

# CAPÍTULO 1

## 1.0 INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa hoy en día uno de los retos más grandes en términos de salud pública en el ámbito mundial, dada las proporciones pandémicas de la enfermedad. Desde su aparición hace 17 años, el SIDA ha generado nuevas entidades clínicas, ha impuesto nuevos retos a los trabajadores de salud, obligando a afinar los métodos diagnósticos y terapéuticos y ha impactado los costos de los servicios de salud.

Al inicio de la pandemia la atención se centró en grupos específicos de riesgo como homosexuales, drogadictos y prostitutas, por lo que durante muchos años, se mantuvo como una enfermedad ajena al resto de la población. No obstante, las tendencias epidemiológicas del SIDA han cambiado. La diseminación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH-1) a las mujeres en edad reproductiva, ha llevado a un incremento significativo en el número de mujeres embarazadas infectadas con este virus y a un aumento del riesgo de contagio por VIH para sus productos.

El ensayo clínico 076, en mujeres con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), demostró la reducción en la frecuencia de transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de madre a hijo en dos tercios de los casos, cuando madres VIH positivas fueron tratadas con Azidovudina (AZT) durante el embarazo<sup>(1)</sup>.

Los resultados de este estudio, ofrecen a las mujeres embarazadas que saben que están infectadas, un tratamiento para prevenir la transmisión del VIH al producto. Por lo tanto, los resultados del examen serológico de VIH, realizados tempranamente en el curso del control prenatal, serían de gran valor para ayudar a las mujeres a iniciar el tratamiento con AZT.

Sin embargo, estudios recientes muestran que hasta un 24% de las mujeres embarazadas, no están dispuestas a aceptar el examen del VIH como parte de su atención prenatal<sup>(2,3)</sup>.

El porqué las mujeres no aceptan el examen del VIH durante el embarazo, no está completamente claro. La identificación de esas razones puede ser útil, para desarrollar estrategias que eliminen las barreras que algunas de las mujeres enfrentan para dar su consentimiento para el examen de VIH, y que resulten en disminución de la infección perinatal con este virus. El propósito de este estudio, es identificar las razones principales que influyen en el rechazo o aceptación del examen del VIH, si se les ofrece como parte de su atención prenatal.

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número de casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida entre las mujeres, ha aumentado rápidamente y sin control en la última década en todo el mundo. En los Estados Unidos de América, de 1985 a 1994, el número anual de casos de SIDA entre las mujeres aumentó más de 26 veces, de 534 casos a 14,081,<sup>(4)</sup>. En 1985, las mujeres comprendían menos del 1% de los casos acumulados de SIDA en los Estados Unidos, sin embargo, para 1995 representaban el 18.7% y para 1996, el 20.0 % de todos los casos de SIDA reportados. Durante ese mismo período, el SIDA aumentó de la novena a la cuarta causa de muerte entre las mujeres de 25 a 44 años<sup>(5)</sup>.

Las mujeres pertenecientes a las minorías raciales en EUA, han sostenido el peso más grande de esta epidemia de SIDA. Tres cuartas partes del número total de casos de SIDA en mujeres, en los Estados Unidos, ha ocurrido en Hispanas y Afro-americanas<sup>(6)</sup>. La mayoría de los casos de SIDA en las mujeres es atribuida al uso de drogas inyectables (UDI) y a la transmisión heterosexual, 41% y 38%, respectivamente. Hasta 1992, el número anual de casos de SIDA entre las mujeres usuarias de drogas inyectables excedió al explicado por transmisión heterosexual. Sin embargo, después de 1992 la transmisión heterosexual sobrepasó al uso de drogas como modo primario de infección<sup>(7)</sup>. Esto se demuestra con el crecimiento en la proporción de casos de SIDA por transmisión heterosexual en las mujeres, de 15% en 1983, a 79% de los casos nuevos de SIDA en 1996.

En México, de acuerdo a datos recientes del Consejo Nacional de SIDA (CONASIDA), para Octubre 1 de 1998 se habían reportado 37,381 casos de SIDA en todo el país (58,900 considerando el subregistro, según estimaciones del propio CONASIDA, siguiendo el modelo epidemiológico desarrollado por las Naciones Unidas). De acuerdo a la misma fuente, el número total de casos de SIDA en mujeres es de 4,865 (13.0%) y 952 niños menores de 15 años en todo el país.

La transmisión heterosexual en México, explica 39.9% de todos los casos de SIDA en mujeres. Sin embargo, ha aumentado desde que disminuyó la transmisión sanguínea por transfusión en 1991, posterior a la reglamentación de los bancos de sangre en 1987<sup>(8)</sup>.

De acuerdo a la literatura, las mujeres parecen estar en un riesgo mayor que los hombres, de adquirir SIDA por contacto sexual con el sexo opuesto. Anualmente, se reportan más casos de SIDA adquiridos por contacto heterosexual en las mujeres que en los hombres<sup>(9)</sup>. Las razones del porque el riesgo de infección heterosexual es mayor en las mujeres que en los hombres, incluye:(a) de los infectados con VIH la mayoría son hombres, por lo tanto es más probable que una mujer encuentre como compañero a un hombre infectado, (b) es mayor la posibilidad de transmisión del VIH de hombre a mujer que de mujer a hombre y (c) las mujeres parecen estar menos conscientes de su riesgo de infección del VIH, o quizás sean menos asertivas e insistentes en la protección al tener relaciones sexuales<sup>(10)</sup>.

Ochenta y cuatro por ciento de todos los casos de SIDA en mujeres en los Estados Unidos, se encuentra entre las mujeres en edad reproductiva, es decir, de 15 a 44 años. La elevada seroprevalencia de VIH entre las mujeres en edad reproductiva se refleja en el crecimiento de los casos pediátricos de SIDA.

El número anual de casos pediátricos de SIDA, en la Unión Americana, ha crecido más de tres veces en los últimos siete años, de 312 en 1987 a 1,017 en 1994<sup>(11,12)</sup>. Más del 90% de todos los casos de SIDA en infantes, son debidos a la transmisión vertical del VIH de la madre infectada al hijo por nacer<sup>(13)</sup>, y de acuerdo a datos más recientes, en 1997 es de 92 %<sup>(14)</sup>. Las posibilidades de transmisión de VIH de madre a hijo es aproximadamente 30% en los Estados Unidos de América<sup>(15)</sup>.

Para tener una idea de la magnitud de este problema, una estimación de 7,000 mujeres infectadas con el VIH tuvieron su parto en los Estados Unidos durante 1993, resultando en 2,000 recién nacidos infectados vía perinatal<sup>(4)</sup>.

En México, 62 % del total de casos pediátricos acumulados desde 1983 hasta enero de 1998, han sido por transmisión vertical<sup>(16)</sup>.

Desafortunadamente, muchas mujeres embarazadas con infección del VIH, pueden no estar conscientes de su estado VIH positivo debido a que no reconocen factores de riesgo para la infección del VIH y SIDA. La detección de nuevos casos de embarazadas VIH positivas, se basa en el interrogatorio intencionado de los factores de riesgo para el SIDA por el médico tratante, lo cual no se hace rutinariamente. Esto y otros factores relacionados con la pobre autopercepción de riesgo por parte de la embarazada, determina que los instrumentos convencionales para identificar un número importante de mujeres embarazadas seropositivas, no sean efectivos<sup>(17)</sup>.

Por otro lado, investigadores del grupo pediátrico de ensayos clínicos para el SIDA, recientemente reportaron que la terapia con Azidovudina (AZT) reduce significativamente la transmisión materna del VIH al hijo<sup>(1)</sup>. En este estudio, las participantes que recibieron AZT tuvieron dos tercios (67.5%) de reducción de transmisión materna de VIH al hijo (incidencia de transmisión de VIH = 8.3%), comparado con mujeres que recibieron placebo (incidencia de transmisión de VIH = 25.5%).

Los resultados de este estudio, ofrecen a las embarazadas que saben que son VIH positivas, un tratamiento para prevenir la transmisión del VIH al producto.

Las mujeres pueden conocer su estado serológico al aceptar realizarse el examen del VIH, idealmente al inicio de su embarazo. No obstante, estudios recientes han demostrado que hasta un 24% de mujeres embarazadas no están dispuestas a aceptar la recomendación del examen del SIDA, como parte de su atención médica rutinaria durante el embarazo<sup>(2,3)</sup>.

La mayoría de ellas no dan razones para esta decisión. Las pocas razones identificadas en la literatura médica incluyen: falta de percepción de riesgos para contraer la infección del VIH, resultados negativos de un examen del

VIH previo, y en menor medida, la falta de aprobación por parte del esposo para la realización del examen.

Varios estudios sugieren, que es muy probable que algunas personas rechacen el examen del VIH porque no desean ser asociadas a ciertos grupos históricamente identificados como de alto riesgo, y debido a su percepción de las consecuencias sociales negativas de estar infectadas con el VIH. Personas con SIDA han sido estigmatizadas con conductas de homosexualidad, promiscuidad y desviación sexual, adicción a drogas, y como parias sociales<sup>(18,19)</sup>. La percepción de infección del VIH en mucha gente, es de miseria y muerte<sup>(20)</sup>.

En otros casos, las mujeres embarazadas podrían rechazar el examen del VIH para no enfrentar las consecuencias psicológicas de su propia adicción a drogas, promiscuidad sexual o la de su compañero sexual.

Las creencias religiosas y culturales pueden jugar un papel a nivel subconsciente, con la idea de que la infección del VIH puede ser una forma de castigo por sus pecados<sup>(21)</sup>. En estos casos, las mujeres pueden no querer el examen para evitar represalias de su familia, su iglesia o de su comunidad, en caso de ser seropositivas.

Otra razón importante, puede ser la preocupación acerca de la pérdida de la confidencialidad de los resultados del examen en el sistema médico<sup>(22)</sup>. Las encuestas de opinión pública, indican que la mayoría de los norteamericanos creen que hay una falta de protección legal y recursos legales limitados para una persona, en caso de que la confidencialidad sea violada por una clínica o el médico, respecto al resultado serológico del examen del VIH<sup>(23)</sup>.

Además, la mayoría de los encuestados piensan que es muy probable que las personas encontradas positivas para el VIH, tengan que enfrentar actitudes discriminatorias y de hostilidad abierta de muchas personas, que los llevaría a sufrir daño en forma de pérdida de su privacidad, empleo, residencia y cobertura de seguros médicos.

No obstante, puede haber otras razones del porque una mujer puede elegir no aceptar el examen del VIH durante su embarazo. En México, no hay datos disponibles referentes a la actitud de las embarazadas respecto al examen del VIH.

Existen diferencias socioculturales entre la población mexicana y la población norteamericana, en cuanto al lenguaje, valores, expectativas, creencias y costumbres. La asimilación de todos estos aspectos culturales por una población, es lo se ha definido como aculturación. Aún y cuando la intención de esta investigación no fue estudiar la influencia de la aculturación en la aceptación o rechazo del examen de VIH, es necesario reconocer que la aculturación de los mexicanos y México-americanos a la cultura norteamericana juega un papel muy relevante en cuanto a la decisión de tomar o no el examen serológico de VIH/SIDA.

Este estudio se diseñó para identificar los valores y actitudes que influyen en el rechazo del examen de VIH, en la población norteamericana y mexicana y facilitar el desarrollo de estrategias educativas y de consejería específicas para estos grupos de población, que eliminen las barreras que obstaculizan el consentimiento para el examen<sup>(24)</sup>.

Originalmente, se tomó una muestra de embarazadas norteamericanas, se les solicitó tomar parte en una entrevista estructurada persona a persona, acerca de las razones para rechazar el examen del VIH si fuera recomendado por su médico. Con la finalidad de encontrar mayor aplicación de los resultados a nuestra población, se tomó una muestra de embarazadas mexicanas, a fin de establecer comparaciones en las variables más importantes.

## 1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características, valores, y actitudes que influyen en el rechazo o aceptación del examen de VIH por mujeres norteamericanas en comparación con las mexicanas durante el embarazo?

## 1.3 OBJETIVOS

- 1.- Determinar la frecuencia de la aceptación o rechazo de las mujeres embarazadas para practicarse el examen serológico de VIH, y su relación con el ofrecimiento del examen por el personal de salud en población norteamericana y mexicana.

- 2.- Definir las características demográficas de las mujeres embarazadas que rechazarían o aceptarían el examen serológico de VIH en ambas poblaciones.
- 3.- Identificar las actitudes y valores personales que influyen en la decisión de rechazar o aceptar el examen de VIH.
- 4.- Establecer comparaciones en cuanto a la autopercepción de riesgo entre la población norteamericana y mexicana.

#### 1.4 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA. Las actitudes y valores de las mujeres embarazadas norteamericanas influyen de manera diferente que en las embarazadas mexicanas en el rechazo del examen de VIH.

HIPÓTESIS NULA. Las actitudes y valores de las mujeres embarazadas norteamericanas influyen de igual manera que en las embarazadas mexicanas en el rechazo del examen de VIH.

#### 1.5 DEFINICIONES OPERACIONALES

VALORES. Son el conjunto de creencias y actitudes personales sobre la verdad, la belleza y la valía de cualquier pensamiento, objeto o conducta. Están orientados, dirigen y dan significado a la vida de cada uno (Simon, 1973:44).

ACTITUD. Grado moral de los sentimientos, coherente con una conducta.

#### 1.6 EXAMEN DE VIH /SIDA

Las pruebas de laboratorio existentes para el diagnóstico de VIH, detectan los anticuerpos que se forman a partir de las seis a ocho semanas de adquirir la infección por el virus. Para catalogar a una persona como seropositiva la prueba de ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay), una de las pruebas llamadas de tamizaje, debe de repetirse una vez y confirmarse con pruebas como el Western Blot.

