conductas preventivas (20).

Los resultados evidencian que el estado civil y la ocupación se asocian de manera significativa con el nivel de conocimiento y la actitud frente al VIH/SIDA en gestantes, lo que confirma que las variables sociales influyen directamente en la forma en que las mujeres comprenden, interpretan y enfrentan la infección durante el embarazo. Estudios realizados en poblaciones maternas han demostrado que el contexto social y familiar modula el nivel de adherencia, percepción de riesgo y aceptación del diagnóstico en mujeres con VIH (80).

Desde una perspectiva psicosocial, el matrimonio proporciona redes de apoyo que amortiguan el impacto emocional del VIH, reduciendo la negación y el miedo al rechazo, lo que facilita la adherencia al control prenatal y al tratamiento antirretroviral. Por el contrario, las mujeres viudas o divorciadas suelen presentar mayor aislamiento social, menor apoyo económico y mayor internalización del estigma, lo cual explica la alta proporción de actitudes desfavorables observadas en estos grupos (85).

Respecto a la ocupación, se observó que las estudiantes y amas de casa presentaron mayor proporción de conocimiento alto sobre VIH/SIDA, mientras que las gestantes con trabajo dependiente e independiente mostraron predominantemente niveles de conocimiento medio. Este patrón coincide con lo reportado por Kassa et al., quienes hallaron que la permanencia en entornos educativos y el contacto frecuente con servicios de salud favorecen el acceso a información confiable sobre VIH (86).

En contraste, las mujeres que trabajan extensas jornadas presentan mayores barreras de tiempo y menor exposición a campañas educativas, lo que limita la adquisición de conocimientos actualizados (9). De forma similar, Nyblade et al. demostraron que el acceso regular a información sanitaria durante los controles prenatales incrementa significativamente el nivel de conocimiento y reduce actitudes estigmatizantes hacia el VIH. Esto explicaría por qué las amas de casa, al acudir con mayor frecuencia a los establecimientos de salud, presentan mejores niveles de información que las mujeres laboralmente activas (4).

Por otro lado, al comparar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA con las características sociodemográficas, los resultados evidenciaron una relación significativa con las gestantes que

pertenecen a grupo religioso que se identificaron como otros presentaron un conocimiento alto, en cuanto a su ocupación las amas de casa y estudiantes tuvieron altos conocimientos y las trabajadoras independientes presentaron conocimiento medio y en relación al estado civil se evidencio que las viudas y solteras presentaron mayores conocimientos. Lo que refuerza que el conocimiento no depende únicamente de factores biológicos o cronológicos, sino que esta más influenciado por determinantes sociales y culturales, donde las gestantes pueden acceder a espacios donde se difunde información sobre el tema y muchas veces con más frecuencia. Esto coincide con los hallazgos de Yeshaneh en Etiopia donde se encontraron que 72.2% de gestantes tenían un buen conocimiento sobre temas de VIH (80).

Así mismo Seminario K. realizo un análisis con las características sociodemográficas como religión, ocupación y estado civil, y encontró que el 21% tenía conocimiento del VIH/SIDA. En ese sentido, las estas relaciones significativas están vinculadas a las experiencias previas frente a situaciones de riesgo, el acceso a información y consejería durante los controles prenatales incluyendo las creencias, normas y culturas de las gestantes impacta también en la adquisición de conocimientos y comprensión sobre el VIH/SIDA (84).

En cuanto a la comparación del nivel de actitudes sobre VIH/SIDA con las características sociodemográficas, los resultados mostraron que, en la educación, las gestantes analfabetas presentaron mayor proporción de actitud desfavorable, mientras que en la religión los grupos que se identificaron como católicas y evangélicas predomino una actitud indiferente, en cuanto a la ocupación las estudiantes mostraron mayores actitudes favorables y respecto al estado civil las convivientes mostraron una actitud indiferente. Lo que sugiere que las actitudes al ser más complejas y vinculadas a creencias, emociones y experiencias sociales, son más sensibles a factores contextuales. Esto se relaciona con lo investigado por Ceras S. en el cual la mayoría de los encuestados son convivientes y amas de casa, se señaló que el 73.3% de las gestantes presento actitudes de indiferencia (90). Por otro lado, en el análisis realizado por Seminario K. donde se evaluó a un grupo con características sociodemográficas similares se encontró que el 74.1% presento una actitud desfavorable. Lo cual reafirma que las actitudes y la forma en que las gestantes perciben el VIH/SIDA, están condicionadas por factores sociales, culturales y emocionales, así como el nivel de exposición a entornos educativos (84).

En el contexto local, Martínez reportó en gestantes adolescentes del Hospital Goyeneche niveles medio-altos de conocimiento sobre ITS/VIH-SIDA (93%) y actitudes favorables en más del 80% hacia sexualidad responsable y toma de decisiones informadas; aunque el constructo evaluado difiere, estos hallazgos apoyan que mayor alfabetización sexual y exposición

educativa se asocian con mejores disposiciones actitudinales, lo que refuerza la pertinencia de fortalecer intervenciones educativas dentro del mismo entorno hospitalario. (4).

En conjunto, los hallazgos se interpretan a la luz del modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP/KAP), el cual plantea que un conocimiento adecuado favorece actitudes más positivas y, en consecuencia, aumenta la probabilidad de conductas preventivas en salud; sin embargo, este proceso puede verse condicionado por el entorno social y cultural (p. ej., estigma, confianza en los servicios, normas familiares), por lo que las intervenciones prenatales deberían combinar educación focalizada, consejería centrada en la usuaria y acciones de reducción del estigma para facilitar que la gestante no solo “sepa”, sino que también se sienta capaz y motivada para actuar preventivamente (68).

En cuanto a las limitaciones, al basarse en un cuestionario de auto-reporte, los resultados pueden estar influenciados por sesgo de deseabilidad social, especialmente en temas sensibles como VIH/SIDA, lo que podría sobreestimar respuestas consideradas “correctas” o socialmente aceptables. Asimismo, al tratarse de una muestra proveniente de un único establecimiento (Hospital Goyeneche), la generalización a otras poblaciones de gestantes debe realizarse con cautela, dado que el nivel de consejería, características socioculturales y accesibilidad a servicios pueden diferir entre regiones y niveles de atención (68).

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al VIH/SIDA ($p < 0.001$).
- SEGUNDA:** Predomina, las gestantes de 25 a 35 años, con nivel educativo de primaria o secundaria completa, de religión católica, convivientes y con ocupación dependiente o estudiantes.
- TERCERA:** La mayoría de las gestantes presenta un nivel medio y alto de conocimiento, lo que indica que cuentan con información básica y aceptable sobre la infección.
- CUARTA:** Predomina una actitud indiferente, seguida de una actitud desfavorable, mientras que solo una minoría de gestantes presenta actitudes favorables.
- QUINTA:** El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA se asocia significativamente con las características sociodemográficas religión, ocupación y estado civil.
- SEXTA:** El nivel de actitudes frente al VIH/SIDA se asocia significativamente con nivel de estudios, religión, ocupación y estado civil, mientras que no se asocia con la edad.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Fortalecer las actividades de educación y consejería durante el control prenatal, haciendo uso de lenguaje sencillo acorde al nivel educativo y disponibilidad de las gestantes en horarios factibles, con el fin de mejorar la comprensión y establecer medidas preventivas frente al VIH/SIDA.
- SEGUNDA:** Desarrollar actividades educativas dirigidas a las gestantes que presentan conocimientos medios o bajos, con el fin de reforzar la comprensión sobre el VIH/SIDA y adquirir actitudes más favorables para prevención y diagnóstico.
- TERCERA:** Fomentar la participación de las gestantes en actividades orientadas al cambio de actitudes, incorporando estrategias participativas, consejería personalizada y dinámicas motivacionales que ayuden a adquirir conductas preventivas y mayor percepción de riesgo frente al VIH/SIDA.
- CUARTA:** Implementar programas educativos según características sociodemográficas, adaptando horarios y contexto sociocultural de las gestantes para mejorar y comprender la información.
- QUINTA:** Promover acciones formativas en gestantes con menor nivel educativo, utilizando lenguaje sencillo, recursos visuales y métodos didácticos, además de estrategias de comunicación que consideren el contexto sociocultural y religioso para favorecer actitudes preventivas.
- SEXTA:** Fortalecer las actividades de educación sanitaria durante el control prenatal en el Hospital Goyeneche, incorporando información clara y actualizada sobre transmisión, prevención y diagnóstico oportuno del VIH/SIDA, considerando que el estudio evidenció una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente a la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GBD 2021 HIV Collaborators. Global, regional, and national burden of HIV/AIDS, 1990–2021, and forecasts to 2050, for 204 countries and territories: the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet HIV*. 2024;11:e807-22. doi:10.1016/S2352-3018(24)00212-1.
2. Sabin L, Haghparast-Bidgoli H, Miller F, Saville N. A systematic review of barriers and facilitators to antenatal screening for HIV, syphilis or hepatitis B in Asia: perspectives of pregnant women, their relatives and health care providers. *PLoS One*. 2024;19(5):e0300581. doi:10.1371/journal.pone.0300581.
3. Cherie S, Workie H, Kassie T, Bitew A, Samuel T. Pregnant women’s knowledge, attitude, and practice towards the prevention of mother-to-child transmission of HIV/AIDS in Dil Chora Referral Hospital, Dire Dawa, Eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *HIV AIDS (Auckl)*. 2022;14:45–60. doi:10.2147/HIV.S327904.
4. Martínez Rodríguez D. Relación entre conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva en gestantes adolescentes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Goyeneche. Arequipa–Perú, 2019 [tesis de maestría]. Arequipa (PE): Universidad Católica de Santa María; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/13668>.
5. World Health Organization. Mother-to-child transmission of HIV [Internet]. Geneva: WHO; [citado 026 Mar 3]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv>.
6. World Health Organization. HIV data and statistics [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Dec 10]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>.
7. Douek DC, Smith RT, Johnson LP. New insights into the immunological cellular pathomechanisms of HIV. *Annu Rev Med*. 2009;60:471-484. doi:10.1146/annurev.med.60.041807.123549.
8. Sharp PM, Miller KM. Evolutionary history and the emergence of the global AIDS epidemic. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2011;1(1):a006841. doi:10.1101/cshperspect.a006841.
9. Calvi MVE. Estrategias de comunicación en salud y prevención mediática del VIH. *Círculo Lingüíst Apl Comun*. 2025;215-229. doi:10.5209/clac.100081.