Cuando estas pruebas son negativas, principalmente la prueba confirmatoria de Western Blot, se denomina seronegativa<sup>(8)</sup>. Esta última prueba es más específica (más del 99 %), por lo que el riesgo de falsos positivos es muy bajo.

El examen se ofrece de manera voluntaria y bajo consentimiento informado, y de manera gratuita para las embarazadas, en todas las clínicas de los Estados Unidos de América, no así en México.

#### 1.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados son aplicables únicamente a población con características sociodemográficas similares a la estudiada. Los valores y actitudes de las poblaciones difieren, por lo que la escala validada en los Estados Unidos de América no podrá ser adecuadamente aplicada en México y viceversa.



## CAPÍTULO 2

### 2.0 MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio transversal, prospectivo y comparativo de mujeres embarazadas, inscritas en el programa de atención prenatal de clínicas del sur de Texas, incluyendo San Antonio en los Estados Unidos y mujeres embarazadas mexicanas usuarias del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey, N.L. México.

#### 2.1 Participantes en el estudio y descripción de la población.

Las participantes norteamericanas en el estudio, fueron mujeres embarazadas inscritas en alguna de las clínicas ambulatorias de dos poblaciones del sur de Texas.

San Antonio y McAllen son dos ciudades en el sur de Texas de donde se obtuvo la muestra de pacientes para el estudio. El Departamento de Medicina Familiar de la University of Texas Health Science Center at San Antonio (UTHSCSA), tiene una amplia conexión con tres clínicas comunitarias en San Antonio y con el Programa de Entrenamiento de la Residencia en Medicina Familiar en McAllen, Texas. Las tres clínicas comprendidas en el estudio fueron 1) Barrio Comprehensive, 2) Centro del Barrio, y 3) Ella Austin. Estas clínicas de Medicina Familiar, brindan atención prenatal a 20 ó 30 pacientes embarazadas por mes. El Programa de Residencia de Medicina Familiar de McAllen, registra de 200 a 240 recién nacidos al mes.

La ciudad de San Antonio pertenece al condado de Bexar, el cual tiene una población de 1'292,763 habitantes, de los cuales 51 % es del sexo femenino. Su composición racial/étnica es 47 % hispanos, 44 % blancos y 9 % de raza afro-americana u otra raza. Aproximadamente 47 % de la población femenina en ese condado, está en edad reproductiva de 15 a 44 años.

En contraste, McAllen pertenece al condado de Hidalgo, el cual tiene una población de 398,648 habitantes, de los cuales 52 % es de mujeres. Se estima que 85 % de la población es Hispana, y 45 % de la población femenina es de 15 a 44 años<sup>(25)</sup>.

Texas, es el cuarto estado en cuanto al número de casos de SIDA en Estados Unidos de América<sup>(13)</sup>. Para diciembre de 1997, se habían reportado 39,871 casos. De los 215 condados de Texas, el tercero y duodécimo lugar en frecuencia de casos diagnosticados de SIDA está representado por los condados de Bexar e Hidalgo, respectivamente<sup>(26)</sup>. Una proporción importante de habitantes de los condados mencionados, presenta analfabetismo, desempleo y precario estado de salud. Comparado con otras regiones de Texas, la seroprevalencia del VIH en las mujeres de edad reproductiva en el condado de Bexar y el de Hidalgo, se sitúan en el nivel medio y bajo, respectivamente<sup>(27)</sup>.

La combinación de altas tasas de embarazo en adolescentes, uso de drogas intravenosas y de enfermedades de transmisión sexual en esas dos ciudades, las hacen potencialmente riesgosas para un desproporcionado incremento de transmisión heterosexual del VIH en las mujeres y el consecuente aumento de infección perinatal.

Por otro lado, el Estado de Nuevo León está situado al noreste de México, y de acuerdo a datos de 1995, cuenta con 3'549,273 habitantes. Monterrey, es la ciudad más poblada del estado con 1'088,041 habitantes de los cuales 50.4% son mujeres. En el Estado de Nuevo León se han reportado a la fecha 1,122 casos acumulados de SIDA desde 1985, con 163 casos tan sólo en 1998. Del total de casos, 16.6 % fue en mujeres y 42.5 % en niños menores de 13 años. En Monterrey N.L se presentó el 45.5% del total de casos registrados en el Estado<sup>(28)</sup>. La muestra mexicana para este estudio fue obtenida de la población atendida en el servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, la cual es en general, de nivel socioeconómico y cultural bajo.

## 2.2 Criterios de inclusión.

Fueron incluidas todas las mujeres embarazadas, que estuvieron o acudieron a registrarse como pacientes en alguna de las clínicas mencionadas, tanto en San Antonio y McAllen en los Estados Unidos de América, como en el

Hospital Universitario de Monterrey N.L, México. El trimestre de embarazo que cursaban, la frecuencia de visitas a la clínica, y el hecho de que previamente ya hubieran recibido información sobre VIH/SIDA, no fueron variables controladas ni fueron consideradas motivo de exclusión.

### 2.3 Criterios de exclusión.

Las características de las participantes que impidieron formar parte del estudio fueron: 1) la imposibilidad de comunicarse verbalmente, por incapacidad física o mental de las participantes, 2) cuando las pacientes fueron hostiles hacia el entrevistador, 3) aquellas embarazadas que rehusaron dar su consentimiento firmado para participar en el estudio, 4) las que rechazaron ser entrevistadas en un lugar privado y, 5) las mujeres que no estaban embarazadas.

### 2.4 Diseño del cuestionario

El instrumento para la recolección de datos, constó de una sección corta, para selección de las participantes y obtención de algunos datos demográficos estimados de las no participantes (*Cuestionario de Selección*), como una manera de comparar algunos datos demográficos de la población que no aceptaba participar en el estudio (*Apéndice A*). El *Cuestionario de Investigación* propiamente dicho, consistió en cuatro preguntas sobre uso del lenguaje, para valorar el grado de aculturación (preguntas 4 a 7 inclusive), basado en una escala validada desarrollada por Deyo y Diehl, (1985)<sup>(29)</sup>; y cuatro secciones para recabar información concerniente a: *I-A*. Actitudes hacia la Prueba del SIDA y Embarazo, *I-B* Razones para no aceptar el Examen del SIDA, *II*. Riesgo auto-reportado para VIH/SIDA; *III* Características sociodemográficas, y *IV* Opiniones acerca de la obligatoriedad del examen del SIDA (*Apéndice B*).

En Monterrey N.L se utilizó esencialmente el mismo cuestionario exceptuando la sección de aculturación.

Respecto a la aculturación en la muestra Norteamericana, se recibió asesoría de Murray G (1998), Doctor en Sociología, quien recomendó buscar otros factores de aculturación además del lenguaje, tales como los factores religiosos. Sin embargo, estos últimos no figuran entre los componentes

de aculturación en alguna de las referencias de autores expertos en el área de aculturación (Hazuda H, 1986; Cuéllar, 1980; Deyo RA y cols; Andersen, 1981; Graves y Mercer). Hazuda y Cuéllar, por ejemplo, mencionan como indicadores de aculturación el apellido individual, el paterno, el materno, el lugar de nacimiento de los padres, así como el lenguaje. Por ello, se decidió utilizar el instrumento corto basado en el lenguaje para valorar aculturación.

Para valorar la escala de aculturación, se usó el Escalograma Acumulativo de Guttman<sup>(30)</sup>. De acuerdo a este procedimiento, se le asigna un valor de 1 cuando la respuesta favorece al inglés y 0 cuando favorece al español. Se suma la puntuación y éste es considerado el puntaje de aculturación. Cada sujeto tiene un puntaje que varía de 0 a 4. Entre mayor sea el puntaje, mayor aculturación. (Ver Cuestionario de Investigación, preguntas de la 4 a la 7).

La sección de valores y actitudes que determinaron el rechazo del examen del SIDA, está compuesta de aquellas encontradas en la literatura<sup>(2,3,18-23)</sup>. Cada reactivo tuvo una medición como la escala tipo Likert<sup>(31)</sup> para el grado de acuerdo o desacuerdo de cada sujeto de estudio, valorado del 1 para *Totalmente de acuerdo*; 2 *De acuerdo*; 3 *No sé*; 4 *en desacuerdo*, y 5 *Totalmente en desacuerdo*.

Se seleccionaron reactivos negativos y positivos para evitar la parcialidad en las respuestas.

En la escala utilizada en Monterrey, se llevó a cabo una modificación en las alternativas de respuesta por la dificultad encontrada, en una muestra de mujeres mexicanas en donde respondieron con confusión, por lo que se decidió adoptar un juego de respuestas validadas en un estudio local con población del mismo nivel socioeconómico (Rappsilber, Castillo y Gallegos, 1996). Con esta modificación, el 1 correspondió a *Si*; 2 a *Puede ser que si*; 3 a *No sabe*; 4 a *Puede ser que no*, y 5 a *No*, para hacerlo equivalente al cuestionario utilizado en la Unión Americana.

Dos reactivos de valores: *Violencia en la pareja* y *Rechazo de la pareja*, no fueron tomados en cuenta para la escala en la muestra mexicana por considerarlos reiterativos.

Las participantes respondieron a cada aseveración señalando un número en la tarjeta de respuestas correspondiente, la cual fue modificada para su uso en población mexicana (Apéndice C).

La separación entre valores y actitudes no es suficientemente clara, puesto que ciertos valores entrañan actitudes, por lo que ha este respecto se recibió asesoría verbal de Gómez C (1998), posgraduada en Bioética, quien auxilió en la clasificación de los valores y actitudes (Apéndice I).

La sección de *Riesgo Auto-reportado para VIH/SIDA*, está basada en un instrumento para detección de riesgo de SIDA en atención primaria<sup>(32)</sup>. Las respuestas marcadas en esta sección del cuestionario fueron transferidas por la entrevistadora a la *Forma de Riesgo autoreportado de VIH/SIDA* (Apéndice H). De esta manera, la participante puede llevar esta forma y discutirla con su médico o con quien ella decida que la puede orientar.

Se aplicó una prueba piloto para asegurar la confiabilidad del cuestionario. Algunas preguntas fueron modificadas. El cuestionario fue sometido a un proceso de traducción Inglés-Español-Inglés (*back translation*), por diferentes personas, para asegurar su equivalencia semántica entre las versiones de Inglés y Español y de esa manera poder ser ofrecido en los dos idiomas. También fue analizada su consistencia interna por medio de la prueba alfa de Cronbach.

#### 2.4.1 Procedimiento de Recolección de datos.

Cada participante en el estudio fue entrevistada, de acuerdo a un procedimiento definido. Primero se seleccionó a las participantes utilizando el *Cuestionario de Selección*; segundo, se obtuvo el *Consentimiento Firmado* para la participación en este estudio de aquellas personas que estuvieron de acuerdo (Apéndice E). Tercero, se realizó una entrevista persona a persona usando el cuestionario diseñado para tal fin (*Cuestionario de Investigación*).

La cuarta parte, consistió en la revisión de la entrevistadora junto con la participante, de la *hoja de Información sobre VIH/SIDA* (Apéndice F y G) acerca de: 1) los riesgos de infección del VIH; 2) los

beneficios del tratamiento con AZT en mujeres embarazadas VIH positivas para prevenir la infección perinatal por el VIH en el producto; y 3) nombres, direcciones, y teléfonos de clínicas donde las participantes podrían realizarse el examen del VIH, gratuita y confidencialmente.

Por último, la entrevistadora revisó con la participante las respuestas marcadas en la *Forma de Riesgo autoreportado para VIH/SIDA*. Esta forma es anónima, de tal manera que no se pueda identificar a las participantes.

El tiempo estimado para cada parte de la entrevista fue; dos minutos para el *Cuestionario de Selección*; tres minutos para obtener el *Consentimiento Informado*; doce minutos para la administración del *Cuestionario de Investigación*, tres minutos para revisar el material escrito sobre la *Información sobre el VIH y SIDA*; y tres minutos para revisar las respuestas marcadas en la *Forma de Riesgo autoreportado para VIH/SIDA*.

La entrevista fue llevada a cabo por miembros del equipo de investigación especialmente entrenadas. Todo el proceso de la entrevista fue conducido el mismo día, sin embargo podía ser interrumpida en cualquier momento y reanudada más tarde ése mismo día, para permitir que su médico la atendiera.

#### 2.4.2 Reclutamiento y obtención de consentimiento para el estudio.

Asistentes del sexo femenino fueron contratadas para reclutar y entrevistar a las embarazadas, de acuerdo a los criterios establecidos. Las entrevistadoras de la población Norteamericana eran bilingües y poseían experiencia en la realización de entrevistas.

De cualquier manera, fueron entrenadas por el investigador principal antes de la fase de la recolección de datos sobre la manera de cómo dirigirse a las entrevistadas y obtener la información.

Una entrevistadora abordó a las embarazadas elegibles en la sala de espera de cada clínica de atención prenatal. Se informó del propósito del estudio y se le

notificó la entrega de una compensación de \$ 5,00 USD al finalizar la entrevista. En el caso de la población mexicana, la participación fue sin pago. A las pacientes que aceptaron, se les solicitó que firmarán el *Consentimiento Informado* para la participación en el estudio. Aquellas que declinaron participar, se les informó que serían bienvenidas si en un futuro cercano deseaban reconsiderar su decisión.

A fin de mantener la confidencialidad de sus respuestas, las participantes fueron entrevistadas en privado, sin embargo, ellas pudieron elegir llevar consigo a menores de edad. Después de completar la entrevista se le entregó a la participante la *Hoja de Información* acerca de los riesgos de infección del VIH y lugares donde realizarse este examen gratuitamente. Esta sección no fue utilizada en la muestra mexicana porque no existe esta clase de servicio en Monterrey. Por último, la entrevistadora revisó con la participante las respuestas de la *Forma de Riesgo auto-reportado para el VIH/SIDA*, discutió las áreas potenciales de riesgo para el VIH y la estimuló para que lo comentara con su médico.

El cuestionario y las formas de consentimiento firmado, fueron mantenidos confidencialmente por la entrevistadora, hasta que fueron entregados al investigador principal.

## 2.5 Riesgos para las participantes y el producto.

Existió un riesgo psicológico leve para las entrevistadas, ya que pudieron sentirse avergonzadas o molestas por contestar preguntas relacionadas con su vida personal, y sus puntos de vista acerca de si se realizaban o no el examen del VIH. En la sección IV del cuestionario (Características Sociodemográficas), la respuesta acerca del ingreso económico familiar pudo causar cierto malestar.

Finalmente, las embarazadas pudieron alarmarse por los resultados de la *Forma de Riesgo Autoreportado del VIH/SIDA*.

Se usaron varias estrategias en el diseño del estudio para disminuir la posibilidad de efectos psicológicos adversos de la entrevista.

Primero, los términos utilizados en la entrevista fueron cuidadosamente seleccionados para evitar estereotipos que pueden ofender a las participantes. Ejemplos de ellos son frases o términos como: homosexual, promiscuidad sexual, prostitución, adicta a drogas intravenosas, entre otros.

Segundo, en áreas sensibles del cuestionario, las mujeres respondieron por la selección de una letra o número impreso en una tarjeta de respuestas. Cada letra o número corresponde a un tipo de respuesta. Este sistema puede ser más agradable para la entrevistada, ya que previene el uso de respuestas explícitas lo que puede ocasionar cierto malestar. Por ejemplo, una persona puede encontrar menos penoso y más confidencial decir como respuesta, la letra A, que la cantidad que gana por mes como ingreso económico familiar (Apéndice C).

Tercero, cada entrevistadora fue específicamente instruida para no coaccionar a la entrevistada si rehusaba contestar alguna pregunta.

Cuarto, la entrevistada podría terminar la entrevista en cualquier momento que ella lo deseara, sin pérdida de su compensación y sin repercusión en su atención médica.

Quinto, la *Forma de Riesgo Autoreportado para el VIH/SIDA* no contiene el nombre o alguna otra forma de identificar a quien la contestó, en el caso de que se extraviase.

Sexto, cada entrevistada recibió una hoja con información acerca de los riesgos de adquirir el VIH, el uso de Azidovudina (AZT) para prevenir la infección del VIH, y los nombres, direcciones y números de teléfono de clínicas donde están disponibles en forma gratuita y con servicios bilingües, el examen y consejería sobre el VIH.

Séptimo, las participantes que parecieran ser afectadas emocionalmente por la entrevista, serían inmediatamente valoradas por el investigador principal y de ser necesario, referidas a un servicio de consejería gratuito y accesible para las participantes. Existe cierto riesgo social para las personas que participaron en esta investigación. Un amigo, familiar o acompañante que acuda con la entrevistada a la clínica, podría inadvertidamente darse cuenta de su entrevista.



Sin embargo, se usaron múltiples protecciones para mantener la privacidad y confidencialidad de las respuestas.

Primero, las participantes fueron entrevistadas a solas (excepto que ellas decidieran ser acompañadas por menores de edad).

Segundo, se tomaron todas las precauciones posibles para evitar la pérdida de la confidencialidad acerca de la identidad y la información registrada.

Tercero, los cuestionarios fueron anónimos, a cada cuestionario le fue asignado un número único de identificación de cuatro dígitos, que fue seleccionado al azar antes de la recolección de los datos. De esta forma los cuestionarios pudieron ser usados durante la captura de los datos, sin revelar la identidad de las participantes.

No existieron riesgos físicos, legales, o de otro tipo para las entrevistadas. No existieron riesgos directos identificados para el feto.

## 2.6 Diseño de la muestra

El método estadístico de análisis de poder de Cohen fue usado para calcular el tamaño de la muestra para este tipo de estudio<sup>(33)</sup>. Se estimó que eran necesarias 200 entrevistadas por cada grupo para un valor de alfa de 0.05 para un efecto mediano (0.50) y un poder de 94% (poder =  $1 - \beta$ ) para un total de 400 en la muestra Norteamericana. La muestra estimada en Monterrey fue de 125 para un valor de alfa de 0.05.

## 2.7 Tratamiento estadístico.

El análisis de los datos se llevó a cabo por medio de un programa computarizado para el manejo de datos estadísticos STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES (SPSS 7.5).

Las participantes de las tres clínicas de San Antonio (Centro del Barrio, Barrio Comprehensive, y Ella Austin) y los participantes de McAllen, fueron conjuntadas en un solo grupo que fue denominado Población Norteamericana.

Se establecieron comparaciones entre las poblaciones estadounidenses, usando la prueba de *t* de Student para grupos independientes para los datos continuos y la prueba de Mann-Whitney para variables ordinales.

Se usaron estadísticas descriptivas para resumir la frecuencia de las respuestas que cada grupo reportó en las variables del cuestionario concerniente a: 1) información demográfica, 2) cada factor de riesgo para adquirir VIH, 3) valores y actitudes para no aceptar el examen de VIH y 4) opiniones acerca de la obligatoriedad del examen serológico del SIDA. La media y desviación estándar se usaron para describir la respuesta de cada grupo a variables de tipo continuo. La correlación de las variables nominales se estableció por medio de la prueba de *V* de Cramer, tomando como aceptable una  $p < 0.05$ . Las respuestas de los grupos de estas variables fueron determinadas por medio de porcentajes.

La prueba de Chi-cuadrada fue utilizada para comparar variables de tipo categórico (la escala de Likert usando un rango de 1 a 5). Se estimó, de acuerdo al método mencionado, que para este tipo de análisis son necesarias 200 entrevistadas en cada grupo, cuando el valor de alfa sea de 0.05 (4 grados de libertad) para un efecto mediano (0.50) y un poder de 99%.

La confiabilidad de la escala de valores y actitudes se estimó con el alfa de Cronbach.

Para evaluar los efectos de múltiples variables independientes en una variable cualitativa dependiente, tal como la aceptación o rechazo del examen de VIH, se usó la Regresión Logística<sup>(34)</sup>.

Se aplicó este modelo para determinar la probabilidad de que un individuo dado perteneciera al grupo de las que rechazan o aceptan el examen de VIH, es decir, establecer variables predictoras.

Se utilizaron variables *dummy* = 0. Ejemplo, Perdería el trabajo = 1 y No perdería el trabajo = 0, y se estimó la posibilidad de que la variable predictora perteneciera a la categoría de hacerse o no el examen. El método que se usó para la selección de los subconjuntos de variables fue Selección Progresiva Gradual (*Forward Stepwise*) y los estadísticos utilizados para la selección y eliminación de

variables fue: La Puntuación Eficiente de Rao y El Estadístico de Wald, respectivamente.

Se inició sin variables en la ecuación, y se fueron introduciendo en orden descendente de la mayor a la menor mejoría en el modelo, hasta que no se registró mejoría en la prueba de Chi-cuadrada.

A fin de reducir los reactivos (valores y actitudes) a factores relacionados con la decisión de rechazar el examen de VIH se utilizó el Análisis de Factores. El método de extracción usado fue el Análisis de Componentes Principales<sup>(35)</sup> y el método de rotación fue VARIMAX con Normalización de Kaiser, es decir se aceptó un eigenvalue mayor de 1 (Criterio para suspender la extracción de factores comunes).

## CAPÍTULO 3

### 3.0 RESULTADOS

#### 3.1 Participantes en el estudio

Se entrevistaron 610 mujeres Norteamericanas que acudieron a las clínicas seleccionadas para el estudio. De ellas, solamente 75.6 % fue elegible, es decir 461. Las causas por las que el 24.4% no fueron elegibles fueron No embarazo (n=93), No respuesta (n=30) y otras diversas razones (n=26).

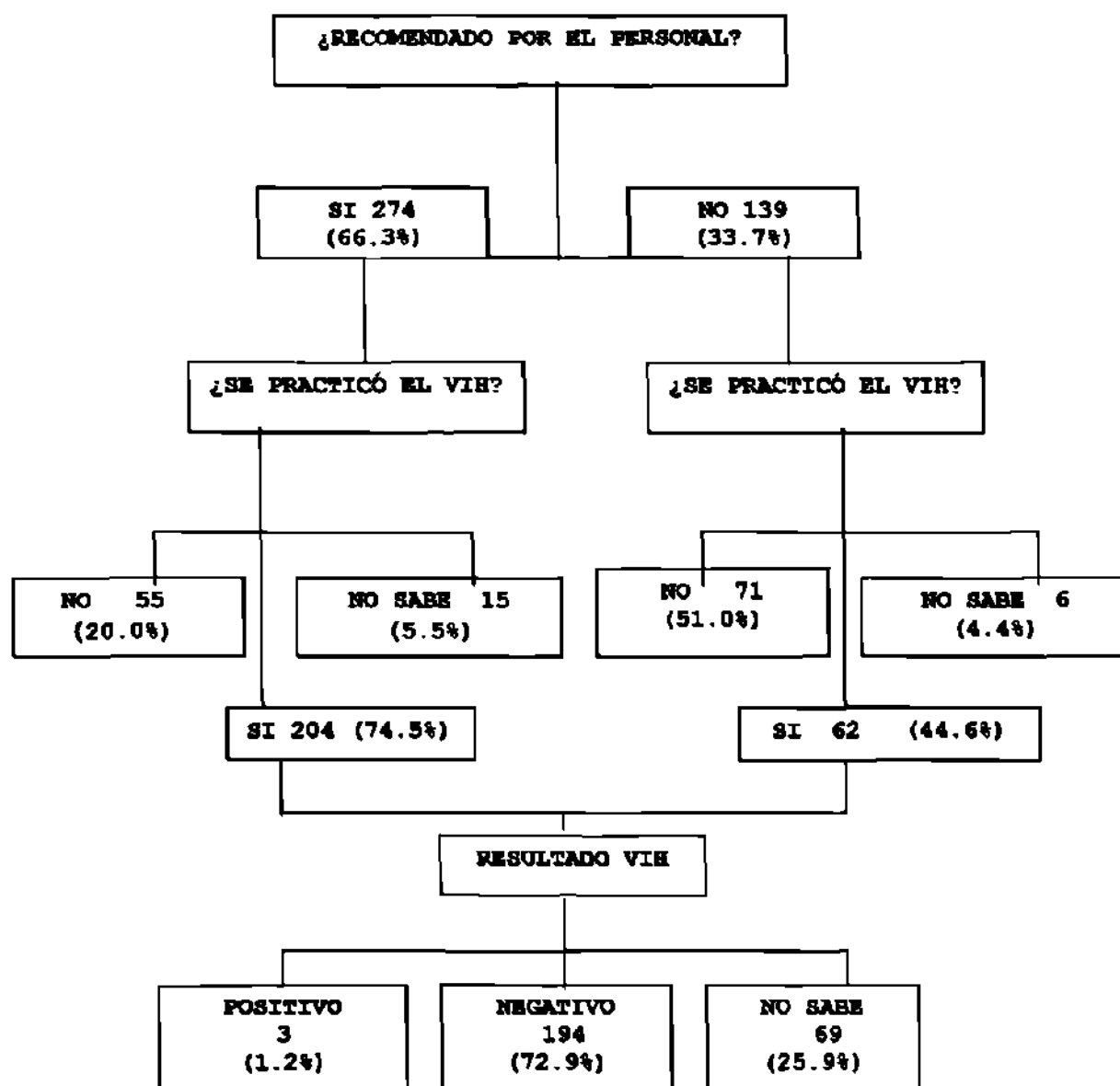
De las 461 elegibles para el estudio, solamente aceptaron la entrevista 89.7 %, es decir, 413, que fue la muestra con la que se realizó el estudio. Las 48 embarazadas restantes que no aceptaron, no diferían estadísticamente en cuanto a edad y grupo étnico con las que si aceptaron participar.

De las 413 mujeres estudiadas, se practicaron el examen durante este embarazo 266, que corresponde a 64.4%. De quienes se lo practicaron, 1% reportó el examen positivo y 72.9 % negativo; el resto desconoce el resultado. No se realizaron el examen durante este embarazo 126, además de 21 que no sabían si se lo habían practicado, da un total de 147, que fue la submuestra para conocer la frecuencia de aceptación del examen si se le sugiriera (*Cuadro I*).

En cuanto a la localidad, 63.2% (n=261), pertenecía a las tres clínicas de San Antonio: *Ella Austin*, *Barrio Comprehensive* y *Centro del Barrio*, mientras que 36.8 % pertenecía a McAllen. Para propósitos del análisis estadístico, en la primera parte se conjuntaron las tres clínicas de San Antonio en un sólo grupo, y la de McAllen en otro. Para efectos de comparación con la población mexicana, tanto las clínicas de San Antonio como las de McAllen, se agruparon en lo que se denominó la Población Norteamericana.