10. Johnson MM, Brown S, White A. Impact of genomic variations on the replication efficiency of viral strains. *Viruses*. 2023;15(1):107. doi:10.3390/v15010107.
11. Di Nunzio F, Garcia J, Martinez E. Molecular dynamics and condensate formation in retroviral assembly phases. *Retrovirology*. 2023;20:4. doi:10.1186/s12977-023-00619-6.
12. Kaya B, Arslan T, Demir S, Can M, Uzun G. Spectrum of oncological diseases in patients with immunosuppression. *Ro J Infect Dis*. 2024;27(1). doi:10.37897/RJID.2024 (27) 33-37.1.10.
13. Campian JL, Howard P, Lewis R, Walker F, Young S, Green T, et al. Evaluation of novel interleukin-7 therapies for post-radiation lymphopenia. *Neurooncol Adv*. 2025;7(1):vdaf117. doi:10.1093/noajnl/vdaf117.
14. Yilmaz Nakir I, Korkmaz A, Polat B, Erdem O. Longitudinal study of neoplastic trends in HIV-positive cohorts. doi:10.21203/rs.3.rs-7554861/v1.
15. Pakkal P, Singh S. Endocrine disruptions and thyroid monitoring in patients under HAART therapy. *Int J Life Sci Biotechnol Pharma Res*. 2025;14(9):356-360. doi:10.69605/ijlbpr_14.9.2025.60.
16. Aparicio Jiménez M. Análisis estadístico de la prevalencia de retrovirus en clínicas de seguridad social [trabajo de grado]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2024.
17. Blamey R, Morales D, Ortiz J, Ramos F, Soto G, Valenzuela P, et al. Dinámica actual de la transmisión del VIH: una perspectiva regional. *Rev Chil Infectol*. 2024;41(2):248-260. doi:10.4067/S0716-10182024000200248.
18. Serna-Trejos JS, Gomez L. Reporte nacional sobre la incidencia de enfermedades inmunológicas en Sudamérica. *MetroCiencia*. 2023;31(3):90-93.
19. de la Mora L, Jimenez H, Navarro R. Protocolos terapéuticos y manejo clínico actualizado de la infección viral. *Med Clin (Barc)*. 2024;162(11):535-541. doi:10.1016/j.medcli.2023.12.007.
20. Chilaka VN, Thompson G. Complicaciones gestacionales y manejo de pacientes con carga viral activa. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;256:484-491. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.11.034.
21. Ezeoru VC, Okafor C, Nwosu D, Ibe K, Onu A, Okoro B. Co-infecciones parasitarias y niveles de hemoglobina en población obstétrica africana. *J Pharm Res Int*. 2021;33(4):10-19. doi:10.9734/JPRI/2021/v33i431166.

22. van der Wal R, Peters M, Simon K, Thomas L, Victor J, William P, et al. Programas de protección social para la mitigación del riesgo en mujeres jóvenes. *J Int AIDS Soc.* 2021;24:e25787. doi:10.1002/jia2.25787.
23. Brawner BM, Scott H, Reed G, Nelson M, Kelly D, Harris S, et al. Determinantes ambientales y comunitarios en la exposición a enfermedades virales. *AIDS Behav.* 2022;26:874-934. doi:10.1007/s10461-021-03448-w.
24. Barr E, Davis J, Moore K, Taylor R, Wilson M, Wright S, et al. Enfoque multidisciplinario en la salud femenina durante el tratamiento crónico. *Lancet HIV.* 2024;11(3):e186-e194. doi:10.1016/S2352-3018(24)00004-3.
25. Ford N, Baker C, Edwards D, Fisher J, Grant S. Unificación de servicios de salud reproductiva y seguimiento de infecciones crónicas. *Front Glob Womens Health.* 2021;2:735281. doi:10.3389/fgwh.2021.735281.
26. PrabhuDas M, Hill A, King B, Scott C. Modulación del sistema inmune durante el desarrollo fetal y la vacunación. *J Womens Health.* 2021;30(2). doi:10.1089/jwh.2020.8854.
27. Yu W, Zhang Q, Liao H. Desafíos clínicos de las patologías virales en el binomio madre-hijo. *Matern Fetal Med.* 2022;4(1):72-86. doi:10.1097/FM9.000000000000133.
28. Kumar M, Ahmed S, Hassan F. Efectos sistémicos de los procesos infecciosos durante el periodo de gestación. *Front Cell Infect Microbiol.* 2022;12:873253. doi:10.3389/fcimb.2022.873253.
29. Florez-Tapias KJ. Vigilancia epidemiológica de infecciones congénitas en entornos hospitalarios regionales [trabajo de grado]. Bucaramanga: Universidad de Santander; 2025.
30. Meza N, Duarte S, Coronel F, Villalba M, Vera R. Evaluación de los protocolos de tamizaje prenatal y asesoramiento clínico. *SciELO Preprints.* 2024. doi:10.1590/SciELOPreprints.10884.
31. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Estadísticas globales y tendencias de la salud inmunológica mundial. Geneva: UNAIDS; 2025.
32. Pan American Health Organization (PAHO). Iniciativas para la eliminación de la transmisión vertical en las Américas. Washington (DC): PAHO; 2026.
33. Calin AM, Popa I, Stan C, Radu A. Riesgos de transferencia viral transplacentaria y manifestaciones en la cavidad oral. *Medicine and Materials.* 2024;4(1):11-16. doi:10.36868/MEDMATER.2024.04.01.011.