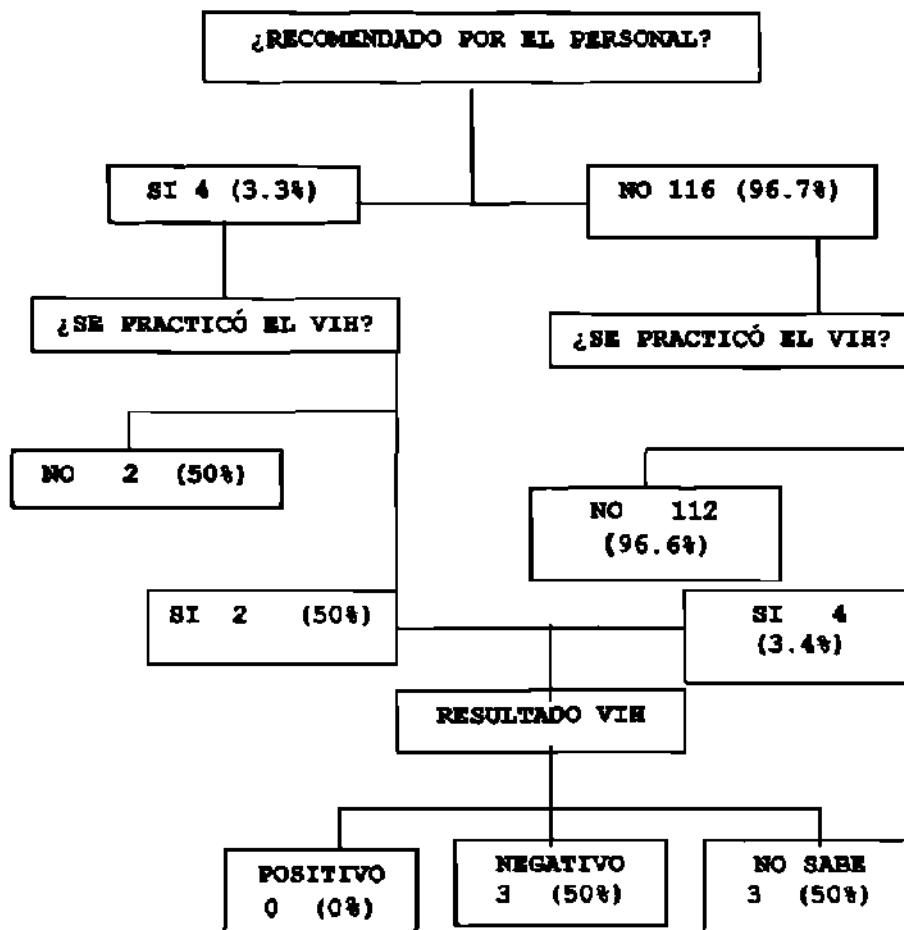
## CUADRO I

## EXAMEN DE VIH EN EMBARAZADAS NORTEAMERICANAS



## CUADRO II

## EXAMEN DE VIH EN EMBARAZADAS MEXICANAS



En la población mexicana, de la muestra de 125 seleccionadas, cinco rechazaron participar en el estudio por razones como no tener tiempo o confiar en su esposo.

De las seleccionadas, diez (8.3%) ya se lo habían practicado antes de este embarazo y solamente seis (5.0%) se lo practicaron durante el embarazo actual. De ellas, 50% desconoce el resultado y en el otro 50% es negativo. No se encontró un solo caso de VIH positivo entre la muestra Mexicana (Cuadro II).

## CUADRO III

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS EMBARAZADAS  
NORTEAMERICANAS Y MEXICANAS**

POBLACIÓN	NORTEAMERICANA N = 413		MEXICANA N = 120		SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
	No.	%	No.	%	
EDAD	MEDIA = 23.5 DS = 6.1		MEDIA = 23.3 DS = 6.2		NS
ESTADO CIVIL (CASADAS)	241	58.4	75	62.5	NS
ESCOLARIDAD (HASTA SECUNDARIA)	190	46.0	37	35.6	p < 0.01
NÚMERO DE HIJOS (PRIMER HIJO)	182	44.1	47	39.2	NS
ESTADO OCUPACIONAL (DESEMPLEADAS)	114	72.2	14	88.4	p < 0.001
ETNICIDAD (MÉXICO-AMERICANAS)	311	75.9	--	--	
INGRESO ECONÓMICO (1,001 - 1,500 DÓLARES/MES)	307	74.5	--	--	
PAÍS DE ORIGEN (EUA)	289	70.1	--	--	

FUENTE: Encuesta del estudio

### 3.2. Características Demográficas

Las características demográficas de los sujetos participantes en la población de San Antonio y McAllen son: edad promedio de 23.5 ± 6.1, predominaron las mujeres casadas con 58.4 % y después las de la categoría de Nunca Casadas con 35.4 %. El resto perteneció a otras categorías. Étnicamente, tres cuartas partes de ellas son México-americanas (75.9%) y su país de origen fue Estados Unidos de América en 70.1 %; sólo 29.0 % nació en México.

La gran mayoría de ellas no estaban empleadas específicamente en un trabajo fuera del hogar (72.2%); el ingreso económico fue de 1001 a 1500 dólares por mes por familia en 74.5 % de los casos. Su escolaridad promedio fue de menos de 12 años de escuela en 47.4 %. Es necesario mencionar que en 44.1 % de la muestra este era su primer embarazo. En cuanto a la muestra mexicana, la media de edad fue muy similar (23.3 ± 6.2), casadas 62.7%, con menor escolaridad que las norteamericanas (35.6%, hasta secundaria) y la gran proporción no empleadas fuera del hogar (88.4%) (Cuadro III).

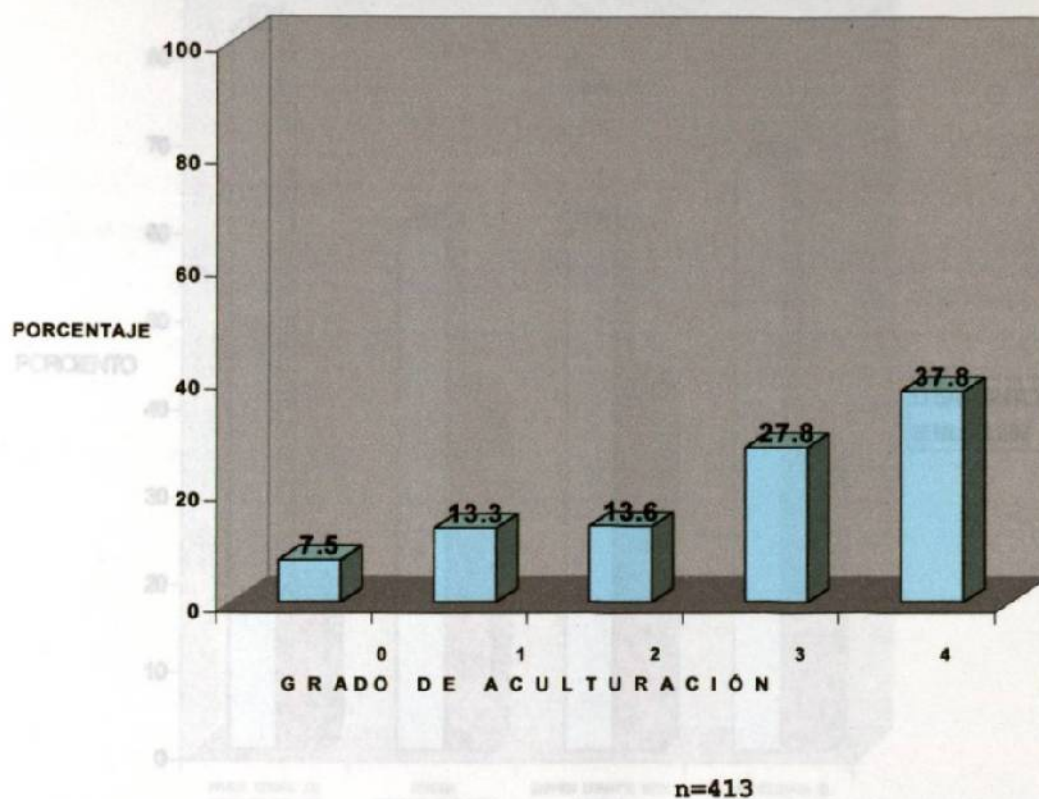


FIGURA 1

### GRADO DE ACULTURACIÓN DE LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN NORTEAMERICANA

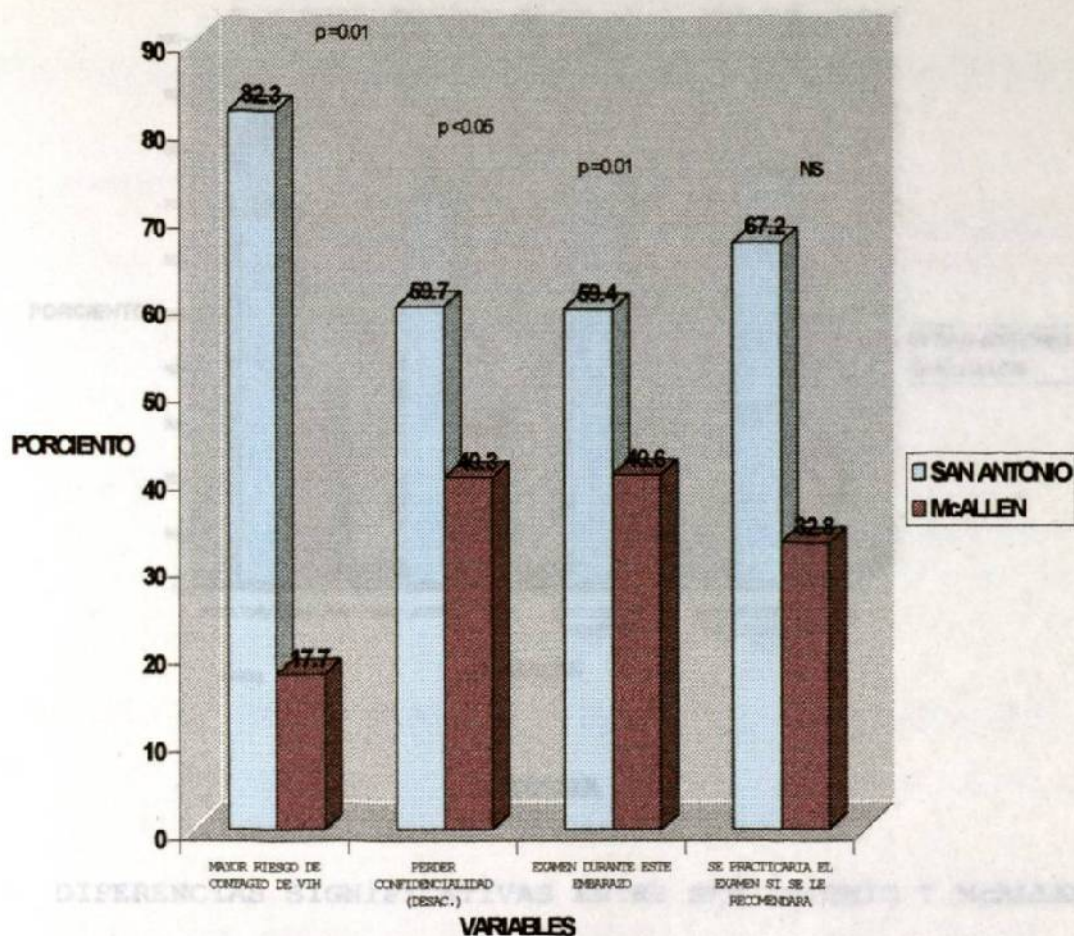
#### DIFERENCIAS ENTRE SAN ANTONIO Y McALLEN

##### 3.2.1. Grado de aculturación

El porcentaje de riesgo de contagio de VIH fue mayor en las mujeres. En general, la muestra norteamericana, corresponde a McAllen una población altamente aculturada, ya que de acuerdo a la escala de aculturación, 65.6 % de las embarazadas tiene una puntuación de 3 y 4. Es relevante el hecho de que casi 70 % de ellas prefirió el Inglés como la lengua en la que deseaban contestar el cuestionario (Figura 1).

En los casos mientras que sólo 40.6 % de las embarazadas de McAllen lo hicieron ( $p=0.01$ ). No hay diferencia significativa en cuanto a la realización del examen si este fuera ofrecido por el personal de salud (Figura 2).





n=413

FIGURA 2

### DIFERENCIAS ENTRE SAN ANTONIO Y McALLEN

El porcentaje de riesgo de contagio de VIH fue mayor en las mujeres embarazadas de San Antonio que en las clínicas de McAllen (82.3% contra 17.7%) en forma estadísticamente significativa  $p=0.01$  (Figura 2).

Las embarazadas en San Antonio se practicaron en mayor porcentaje el examen de VIH durante el embarazo actual en 59.4 % de los casos mientras que sólo 40.6 % de las embarazadas de McAllen lo hicieron ( $p=0.01$ ). No hay diferencia significativa en cuanto a la realización del examen si este fuera ofrecido por el personal de salud (Figura 2).

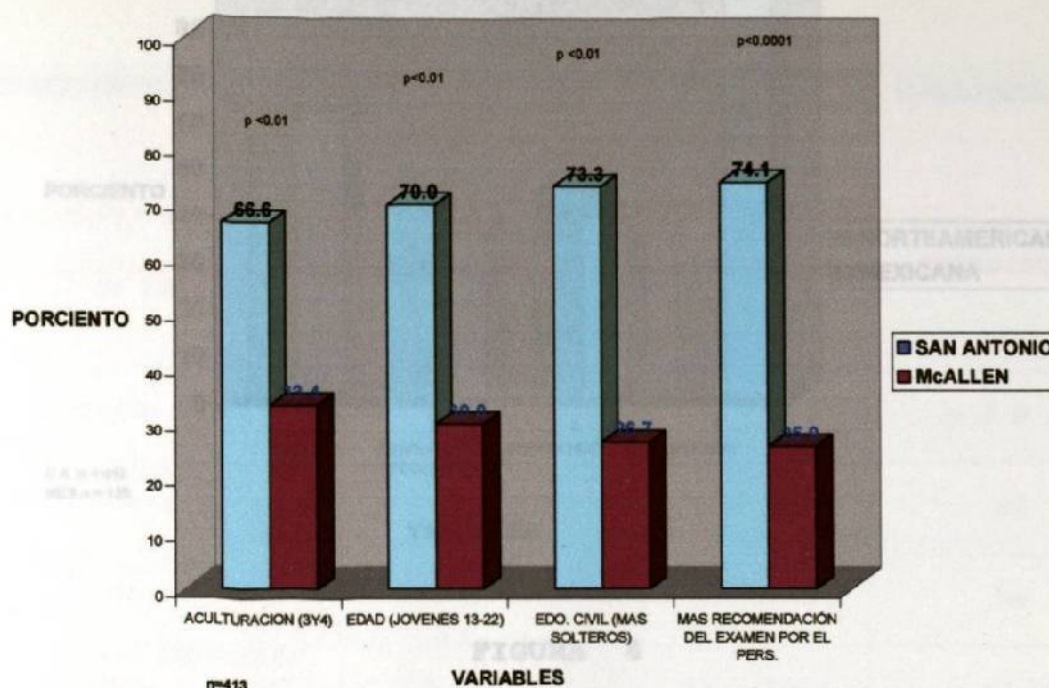


FIGURA 3

### 3.3 DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE SAN ANTONIO Y McALLEN

Al comparar con la muestra mexicana, se encontró que el promedio de edad fue de 23.3 años con una desviación estándar de 6.2 (Rango de 15 a 43 años), muy semejante a la población norteamericana. En cuanto al estado civil 62.6% fueron casadas contra 58.4 % de casadas en la muestra norteamericana.