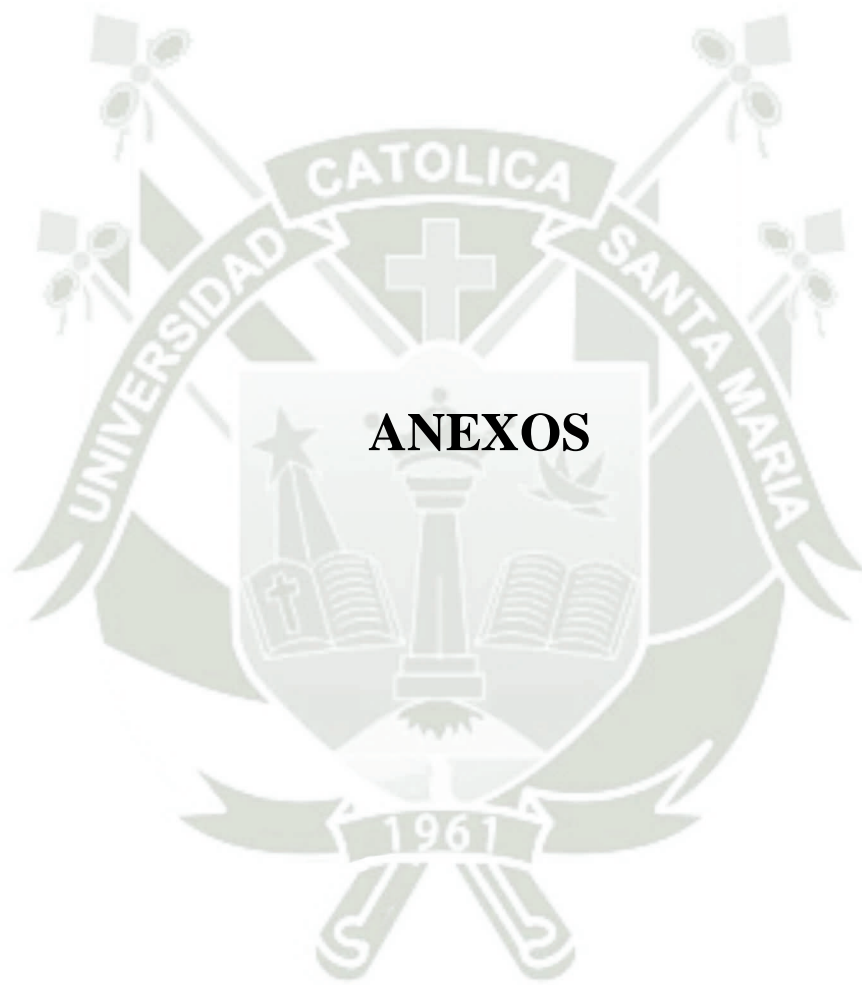
34. Girsch JH, Sanchez M, Rivera C, Gomez D, Lopez F, Martinez G, et al. Mecanismos de interacción patógeno-huésped en la interfase materno-fetal. *Front Virol.* 2022;2:833106. doi:10.3389/fviro.2022.833106.
35. Weng J, Bastien P, Richard S. Adaptación de la respuesta innata durante el embarazo normal y patológico. *Biology.* 2023;12(3):402. doi:10.3390/biology12030402.
36. Govindaraj S, Gupta H, Sharma S, Khanna M, Rao V. Dinámica de las células T CD4+ en el contexto de la infección crónica. *Front Immunol.* 2023;14:1203531. doi:10.3389/fimmu.2023.1203531.
37. Xiao Q, Li L, Sun J, Zhou S, Chen Y, Wang Q, et al. Mecanismos de ferroptosis y disfunción mitocondrial en linfocitos T. *EBioMedicine.* 2022;86:104382. doi:10.1016/j.ebiom.2022.104382.
38. Moron-Lopez S, Vila S, Costa J, Perea M, Torrens A. Reducción de los reservorios virales mediante agentes moduladores de la transcripción. *Clin Infect Dis.* 2022;74(11):2044-2049. doi:10.1093/cid/ciab733.
39. Ali KK, Ibrahim M, Farid H, Kamal N, Salem E. Modelado matemático de la cinética viral y respuesta al tratamiento antiviral. *Math Methods Appl Sci.* 2020. doi:10.1002/mma.7022.
40. Obeagu EI, Chijioko G. Influencia de la inmunidad materna en el desarrollo del sistema inmune neonatal. *Elite J Lab Med.* 2024;2(1):46-58.
41. Ruck CE, Miller S. Resultados del desarrollo infantil en entornos de exposición viral intrauterina. *Front Virol.* 2022;2:885246. doi:10.3389/fviro.2022.885246.
42. Hussain T, Khan G, Ali D, Shah M, Yao Y, Ahmed M, et al. Protección inmunológica fetal frente a patógenos maternos durante el embarazo. *J Immunol Res.* 2022;2022:7567708. doi:10.1155/2022/7567708.
43. Koren O, Levi L, Cohen P, Green I, Weiss M. El microbioma materno y su papel en la programación inmunológica del feto. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2024;21:35-45. doi:10.1038/s41575-023-00864-2.
44. Shimizu Y, Tanaka H, Suzuki Y, Sato T. Alteraciones del neurodesarrollo vinculadas a la activación inmune materna. *Cells.* 2023;12(5):741. doi:10.3390/cells12050741.
45. Hofsink N, Bakker L, Jansen T. Consecuencias a largo plazo de la inflamación prenatal en la descendencia. *Semin Immunopathol.* 2024;46:14. doi:10.1007/s00281-024-01023-8.

46. Njar VE, Peters F, Okoye O, Chinedu I. Alteraciones hematológicas en gestantes con compromiso inmunológico. *J Gynecol Womens Health*. 2023;25(3). doi:10.19080/JGWH.2023.25.556165.
47. Obase BN, Mensah J, Boateng D. Manejo clínico de la malaria en pacientes con inmunodeficiencia en zonas endémicas. *Int J Transl Med*. 2023;3(2):187-202. doi:10.3390/ijtm3020014.
48. Nhampossa T, Silva R, Langa A, et al. Factores de riesgo asociados a estadios avanzados de inmunosupresión en mujeres rurales. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:756. doi:10.1186/s12884-022-05090-3.
49. Zhang Y, Liu X, Chen R, Wu X, Zhao H, Liang W. El papel de las células supresoras en la tolerancia materno-fetal. *Int Rev Immunol*. 2022;41(5):534-551. doi:10.1080/08830185.2021.1938566.
50. Shaw J, Miller N. Diagnóstico diferencial de infecciones oportunistas en la era del tratamiento moderno. *Medicine*. 2022;50(5):294-297. doi:10.1016/j.mpmed.2022.02.010.
51. Mouinga-Ondeme A, Ndong M, Obiang I, Bignoumba B, Meye P, Koumba L, et al. Prevalencia de patógenos oportunistas en pacientes bajo terapia antirretroviral. *Viruses*. 2024;16(1):85. doi:10.3390/v16010085.
52. Loghin MG, Ionescu P, Popescu R, Marin L, Georgescu D, Stanescu I, et al. Guía de manejo obstétrico para el parto en pacientes con diagnóstico viral. *J Mind Med Sci*. 2022;9(1):111-117. doi:10.22543/7674.91.P111117.
53. Sikhosana ML, Nkosi M, Gumede L, Zulu C, Buthelezi A, Cele K. Estudio de casos sobre trastornos hipertensivos en embarazadas con VIH. *AJOG Glob Rep*. 2022;2(3):100056. doi:10.1016/j.xagr.2022.100056.
54. Fentie EA, Worku H, Belay E, Tadesse M, Kassahun A, Getachew T. Resultados perinatales adversos en hospitales de referencia del África Oriental. *Sci Rep*. 2022;12:22514. doi:10.1038/s41598-022-27073-2.
55. Eke AC, Harrison S, Moore L. Optimización de la dosificación de antirretrovirales durante el tercer trimestre. *JAMA*. 2023;329(15):1308-1309. doi:10.1001/jama.2023.5076.
56. Cowan E, Foster R, Baker S, Miller J, Thompson S, Davis A, et al. Abordaje inicial y diagnóstico precoz de la infección viral aguda. Baltimore: Johns Hopkins University; 2024.