### 3.3 Diferencias Significativas entre poblaciones Norteamericanas

Hubo diferencias estadísticamente significativas entre las dos poblaciones norteamericanas en cuanto a grado de aculturación. Es mayor en San Antonio que en su contraparte en McAllen; la puntuación de 3 y 4 se reportó en 66.6 % en San Antonio, 0 contra 33.4 % en McAllen (p < 0.01). Existe diferencia en datos demográficos como edad y estado civil con mujeres más jóvenes de 13 a 22 años de edad (70.0 en San Antonio contra 30.0% en McAllen) y mayor número de solteras (73.3 contra 26.7%) en San Antonio que en McAllen (p < 0.01). El examen fue recomendado más por el personal de las clínicas de San Antonio que en McAllen, 74.1 % contra 25.9 % p < 0.0001 (Figura 3). El examen fue recomendado más por el personal de las clínicas de San Antonio que en McAllen, 74.1 % contra 25.9 % p < 0.0001 (Figura 3). El examen fue recomendado más por el personal de las clínicas de San Antonio que en McAllen, 74.1 % contra 25.9 % p < 0.0001 (Figura 3). El examen fue recomendado más por el personal de las clínicas de San Antonio que en McAllen, 74.1 % contra 25.9 % p < 0.0001 (Figura 3).

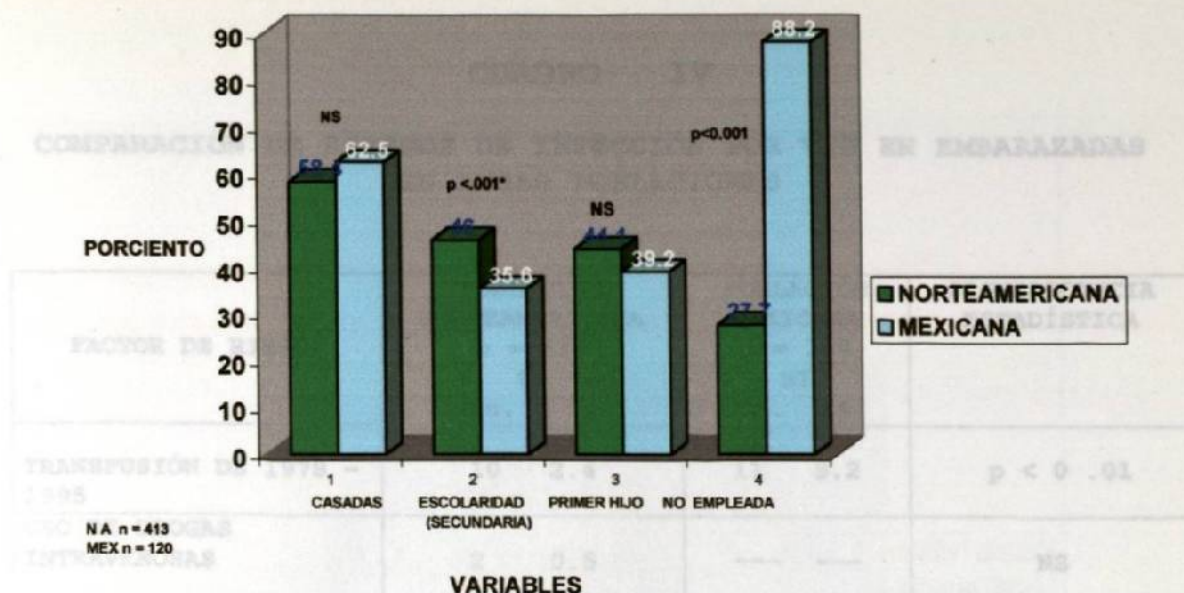


FIGURA 4

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN NORTEAMERICANA Y MEXICANA

#### 3.4 Comparación con la muestra Mexicana

Al analizar las características demográficas de la muestra mexicana, se encontró que el promedio de edad fue de 23.3 años con una desviación estándar de 6.2 (Rango de 15 a 43 años), muy semejante a la población norteamericana. En cuanto al estado civil 62.6% fueron casadas contra 58.4 % de la población norteamericana, la diferencia no es estadísticamente significativa. En la muestra mexicana, llama la atención un alto porcentaje de mujeres en unión libre (26.4%); madres solteras son el 8.8%.

En cuanto a la escolaridad, habían estudiado hasta secundaria completa más en Norteamérica que en Monterrey (46.0% contra 35.6% respectivamente) con un valor de  $p < 0.01$ . No hay diferencia significativa en cuanto a que éste sea su primer embarazo (44.1 en norteamericanas y 39.2 % en mexicanas). La gran mayoría de las embarazadas mexicanas tenían como principal ocupación el hogar, por lo que se consideran como no empleadas (Figura 4). Su nivel socioeconómico fue como sigue: 42.0 % tiene un ingreso de menos de un salario mínimo al mes; 40.3 % gana de 1 a 2 salarios mínimos mensual.

## CUADRO IV

## COMPARACIÓN DE RIESGOS DE INFECCIÓN POR VIH EN EMBARAZADAS EN AMBAS POBLACIONES

FACTOR DE RIESGO	POBLACIÓN NORTEAMERICANA n = 413 SI		POBLACIÓN MEXICANA n = 120 SI		SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
	No.	%	No.	%	
TRANSFUSIÓN DE 1978 - 1995	10	2.4	11	9.2	p < 0 .01
USO DE DROGAS INTRAVENOSAS	2	0.5	---	---	NS
RELACIONES CON DROGADICTOS	13	3.1	6	5.0	NS
RELACIONES MÚLTIPLES CON HOMBRES Y MUJERES	7	1.7	22	18.3	p <0.001
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	24	5.8	6	5.0	NS
SOSPECHA DE RELACIONES CON VIH /SIDA	6	1.5	1	0.8	NS
UNO O MÁS FACTORES DE RIESGO PARA VIH/SIDA	63	14.8	37	31.1	p <0.001

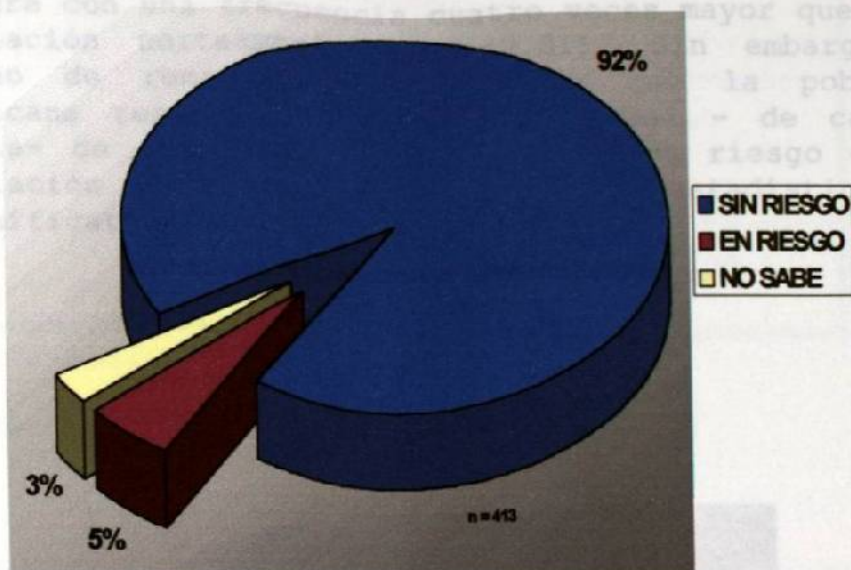
FUENTE: Encuesta del Estudio

### 3.5 Factores de Riesgo para VIH

En general, en la muestra de población norteamericana predominó el antecedente personal de alguna enfermedad venérea, entre los factores de riesgo para el contagio de VIH/SIDA, con 5.8 %, seguido de sospecha de relaciones sexuales con drogadictos (3.1%). El menos frecuente fue el uso de drogas intravenosas(0.5%). En general, el porcentaje de población de mujeres embarazadas con factores de riesgo fue de 14.8% con uno o más factores de riesgo(Cuadro IV). La mayor parte de ellas (77.0%) tenían un sólo factor de riesgo de acuerdo con el cuestionario de autoreporte.

### 3.5.1 Riesgo para VIH en la muestra mexicana.

A este respecto, son interesantes los siguientes hallazgos relativos a los riesgos: existe mayor porcentaje de mujeres mexicanas con antecedentes de relaciones sexuales múltiples, que en la muestra norteamericana (17.34 contra 1.7%) ( $p < 0.001$ ). Las primeras no reportan riesgo de uso de drogas intravenosas (0%) y hay antecedentes de transfusión de sangre con una frecuencia mayor que en la población norteamericana. Sin embargo, es digno de resaltar que en la población mexicana el riesgo de contagio por VIH es el doble de la población norteamericana. Este riesgo es significativo.



**FIGURA 5**

#### **AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO EN POBLACIÓN NORTEAMERICANA**

Es significativo el hecho de que 92 % de la población estudiada, o sea, 380 de los 413, piensen que no están en riesgo de contagio del VIH (Figura 5).

#### **AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO EN POBLACIÓN MEXICANA**

No existe correlación entre la existencia de uno o más factores de riesgo y la disposición de realizarse el examen si se les recomendara.

Es digno de resaltar que las embarazadas mexicanas reconocieron riesgo solamente al 6.0 % de ellas y lo negaron 83.0 % (Figura 6).

### 3.5.1 Riesgo para VIH en la muestra mexicana.

A este respecto, son interesantes los siguientes hallazgos relativos a los riesgos: existe mayor porcentaje de mujeres mexicanas con antecedentes de relaciones sexuales múltiples, que en la muestra norteamericana (18.3% contra 1.7%) ( $p < 0.001$ ); las primeras no reportan riesgo de uso de drogas intravenosas (NS) y hay antecedentes de transfusión de sangre con una frecuencia cuatro veces mayor que en la población norteamericana ( $p < 0.01$ ). Sin embargo, es digno de remarcar el hecho de que la población mexicana reporta un porcentaje global - de casi el doble- de embarazadas con factores de riesgo que la población norteamericana, en forma estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) (Cuadro IV).

TOTAL	86 (100.0)	34 (100.0)	120
-------	------------	------------	-----

Tabla: Distribución estadística

NOTA: Datos de la Encuesta

En las embarazadas...  
segundo al cual...  
(89.2%) se...  
mientras que...  
el riesgo...  
estadístico...

Resul...

### 3.6.1 Aceptación del examen.

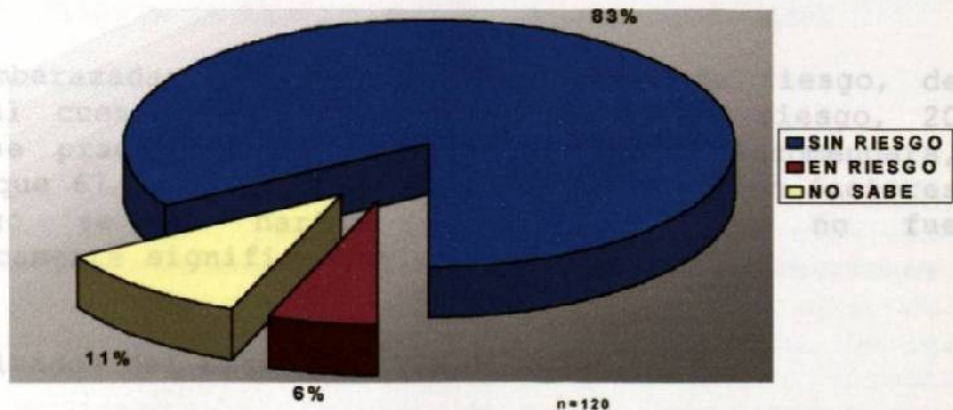


FIGURA 6

#### AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO EN POBLACIÓN MEXICANA

En Estados Unidos de América, 64.4 % de las mujeres estudiadas (256) se habían practicado el examen... En cambio 126 no se lo habían realizado, lo que significa un 30.5 %; 21 mujeres (5.1%) desconocían si se habían practicado...

Es importante mencionar que las embarazadas mexicanas reconocieron riesgo solamente el 6.0 % de ellas y lo negaron 83.0 % (Figura 6).