57. Gandhi RT, Peters R, West J, et al. Consenso internacional sobre el tratamiento farmacológico en adultos. *JAMA*. 2023;329(1):63-84. doi:10.1001/jama.2022.22246.
58. Navér L, Eriksson J, Forsberg C, Jonsson M, Nilsson K, Svensson S, et al. Protocolos nacionales para el tratamiento preventivo en la gestación. *Infect Dis (Lond)*. 2024;56:657-668. doi:10.1080/23744235.2024.2360029.
59. Gandhi RT, White R, Black P, et al. Actualización de las recomendaciones para la prevención y el tratamiento del VIH. *JAMA*. 2025;333(7):609-628. doi:10.1001/jama.2024.24543.
60. Bor J, Klein C, Meyer M, Ross B, Kelly C, Young R, et al. Impacto de la campaña "Indetectable = Intransmisible" en la percepción social. *AIDS Behav*. 2021;25:4209-4224. doi:10.1007/s10461-021-03296-8.
61. Bhagavathula AS, Reed C, Wright R, Moore M, Scott K, White V. Análisis de los conocimientos y actitudes frente a la salud sexual en el sur de Asia. *Health Promot Perspect*. 2021;11(2):148-160. doi:10.34172/hpp.2021.19.
62. Sallam M, Ibrahim A, Khalil S, Hassan K, Mansour L, Omar M, et al. Estigma y discriminación hacia pacientes crónicos en estudiantes de ciencias de la salud. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2):745. doi:10.3390/ijerph19020745.
63. Endalamaw A, White F, Green F, Brown W, Black Y. Brechas en el acceso a servicios de salud y educación preventiva. *BMC Public Health*. 2024;24:1815. doi:10.1186/s12889-024-19329-5.
64. Zhang L, Chen H, Li H, Wang W, Liu X, Sun X, et al. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre enfermedades virales en universitarios. *Front Public Health*. 2022;9:804626. doi:10.3389/fpubh.2021.804626.
65. Rizvi MZ. Implicaciones éticas de las intervenciones inmunológicas en la salud reproductiva. *J Health Ethics*. 2025;21(1):33-53. doi:10.18785/jhe.2101.06.
66. Monteiro S, Silva A, Pereira M, Costa V, Almeida A. Conocimiento sobre infecciones virales comunes y métodos de prevención prenatal. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2023. doi:10.1080/14767058.2023.2183754.
67. Owusu-Ansah FE, Darko A, Mensah C, Addo A, Boateng V, Kumi E. Comportamientos de riesgo y educación sexual en la educación superior. *Afr J Reprod Health*. 2023;27(9):117-126.
68. Obeagu EI, Chima G, Okeke M, Nwosu E, Buhari H. Estrategias de cambio de comportamiento frente a la salud sexual en adolescentes. *Medicine*. 2023;102(49):e36599. doi:10.1097/MD.00000000000036599.

69. Adefolalu AO. Aplicación de modelos cognitivos para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico. *S Afr J HIV Med.* 2018;19(1):a762. doi:10.4102/sajhivmed.v19i1.762.
70. Fenn K, Jones M. Fundamentos de la terapia conductual aplicada a enfermedades crónicas. *InnovAiT.* 2013;6(9):579-585. doi:10.1177/1755738012471029.
71. Coelho DRA, Silva B, Santos M, Oliveira W, Ferreira W, Costa S, et al. Meta-análisis sobre el impacto de la terapia conductual en los resultados clínicos. *Nat Ment Health.* 2025;3(6):735-746. doi:10.1038/s44220-025-00444-0.
72. Kalungwe M, Maseko S, Phiri T, Banda N, Chanda C, Lungu M. Barreras psicosociales para el cumplimiento del tratamiento en gestantes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022. doi:10.1002/ijgo.14130.
73. Abebe W, Hailu M, Tekle M, Belay S, Kidane L, Assefa A. Relación entre la salud mental y la eficacia de los tratamientos preventivos. *PLoS One.* 2022;17:e0262638. doi:10.1371/journal.pone.0262638.
74. Castillo Sandoval AR. Evaluación de la conciencia de riesgo biológico en jóvenes de zonas urbanas [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola; 2025.
75. Ouhtit A, Tahiri R, Idrissi R. Retos pedagógicos y culturales en la enseñanza de la inmunología clínica. *Adv Med Psychol Public Health.* 2025;2(4):225-237. doi:10.5281/zenodo.14176507.
76. Obeagu EI, Emeka G. Beneficios inmunológicos de la lactancia materna en contextos de exposición viral. *Elite J Nurs Health Sci.* 2024;2(4):23-39.
77. Pratley P. Empoderamiento femenino y su relación con indicadores de salud materno-infantil. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21:418. doi:10.1186/s12884-021-03901-w.
78. Ahmed S, Miller A, Wilson D, Green O. Estatus socioeconómico y su impacto en la salud neonatal global. *Lancet Glob Health.* 2022;10(5):e635-e643. doi:10.1016/S2214-109X(22)00058-6.
79. Yaya S, Smith O, Jones M, Brown G. Análisis multinivel de los factores de riesgo en el nacimiento en regiones en desarrollo. *PLoS One.* 2023;18(4):e0283210. doi:10.1371/journal.pone.0283210.
80. Yeshaneh A, Abebe H, Tafese FE, Workineh A. Knowledge, attitude, and practice towards prevention of mother-to-child transmission of HIV among antenatal care attendees in Ethiopia, 2020. *PLoS One.* 2023;18(2):e0277178. doi:10.1371/journal.pone.0277178.

81. Jahangiry L, Aliyari Z, Ponnet K. A study on the knowledge, attitudes, and behaviors of pregnant women regarding HIV and routine rapid testing: an assessment in a high-risk marginal area. *Healthcare*. 2021;9(7):793. doi:10.3390/healthcare9070793.
82. Upadhyay M, Lata K, Yadav TC, Mahendru R, Siwach S, Lakra P. Knowledge, attitude and perception of HIV/AIDS among antenatal women and its correlation with their socio-demographic profile: study from a tertiary care centre of Northern India. *J Obstet Gynaecol India*. 2021;71(5):488-494. doi:10.1007/s13224-020-01422-5.
83. Sutherland JA, Calys-Tagoe BNL, Amoakoh-Coleman M. Knowledge and perceptions about human immunodeficiency virus infection, mother-to-child transmission of HIV and HIV prevalence among antenatal attendees of a Ghanaian tertiary health institution: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2025;25:3143. doi:10.1186/s12889-025-24399-0.
84. Seminario K. Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes atendidas en el establecimiento de salud I-3 Miguel Checa Sullana, enero-abril 2020 [tesis de grado]. Chimbote (PE): Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13032/17942>.
85. Ceras Romo SC. Conocimientos sobre VIH/SIDA y actitudes preventivas de las gestantes adolescentes atendidas en el centro materno infantil “César López Silva”. Lima-2019 [tesis de grado]. Lima (PE): Universidad Privada Sergio Bernales; 2020. Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/205>
86. González Sánchez DS. Conocimiento y actitudes sexuales sobre medidas preventivas de VIH-SIDA en gestantes en un centro de salud – Cajamarca [tesis de maestría]. Trujillo (PE): Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/108140>.
87. von Elm E, Egger M, Altman DG, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335(7624):806-808.
88. Chanamé-Zapata F, Castro G, Lopez W, Vargas M, Ruiz P. Análisis de la prevención de patógenos de transmisión sexual en comunidades altoandinas. *Rev Salud Pública*. 2021;23(1). doi:10.15446/rsap.v23n1.85165.



Anexo 1
Instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE VIH/SIDA

El presente estudio está orientado a obtener información respecto a sus conocimientos y actitudes sobre el VIH/SIDA. Su respuesta será manejada con confidencialidad y de carácter anónimo, por lo cual se le solicita veracidad absoluta al momento de contestar las interrogantes planteadas.

Para tal efecto marque Ud. con un aspa (X) según las respuestas que considere pertinente.

GESTANTES (X)

I. DATOS GENERALES:

1. Edad:

- a)25-35
- b)36-46
- c)47 a más

2. Estudios:

- a)Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Superior

3. Religión:

- a)Católica b) evangélico c) otros

4. Ocupación:

- a)Ama de casa c) Trabajadora Dependiente d) Trabajo Independiente e) Estudiante

5. Estado Civil:

- a)Casada b) soltera c) conviviente d) divorciada e) viuda.

II. CONOCIMIENTO EN GENERAL

6. ¿Usted conoce que significan las siglas VIH?

- a) Virus de Inmuno- Deficiencia Hereditaria
- b) Virus de Inmuno-Deficiencia Humana
- c) Virus de Inmuno-Deficiencia Adquirida
- d) Virus Inmuno-Deficiencia Homeostática
- e) No Sabe

7. Usted conoce qué significan las siglas SIDA?

- a) Síndrome de Inmuno-Deficiencia Atípica
- b) Síntomas de Inmuno-Deficiencia Adquirida
- c) Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida.
- d) Síndrome de Inmuno-Deficiencia Arrítmica
- e) No Sabe

8. Conoce usted la diferencia entre tener VIH y tener SIDA?

- a) El VIH es la enfermedad oculta y SIDA es la enfermedad que se desarrolla.
- b) El VIH se es portador y no se contagia y SIDA se está enfermo y se contagia
- c) El VIH se da entre personas heterosexuales y SIDA se da sólo en homosexuales
- d) VIH Y SIDA significan lo mismo.

9. ¿Qué parte del organismo afecta el VIH-SIDA?

- a) El sistema inmunológico
- b) El sistema endocrino
- c) El aparato reproductor
- d) El sistema nervioso

10. ¿En qué lugares puede una persona realizarse el examen para detectar VIH- SIDA?

- a) Sólo en laboratorios privados
- b) En cualquier laboratorio del ministerio de salud

- c) Sólo en los laboratorios del Seguro Social
- d) Sólo en el consultorio privado del médico.
- e) Todas las anteriores

11. ¿Usted sabe después de cuánto tiempo del contagio es factible realizarse un examen para detectar VIH?

- a) Al día siguiente después del posible contagio
- b) Un mes después del posible contagio
- c) Seis meses después del posible contagio
- d) Cinco a ocho años después del posible contagio

12. ¿Usted conoce cuáles son los síntomas iniciales del VIH?

- a) Infecciones por hongos, bacterias estomacales, diarreas continuas, resfriado, TS, un resfriado, pérdida de peso, etc.
- b) Infecciones por hongos, sobrepeso.
- c) dolor de huesos, mareos, pérdida de cabello, nauseas

13. Conoce usted cuáles son las vías de Transmisión de VIH/SIDA:

- a) Relaciones sexuales, por jeringas, transfusión sanguínea, durante el embarazo, lactancia materna.
- b) Por picadura de mosquito.
- c) Por conversar con una persona portadora del VIH.

14. puede una madre transmitir el VIH a su hijo en el vientre?

- a) Sí, si la madre está infectada y no recibe tratamiento
- b) No, porque el feto es independiente de la madre
- c) No lo sé

15. El VIH en una gestante no puede ser transmitido:

- a) Antes del Nacimiento.
- b) Durante el Parto.
- c) después del parto

d) No sabe

16. De las siguientes variaciones en la relación sexual, ¿cuál no representa una forma de contagio?

- a) Sexo oral sin protección.
- b) Sexo anal sin protección
- c) Sexo vaginal sin protección
- d) Todas las anteriores pueden contagiar.