## CUADRO V

ASOCIACIÓN ENTRE SI SE PRACTICARÍA EL EXAMEN DE VIH Y  
LOS FACTORES DE RIESGO PARA VIH EN EMBARAZADAS MEXICANAS

SE PRACTICARÍA EL EXAMEN	FACTORES DE RIESGO		TOTAL
	NO No. (%)	SI No. (%)	
SI	67 (77.9)	30 (88.2)	97
NO	19 (22.1)	4 (11.8)	23
TOTAL	86 (100.0)	34 (100.0)	120

No hay diferencia estadística

FUENTE: Datos de la Encuesta

De las embarazadas que si tenían factores de riesgo, de acuerdo al cuestionario de autopercepción de riesgo, 20 (88.2%) se practicaría el examen si se le recomendara, mientras que 67 (77,9%) de los que no reconocieron factores de riesgo se lo harían. Esta asociación no fue estadísticamente significativa. (Cuadro V).

### 3.6 Resultados del Examen de VIH

#### 3.6.1 Aceptación del examen.

En Estados Unidos de América, 64.4 % de las mujeres estudiadas (266), se habían practicado el examen serológico al momento de la entrevista; en cambio 126 no se lo habían realizado, lo que significa un 30.5 %; 21 mujeres (5.1%) desconocían si se habían practicado el examen (Cuadro I).

## CUADRO VI

EL EXAMEN DE VIH ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO  
ACTUAL EN LA POBLACIÓN NORTEAMERICANA

<b>SE HA PRACTICADO EL EXAMEN DE VIH DURANTE ESTE EMBARAZO</b>								
<b>SE HA REALIZADO EL EXAMEN DE VIH ANTES DE ESTE EMBARAZO</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>NO SABE</b>		<b>TOTAL</b>	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>NO</b>	127	47.7	32	25.4	11	52.4	<b>170</b>	
<b>SI</b>	139	52.3	94	74.6	10	47.6	<b>243</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>266</b>	<b>100.0</b>	<b>126</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>	<b>413</b>	

FUENTE: Datos de la Encuesta

p &lt; 0 .0001

## 3.6.2 Relación con exámenes anteriores

El haber ya experimentado la realización del examen, tiene estrecha relación con el hecho de practicárselo durante este embarazo en la población norteamericana, como lo demuestra el análisis de los resultados del examen de VIH antes de y durante este embarazo. De las 266 embarazadas que se practicaron el examen durante este embarazo, 139 (52.3%) ya se lo había practicado antes. La diferencia fue estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0.0001$  (Cuadro VI).

No hubo manera de conocer si el examen anterior fue durante otro embarazo o no.

## 3.6.3 Recomendación del Examen de VIH

En el presente estudio, se les recomendó el examen del VIH a dos tercios de las embarazadas de Estados Unidos (66.3%), que acudieron a las clínicas de atención primaria (Cuadro I).



## CUADRO VII

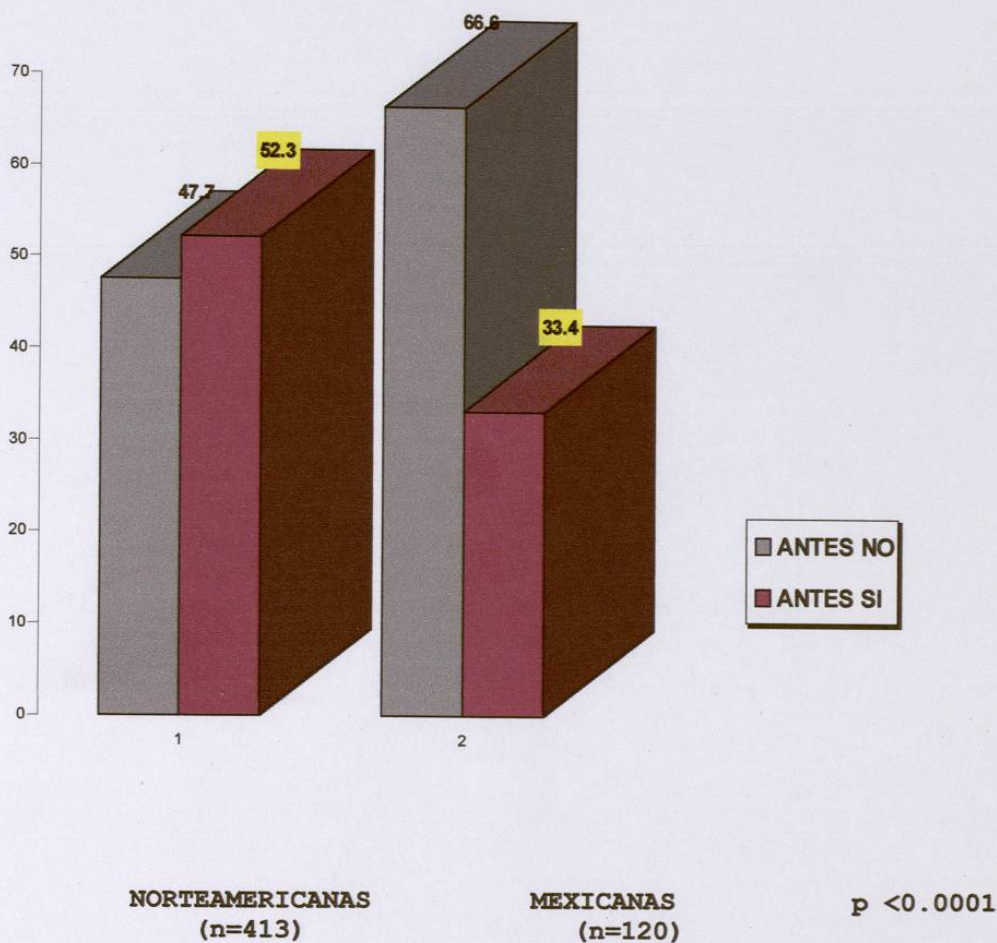
ASOCIACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE VIH Y SU  
RECOMENDACIÓN EN POBLACIÓN NORTEAMERICANA

		SE HA PRACTICADO EL EXAMEN VIH DURANTE ESTE EMBARAZO						
ALGUIEN LE RECOMENDÓ EL EXAMEN EN ESTA CLÍNICA	SI		NO		NO SABE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	204	74.5	55	20.1	15	5.5	274	100
NO	62	44.6	71	51.1	6	4.3	139	100
TOTAL	266		126		21		413	

FUENTE: Datos de la Encuesta

p &lt; 0 .0001

Se encontró asociación estadísticamente significativa con valor de  $p < 0.0001$ , entre la realización del examen y su recomendación previa en las clínicas norteamericanas en 74.5 % (204) de las embarazadas. Por el contrario, de 139 a quienes no se les recomendó, no se lo practicó 51.1% (Cuadro VII).



**FIGURA 7**

COMPARACIÓN ENTRE EL EXAMEN ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO EN POBLACION NORTEAMERICANA Y MEXICANA

### 3.7 Examen de VIH. Comparación con la muestra mexicana.

En contraposición con los resultados de la población norteamericana, no hay asociación entre el haberse realizado el examen antes (33.4%) con el haberse practicado el examen durante este embarazo, en las embarazadas mexicanas. (Figura 7).

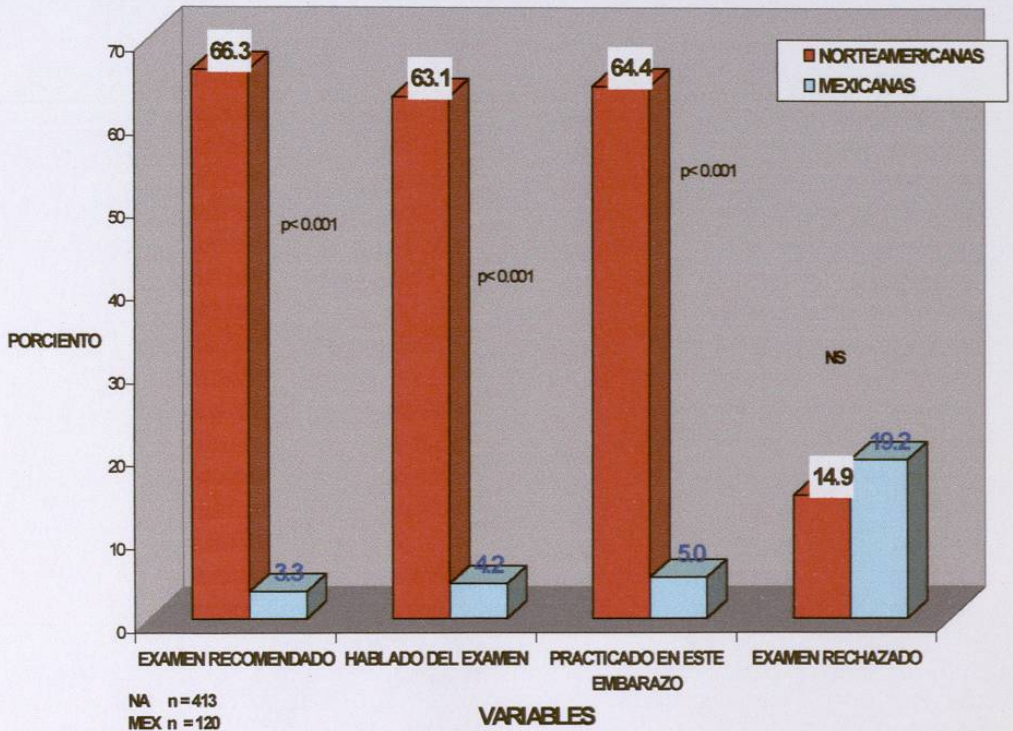
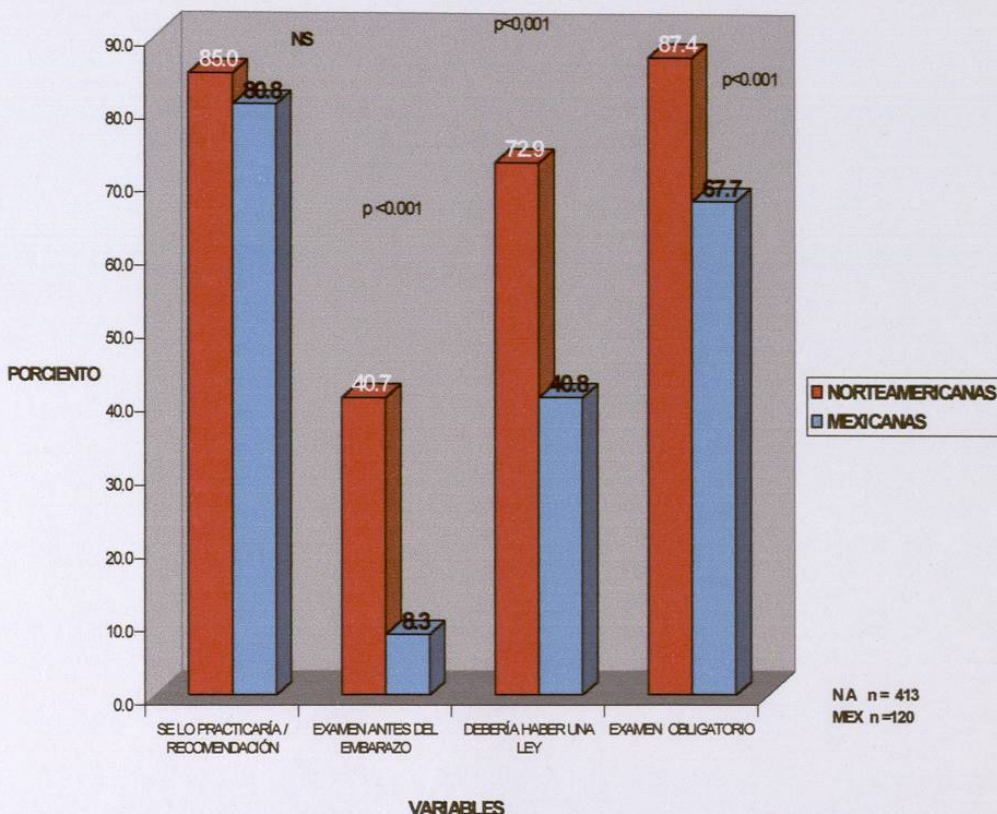


FIGURA 8

### COMPARACIÓN DEL EXAMEN DE VIH ENTRE POBLACIÓN NORTEAMERICANA Y MEXICANA

Existe una notable diferencia entre los parámetros relacionados con el examen de VIH entre la población norteamericana y la mexicana. A casi dos tercios de las mujeres embarazadas norteamericanas les han recomendado el examen; a la misma proporción le han hablado de él y se lo han practicado durante el embarazo actual, comparado con sólo un 3.3%, 4.2% y 5.0 % de su contraparte mexicana ( $p < 0.001$ ).

El porcentaje de rechazo del examen de VIH en ambas poblaciones, (14.9% en la norteamericana y 19.2 % en la mexicana, respectivamente, no reflejan diferencia significativa (Figura 8).



**FIGURA 9**

**COMPARACIÓN DEL EXAMEN DE VIH ENTRE POBLACIÓN NORTEAMERICANA Y MEXICANA (2)**

En las embarazadas de Monterrey, 97 (80.8%) estarían dispuestas a realizarse el examen si se los recomendará el médico, en comparación con el 85.0 % de la población Norteamericana (diferencia no significativa). Una diferencia estadísticamente significativa fue el mayor porcentaje de mujeres norteamericanas quienes se habían realizado el examen de VIH antes de su embarazo actual ( $p < 0.001$ ). Un mayor porcentaje de mujeres norteamericanas opinan que debería haber una ley para realizar el examen a las embarazadas (72.9%) y que debería ser obligatorio (87.4%) (Figura 9).