17. ¿Usted conoce qué tipo de tratamiento se le da al VIH - SIDA?

- a) Ninguno todavía no se ha encontrado uno.
- b) Tratamiento para aumentar las defensas y contrarrestar enfermedades oportunistas.
- c) Tratamiento para contrarrestar las enfermedades oportunistas
- d) Tratamiento para aumentar las defensas

18. Usted conoce los costos del tratamiento para el VIH-SIDA:

- a) Es gratuito y accesible
- b) Es muy costoso

19. Usted sabe ¿cuál es la esperanza de vida de una persona con VIH?

- a) Ninguna, muere después de pocos años
- b) Con tratamiento, varios años
- c) Sin tratamiento, varios años
- d) Depende del tipo de VIH varios o pocos años

20. ¿Usted sabe cuál es el método 100% eficaz para no contagiarse con VIH por transmisión sexual?

- a) Abstinencia
- b) Uso del condón
- c) Uso de un método anticonceptivo
- d) La fidelidad

21. ¿Si se es una persona sexualmente activa, ¿cuál es el método de protección que previene el contagio del VIH?

- a) Uso correcto de las píldoras anticonceptivas
- b) Uso correcto del condón masculino.
- c) El coito interrumpido o no eyacular

22. Una vez nacido el bebe, que cuidados debe tener una madre con VIH, para no contagiar a su hijo.

- a) a Evitar abrazarlo.
- b) b. evitar que el niño tenga contacto con su sudor.
- c) c. evitar darle pecho.

III. ACTITUD EN GENERAL

23. Se ha realizado su prueba de VIH si () no ()

24. Le han entregado sus resultados si () no ()

25. Dígame usted su primera relación sexual fue por:

- a) Curiosidad
- b) Presión de los amigos
- c) Porque querías hacerlo
- d) Por amor
- e) Por atracción física

26. ¿Usaste Protección?

- a) SI
- b) NO

27. Si en caso tuvieras relaciones sexuales ahora usarías preservativo:

- a) SI
- b) NO
- c) No lo sé

28. Consideras que al tener relaciones sexuales te estás exponiendo a problemas de salud

- a) SI
- b) NO



Anexo 2

Consentimiento informado

Se le invita a participar en el estudio titulado “Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa–2025”. El propósito es conocer el nivel de información y las percepciones que tienen las gestantes sobre el VIH/SIDA. Su participación consiste en responder un cuestionario anónimo que tomará aproximadamente 15 minutos y no generará riesgos para su salud, ya que no se realizará ningún procedimiento clínico ni se recopilarán datos que permitan identificarla.

Toda la información brindada será manejada con absoluta confidencialidad y se utilizará únicamente con fines académicos. La participación es voluntaria y puede decidir no continuar en cualquier momento, sin que esto afecte la atención que recibe en el hospital ni genere consecuencia alguna. Si tiene dudas, puede solicitar las aclaraciones necesarias antes de aceptar participar.

Al firmar este documento, usted manifiesta que ha sido informada de los objetivos y características del estudio, que ha comprendido la información proporcionada y que acepta participar de manera libre y voluntaria.

Firma de la participante: _____

Anexo 3

Dictamen del Comité de Ética

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 12 de enero de 2026

Investigadoras Mamani Mamani Patricia
Maquera Mamani Ebelin

Presente.-

De mi especial consideración.



Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa-2025".

Investigadoras: Mamani Mamani Patricia y Maquera Mamani Ebelin.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativa, básica, correlacional, prospectivo.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre relación entre el conocimiento y las actitudes sobre VIH/SIDA en gestantes del hospital Goyeneche en Arequipa-2025.

PROCEDIMIENTOS: Aplicación de cuestionario.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

SUJETOS DE ESTUDIO:

Gestantes atendidas en el hospital Goyeneche en Arequipa, durante el año 2025.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.



DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 021 - 2026 CIEI-UCSM

VIGENCIA:

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 12 de enero de 2027.



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

Anexo 4

Autorización del Hospital



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

PROVEÍDO DE AUTORIZACIÓN N° 014-2026-GRA/GERESA/HG-QADI.-

Visto el documento N° 9189692 y expediente N° 5567768 con el visto bueno del Comité de Investigación de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta dirección AUTORIZA a:

**MAMANI MANI PATRICIA SILVIA
MAQUERA MAMANI EBELIN SOLANCH**

Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, la ejecución del proyecto de tesis titulado: **«CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE VIH/SIDA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2025»**, durante el periodo de seis (06) meses, siendo el responsable institucional el Med. Evert Romero Aspícueta, médico asistente de los Servicios de Consultorios Externos de nuestro establecimiento.

Arequipa, 02 de Febrero del 2026

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL AREQUIPA
HOSPITAL G. GOYENECHÉ

MC. Juliana M. Pizarro Rosado
Médico General
CMI 37705 - RNE 24622


JMPR/GRGR/ear.
C.C. Archiva
DOC.: 9209831
EXP. : 5567768