## CUADRO VIII

EFECTO DE LA RECOMENDACIÓN DEL EXAMEN DE VIH EN SU  
REALIZACIÓN EN AMBAS POBLACIONES

POBLACIÓN	RECOMENDADO REALIZADO	RECOMENDADO NO REALIZADO		NO RECOMENDADO REALIZADO	NO RECOMENDADO NO REALIZADO	
POBLACIÓN NORTE AMERICANA (n= 392)*	204 78.8%	55 21.2%	259	62 46.7%	71 53.3%	133
POBLACIÓN MEXICANA (n = 120)	2 50%	2 50%	4	4 3.4%	112 96.6%	116

\* Las que desconocían su resultado no se consideraron (21)

FUENTE: Datos de la Encuesta p <0.0001

A fin de valorar en forma comparativa, la asociación entre la recomendación del examen por el personal de salud y la realización de este, se cruzaron estas dos variables controladas por población. Los resultados muestran que en la población norteamericana, 78.8% se practicó el examen cuando se recomendó y en la población mexicana 50.0% lo hizo. En la población Mexicana 3.4% se lo realizó sin recomendación mientras que su contraparte norteamericana 46.7% se lo practicó ( $p < 0.0001$ ) (Cuadro VIII).

## 3.8 Valores y Actitudes Relacionados con el Examen de VIH

Los valores y actitudes estudiados son los mostrados en el Apéndice I. En cuanto a los valores relacionados con la decisión de realizarse el examen de VIH en la población norteamericana, en 12 valores se obtuvo invariablemente porcentajes más altos (arriba de 60 %) de la suma de las columnas correspondientes a *En Desacuerdo* (D) y *Totalmente en Desacuerdo* (TD).

## CUADRO IX

VALORES RELACIONADOS CON EL RECHAZO DEL EXAMEN DE  
VIH EN EMBARAZADAS NORTEAMERICANAS

VALORES	PORCENTAJE DE		PORCENTAJE DE	
	A	Y TA	INDICIOS	DE
ETIQUETAR PROMISCUIDAD SEXUAL	41.2		15.0	43.8
ETIQUETAR DROGADICCIÓN	25.2		16.9	57.8
PERDERÍA SU TRABAJO	21.1		16.5	62.5
ABANDONO DE LA PAREJA	21.1		25.4	53.5
NO HABRÍA CONFIDENCIALIDAD YA NO LA AMARÍA	16.8		16.9	66.1
PERDERÍA SEGURO MEDICO	16.5		23.7	59.8
VIOLENCIA EN LA PAREJA	16.0		26.2	57.8
NO ACEPTADA EN COMUNIDAD	15.3		16.7	68.0
PERDERÍA EL RESPETO DE LA IGLESIA	11.8		25.2	62.9
NO TENDRÍA BUENA ATENCIÓN MEDICA	7.7		9.7	82.8
PERDERÍA CUSTODIA DE HIJO	7.1		23.5	73.6
RECHAZO DE LA PAREJA	6.3		22.5	72.4
MALA ATENCIÓN MÉDICA EN EL PARTO	5.8		-----	89.8
NO BUENA ATENCIÓN PARA SU HIJO	5.8		21.1	73.1
PERDERÍA RESPETO DE LA MADRE	5.3		16.0	78.7
PERDERÍA RESPETO DEL PADRE	3.9		6.5	89.6
	3.4		9.7	87.0

Alfa de Cronbach = 0.7

FUENTE: Datos de la encuesta

La pérdida del respeto del padre, y de la madre, de la iglesia y el rechazo de la pareja, así como los referentes al temor de una mala atención médica revelaron porcentajes más altos para *En Desacuerdo* y *Totalmente en Desacuerdo* de que no se practicarían el examen de VIH por las repercusiones mencionadas si el examen fuera positivo.

A fin de facilitar su comprensión se ordenaron los porcentajes de respuesta en forma descendente, sumando *Totalmente de Acuerdo (TA)* y *De Acuerdo (A)* (Cuadro IX). Así, se observa que encabeza la lista el temor de ser estigmatizada por promiscuidad sexual con 41.2 %, seguida del temor de ser etiquetada como drogadicta con 25.2 %; 21.1 % refirió acuerdo con el temor de pérdida del trabajo y abandono de la pareja.

## CUADRO X

ACTITUDES RELACIONADAS CON EL RECHAZO DEL EXAMEN  
DE VIH EN EMBARAZADAS NORTEAMERICANAS

ACTITUDES	PORCENTAJE DE A X TA	PORCENTAJE DE INDECISOS	PORCENTAJE EN D Y TD
NO HA PENSADO EN HACERSE EL EXAMEN	30.7	5.9	63.4
NO QUIERE PENSAR EN LA MUERTE	30.0	8.2	61.8
SU SALUD DEPENDE DE DIOS	29.3	7.7	63.0
NO CREE ESTAR INFECTADA	24.9	7.3	67.8
NO QUIERE PENSAR EN LA POSIBILIDAD DE ESTAR INFECTADA	23.7	6.9	69.4
NO QUIERE SABER SI ESTA INFECTADA	20.4	5.5	74.1
NADA PUEDE HACERSE	20.0	14.4	65.6
SU PAREJA NO DEBERÍA QUE SE HICIERA EL EXAMEN	9.8	4.4	89.8

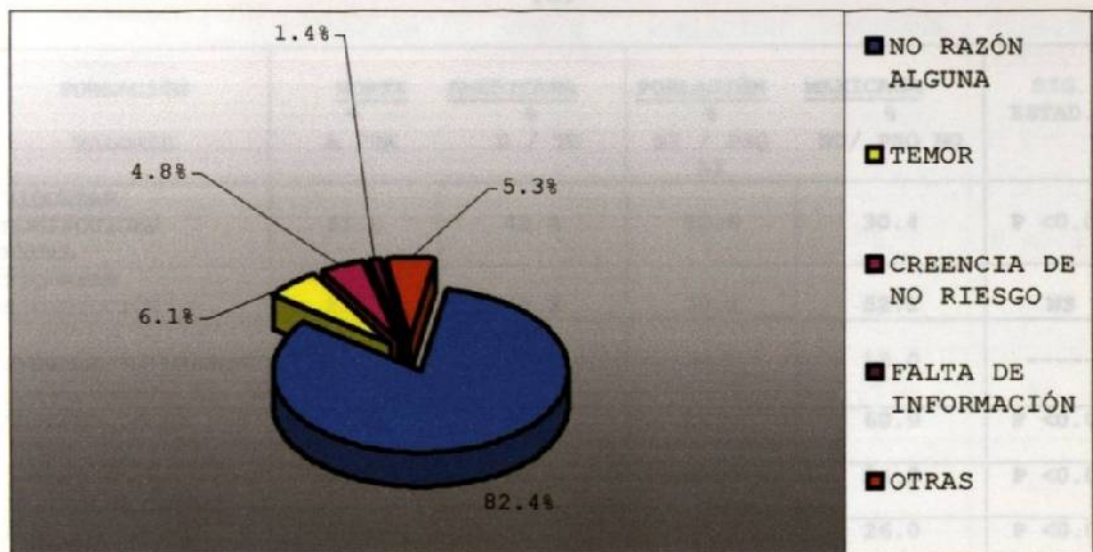
FUENTE: Datos de la Encuesta

Alfa de Cronbach = 0.8

Algo muy significativo lo constituye la columna correspondiente a los indecisos. En general, el porcentaje encontrado en la lista de valores es de dos dígitos contrario a la lista de actitudes en donde es de uno sólo. En las actitudes se encontró un porcentaje mayor a 60% en la suma de los reactivos correspondientes a *En Desacuerdo* y *Totalmente en Desacuerdo* (Cuadro X).

De igual manera que en los valores, para tener una mejor idea de cuáles serían las actitudes en las que las embarazadas norteamericanas estarían de acuerdo para no realizarse el examen, por si éste fuera positivo, se ordenaron los porcentajes en forma descendente. Los reactivos con mayor porcentaje *De Acuerdo* (A) y *Totalmente de Acuerdo* (TA) juntos, fueron *No ha pensado en hacerse el examen*, *No quiere pensar en la muerte*, y *Su salud depende de Dios* con 30.7%, 30.0% y 29.3 %, respectivamente (Cuadro X)

Se realizó una prueba de Consistencia Interna (alfa de Cronbach) de la lista de valores y de actitudes, obteniéndose un valor de 0.7 en lista de valores, mientras que en las actitudes fue de 0.8. (Cuadros IX y X).



n = 147

FUENTE: Datos de la Encuesta

FIGURA 10

#### RAZONES PARA NO REALIZARSE EL EXAMEN DE VIH EN POBLACIÓN NORTEAMERICANA (PREGUNTA ABIERTA)

En la pregunta abierta de cuales serían otras razones por las que no se practicarían el examen serológico de VIH, 82.4 % no dio respuesta. Las 26 embarazadas que si lo hicieron (17.6%) dio como razones Temor, Creencias de no riesgo, Falta de información y Otras (Figura 10).



## CUADRO XI

COMPARACIÓN DE VALORES RELACIONADOS CON EL RECHAZO DEL EXAMEN DE VIH EN EMBARAZADAS NORTEAMERICANAS Y MEXICANAS  
(1)

POBLACIÓN VALORES	NORTE	AMERICANA	POBLACIÓN	MEXICANA	SIG. ESTAD. *
	% A / TA	% D / TD	% SI / PSQ SI	% NO/ PSQ NO	
ETIQUETAR PROMISCUIDAD SEXUAL	41.2	43.8	60.8	30.4	P <0.05
ETIQUETAR DROGADICCIÓN	25.2	57.8	30.4	52.1	NS
PERDERÍA SU TRABAJO	21.1	62.5	4.3	13.0	-----
ABANDONO DE LA PAREJA	21.1	53.5	13.0	60.9	P <0.01
NO HABRÍA CONFIDENCIALIDAD	16.8	66.1	52.2	34.8	P <0.05
YA NO LA AMARÍA	16.5	59.8	39.1	26.0	P <0.01
PERDERÍA SEGURO MEDICO	16.0	57.8	13.0	65.2	P <0.01

FUENTE: Encuesta del Estudio

### 3.8.1 Comparación con la muestra mexicana

En la muestra mexicana, se encontró que el temor de ser etiquetada por promiscuidad reportó mayor porcentaje (60.8 %) en la suma de Si y Puede ser que Si, en comparación con 41.2% de la muestra norteamericana en forma estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ); el temor de ser etiquetada por drogadicción con 30.4 % contra 25.2% no fue significativa, pero sí lo fue el abandono de la pareja y temor de que no hubiera confidencialidad en los resultados del examen con 13.0% y 58.4% en la muestra mexicana contra 21.1% y 16.8% en la población norteamericana, ( $p < 0.01$  y  $p < 0.05$ ) respectivamente (Cuadro XI).

## CUADRO XII

COMPARACIÓN DE VALORES RELACIONADOS CON EL RECHAZO DEL  
EXAMEN DE VIH EN EMBARAZADAS NORTEAMERICANAS Y MEXICANAS  
(2)

VALORES	POBLACIÓN NORTE AMERICANA		POBLACIÓN MEXICANA		SIGNIF. ESTAD.
	A Y TA	D Y TD	SI / PS QUE SI	NO/ PS QUE NO	
VIOLENCIA EN LA PAREJA	15.3	68.0	-----	-----	-----
NO ACEPTADA EN COMUNIDAD	11.8	62.9	34.8	34.7	P <0.05
PERDERÍA EL RESPETO DE LA IGLESIA	7.7	82.6	26.1	65.2	NS
NO TENDRÍA BUENA ATENCIÓN MEDICA	7.1	73.6	21.7	47.8	NS
PERDERÍA CUSTODIA DE HIJO	6.3	72.4	30.4	43.4	NS
RECHAZO DE LA PAREJA	5.8	89.8	---	----	----
MALA ATENCIÓN MEDICA EN EL PARTO	5.8	73.1	47.2	21.7	NS
NO BUENA ATENCIÓN PARA SU HIJO	5.3	78.7	21.7	56.5	NS
PERDERÍA RESPETO DE LA MADRE	3.9	89.6	4.3	91.3	P <0.001
PERDERÍA RESPETO DEL PADRE	3.4	87.0	4.3	73.9	P <0.001

FUENTE: Encuesta del Estudio

En cuanto al análisis comparativo de los valores con porcentaje más bajo en la población norteamericana, la diferencia de pérdida del respeto del padre y de la madre fue estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ), así como el temor de no ser aceptada en la comunidad si el examen de VIH fuera positivo, con 11.8% en la muestra norteamericana contra 34.8% de las embarazadas mexicanas ( $p < 0.05$ ) (Cuadro XII).

## CUADRO XIII

## COMPARACIÓN DE ACTITUDES RELACIONADAS CON EL RECHAZO DEL EXAMEN DE VIH EN EMBARAZADAS NORTEAMERICANAS Y MEXICANAS

ACTITUDES	POBLACIÓN % A Y TA	NORTE AMERICANA % D Y TD	POBLACIÓN % SI Y PSQ SI	MEXICANA % NO Y PSQN	SIGNIF. ESTAD.
NO HA PENSADO EN HACERSE EL EXAMEN	30.7	63.4	14.2	85.8	P <0.001
NO QUIERE PENSAR EN LA MUERTE	30.0	61.8	28.3	70.0	P <0.001
SU SALUD DEPENDE DE DIOS	29.3	63.0	57.6	41.6	P <0.001
NO CREE ESTAR INFECTADA	24.9	67.8	10.0	65.0	P <0.001
NO QUIERE PENSAR EN LA POSIBILIDAD DE ESTAR INFECTADA	23.7	69.4	6.7	89.2	P <0.001
NO QUIERE SABER SI ESTA INFECTADA	20.4	74.1	80.8	15.0	P <0.001
NADA PUEDE HACERSE	20.0	65.6	21.6	30.8	P <0.001
SU PAREJA NO DESEARÍA QUE SE HICIERA EL EXAMEN	5.8	89.8	66.7	8.4	P =0.001

FUENTE: Datos de la Encuesta

En total, 8 de 17 valores tuvieron diferencia con significancia estadística entre ambas poblaciones.

Todos los reactivos catalogados como actitudes, tuvieron una diferencia significativa con respecto a la población norteamericana con  $p < 0.001$ . Los que alcanzaron un porcentaje mayor, sumando Si y Puede ser que si, en población mexicana fueron en forma descendente: No quiere saber si está infectada (80.8%); Su pareja no desearía que se hiciera el examen de VIH (66.7%); Su salud depende de Dios (57.6%) (Cuadro XIII).

## CUADRO XIV

**OPINIONES COMPARATIVAS DE LAS EMBARAZADAS  
NORTEAMERICANAS Y MEXICANAS ACERCA DEL EXAMEN DE  
VIH**

OPINIÓN AFIRMATIVA	<u>NORTEAMERICANAS</u>		<u>MEXICANAS</u>	
	No.	%	No.	%
EXAMEN OBLIGATORIO DE VIH	361	87.4	80	67.2
LEY ESTATAL PARA EXAMEN OBLIGATORIO	301	72.9	49	40.8

FUENTE: Datos de la encuesta

p &lt; 0.001

## 3.9 Opiniones de las embarazadas sobre el examen de VIH

Una alto porcentaje de mujeres embarazadas norteamericanas, piensa que debería haber una ley obligatoria para realizar el examen de SIDA en las embarazadas (87.4%) y 72.9 % piensa que debe haber una ley estatal para hacer el examen obligatorio durante el embarazo (Cuadro XIV).

## 3.9.1 Comparación con la muestra Mexicana

En el cuadro comparativo de ambas poblaciones respecto al examen, se observa que hay diferencia significativa con la prueba U de Mann-Whitney ( $p < 0.001$ ) entre la opinión acerca del examen de VIH entre las mujeres mexicanas y norteamericanas. Estas últimas opinan que el examen debería ser tomado por todas las mujeres en 87.4% contra 67.2% de las mexicanas y que debería haber una ley para hacer obligatorio el examen de VIH para las embarazadas en 72.9 % contra 40.8 de la contraparte Mexicana. (Cuadro XIV).

## CUADRO XV

## ASOCIACIÓN SIGNIFICATIVA CON LA ACEPTACIÓN DEL EXAMEN DE VIH EN EMBARAZADAS NORTEAMERICANAS

VARIABLE INDEPENDIENTE	SIG. ESTAD.
<b>DEMOGRÁFICAS:</b>	
EDAD (>18 AÑOS)	p = 0.05
CIUDAD (SAN ANTONIO)	p < 0.05
<b>EXAMEN</b>	
SI SE PRACTICÓ EL EXAMEN ANTES DE ESTE EMBARAZO	p < 0.0001
SI SE LO HAN RECOMENDADO EN LA CLÍNICA	p < 0.0001
EL MÉDICO LE HA HABLADO DEL EXAMEN	p < 0.001
<b>ACTITUDES:</b>	
PIENSA QUE NO PUEDE ESTAR INFECTADA	p = 0 .01
NO HABÍA PENSADO EN HACERSE EL EXAMEN DE SIDA	p < 0 .01
<b>OPINIONES:</b>	
PIENSA QUE DEBE HABER UNA LEY ESTATAL OBLIGATORIA	P < 0 .05
TODAS LAS EMBARAZADAS DEBERÍAN SER EXAMINADAS PARA VIH	p < 0 .01

**FUENTE:** Datos de la encuesta

### 3.10 Asociación significativa con la disposición de realizarse el examen de VIH en la Población norteamericana

#### 3.10.1 Variables Demográficas y Otras

Con la finalidad de conocer las características de aquellas mujeres que si se han realizado el examen durante este embarazo, se cruzó la información con los datos demográficos, valores y actitudes y opiniones de las mujeres embarazadas de cada una de las poblaciones.

En la población estadounidense, se encontró asociación significativa entre el realizarse el examen de VIH durante este embarazo y la edad mayor de 18 años ( $p=0.05$ ), con ser de la ciudad de San Antonio y tener la opinión de que debería haber una ley obligatoria estatal para el examen ( $p<0.05$ ).

Así mismo, se relacionó con el hecho de que se haya practicado el examen antes del embarazo y la recomendación del examen en la clínica ( $p < 0.0001$ ); y con algunas actitudes, por ejemplo, de que *No querrían realizarse el examen de VIH por que piensan que no pueden estar infectadas* ( $p=0.01$ ), y que *No habían pensado en realizarse el examen*, así como la opinión de que todas las mujeres embarazadas deberían ser examinadas para el SIDA ( $p < 0.01$ ).

Existe también asociación estadísticamente significativa con el hecho de que el médico le habló acerca del examen ( $p < 0.001$ ) (Cuadro XV).

### CUADRO XVI

#### ASOCIACIÓN SIGNIFICATIVA DE VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACEPTACIÓN DEL EXAMEN DE VIH POR RECOMENDACIÓN EN POBLACIÓN MEXICANA

VARIABLE	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
DEMOGRÁFICAS	
ESCOLARIDAD (MAYOR)	$p < 0.05$
ACTITUDES	
SU ESPOSO (COMPAÑERO SEXUAL) SI ACEPTARÍA QUE USTED SE HICIERA EL EXAMEN DE VIH	$p < 0.01$
SI ESTUVIERA INFECTADA NO LE GUSTARÍA SABERLO	$p < 0.05$
OPINIONES	
SE DEBE DE PRACTICAR EL EXAMEN DE SIDA DURANTE LA CONSULTA A TODAS LAS MUJERES EMBARAZADAS	$P < 0.001$
DEBIERA HABER UNA LEY QUE OBLIGUE A TODAS LAS MUJERES EMBARAZADAS A REALIZARSE EL EXAMEN DE SIDA	$P < 0.05$

FUENTE: Encuesta del Estudio

### 3.10.2 Comparación con la muestra mexicana

En la muestra tomada en Monterrey N.L, se encontró asociación estadísticamente significativa con la mayor escolaridad a diferencia de la población norteamericana ( $p < 0.05$ ).

Las actitudes con los cuales se reportó asociación significativa fueron: *Su esposo (compañero sexual) si aceptaría que usted se hiciera el examen de VIH con un valor de  $p < 0.01$  y Si estuviera infectada no le gustaría saberlo con  $p < 0.05$ .* (Cuadro XVI).

Hay asociación significativa entre la disposición a realizarse el examen de VIH y la opinión de que se debe practicar el examen a todas las embarazadas ( $p < 0.001$ ) y que debería haber una ley que obligue a las embarazadas a realizarse el examen ( $p < 0.05$ ) (Cuadro XVI).

## CUADRO XVII

### ANÁLISIS DE FACTORES EN POBLACIÓN NORTEAMERICANA: EXTRACCIÓN DE FACTOR

ESTADÍSTICA FINAL						
VARIABLE	Comunalidad *	Factor	Eigenvalue	% de Variancia	% Acumulado	
TRABAJO	.59116 *	1	4.93055	20.5	20.5	
SEGURO	.49082 *	2	2.24937	9.4	29.9	
CONFIDEN	.40551 *	3	1.76731	7.4	37.3	
IGLESIA	.28592 *	4	1.42173	5.9	43.2	
NOAMAR	.57583 *	5	1.31558	5.5	48.7	
VIOLENC	.62672 *	6	1.24065	5.2	53.9	
ABANDON	.74663 *	7	1.09779	4.6	58.4	

FUENTE: Resultado de Análisis Estadístico

## CUADRO XVIII

### ANÁLISIS DE FACTORES EN POBLACIÓN NORTEAMERICANA: FACTOR 1 Y 2

#### MATRIZ FACTORIAL

VARIABLE	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
NOPENSIN	.75575			
NOMORIR	.72686			
NOSABER	.70538			
DIOS	.59473			
NOPENEX	.57977			
NOCREER	.52228			
RECIENN	.50381			
PAREJASS	.44394			
MUCHASPA		.68802		
ABANDON		.60961		
DROGAS		.56275		
VIOLENC		.55219		
COMUNID		.51518		
NOAMAR		.48728		
TRABAJO		.31328		
SEGURO		.28205		

FUENTE: Resultado de Análisis Estadístico

### 3.11 Resultado de estadísticas multivariadas

Con el fin de observar cuales fueron los valores y actitudes reducidos a factores que pudieran explicar la decisión de realizarse o no el examen de VIH durante el embarazo se aplicó un modelo de Regresión Logística y un Análisis de Factores con los datos de las embarazadas norteamericanas. La limitación en el número de las que no se habían realizado el examen y las que rechazarían hacerse el examen no permitió hacer este tipo de análisis en la muestra mexicana.

#### 3.11.1 Regresión Logística.

Ninguno de los valores o actitudes fue predictor de la decisión de realizarse el examen de VIH en presencia de variables sociodemográficas en la población norteamericana.



### 3.11.2 Análisis de Factores.

Al realizar la extracción de factores, se obtuvieron siete variables exclusivas con un eigenvalue mayor de 1 con un porcentaje total de variancia de 58.4 %, distribuido de la siguiente manera: 20.5% la variable relacionada con el temor a la pérdida del trabajo; 9.4% la relacionada con el seguro médico; 7.4% relacionada con la pérdida de la confidencialidad; 5.9% la pérdida de respeto de la iglesia; 5.5% el temor de que su pareja no la amaría; 5.2% el temor a que su pareja respondiera en forma violenta y 4.6% temor a que su pareja la abandonara si el examen de VIH fuera positivo (Cuadro XVII). Posterior a la rotación se obtuvo una matriz con las variables y su correspondiente carga de factores considerando una carga significativamente alta aquella mayor de 0.3 (Cuadros XVIII y XIX).

### CUADRO XIX

#### ANÁLISIS DE FACTORES EN POBLACIÓN NORTEAMERICANA: FACTOR 3 Y 4

##### MATRIZ FACTORIAL

VARIABLE	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
RESPMAM			.81928	
RESPDAD			.80233	
CUSTODIA			.50963	
IGLESIA			.38691	
CONFIDEN			.31511	
UHOSPITA				.84468
HIHOSPIT				.82643
ATENCION				.68643

FUENTE: Resultado de Análisis Estadístico

## CUADRO XX

## FACTORES DE LA ESCALA DE VALORES Y ACTITUDES

<b>I DEVOCIÓN Y NEGACIÓN.</b>	
<b>NOPEMSIN</b>	No quiere pensar en la posibilidad de estar infectada
<b>NOMORIR</b>	No quiere pensar en la muerte ni en morir
<b>NOSABER</b>	Si usted estuviera infectada no le gustaría saberlo
<b>DIOS</b>	Usted cree que su salud depende enteramente de dios
<b>NOPESEX</b>	Usted no pensado en hacerse el examen del SIDA
<b>NOCREER</b>	Usted no cree que pueda estar infectada con el virus que causa el SIDA
<b>RECIENN</b>	Si estuviera infectada nada podría hacerse Para prevenir que su hijo por nacer resultara infectado
<b>PAREJASS</b>	Su compañero sexual no querría que usted se realizara el examen de SIDA
<b>II FALTA DE ACEPTACIÓN SOCIAL</b>	
<b>MUCHASPA</b>	La gente pensaría que usted tiene muchos compañeros sexuales
<b>ABANDON</b>	Su compañero sexual la abandonaría
<b>DROGAS</b>	La gente pensaría que usted se inyecta drogas bajo la piel
<b>VIOLENC</b>	Su compañero sexual sería violento con usted
<b>COMUNID</b>	Usted no sería aceptada en su comunidad
<b>NOAMAR</b>	Su compañero sexual ya no la amaría
<b>SEGURO</b>	Usted perdería su seguro médico
<b>III PÉRDIDA DEL APOYO EMOCIONAL Y FINANCIERO.</b>	
<b>CONFIDEN</b>	La clínica no mantendría confidencialidad en los resultados
<b>IGLESIA</b>	Usted perdería el respeto su iglesia
<b>RESPMAM</b>	Perdería el respeto de su madre
<b>RESPDAD</b>	Perdería el respeto de su padre
<b>CUSTODIA</b>	Perdería la custodia de sus hijos
<b>TRABAJO</b>	Usted perdería el trabajo
<b>IV MIEDO AL MALTRATO.</b>	
<b>UHOSPITA</b>	Usted no tendría buena atención hospitalaria durante el parto
<b>HIHOSPIT</b>	Su hijo recién nacido no tendría buena atención hospitalaria al nacer
<b>ATENCIÓN</b>	Usted no tendría buena atención médica durante su embarazo

Ya agrupados bajo los criterios especificados, a los factores se les categorizó discrecionalmente. Así, los valores y actitudes fueron agrupados en 4 categorías correspondientes a los Factores 1,2,3 y 4, en: Devoción y negación, Miedo al maltrato, Falta de aceptación social y Pérdida del apoyo emocional y financiero, respectivamente (Cuadro XX). La principal motivación fue obtener factores que puedan constituir una escala y con posibilidad de ser usados como variables en otros estudios.

## CAPÍTULO 4

### 4.0 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las dos ciudades estadounidenses Texasanas son diferentes entre sí. Se observa un alto grado de aculturación en la ciudad de San Antonio más que en McAllen- lo que significa que sus habitantes se han adaptado al estilo de vida norteamericano. También difieren demográficamente y en otros aspectos relacionados con la manera de cómo funcionan los servicios de salud, por lo que, las diferencias en cuanto a valores y actitudes relacionados con la práctica del examen de VIH no puede ser solamente imputada a la aculturación. Podría decirse que la población de McAllen, es más parecida a las ciudades mexicanas, de lo que es San Antonio Texas.

En cuanto al promedio de edad en las embarazadas es similar en ambas poblaciones, lo cual es explicable, puesto que las mujeres embarazadas estudiadas están en la edad reproductiva. No hay diferencia significativa en cuanto al estado civil o el número de hijos. Ambas poblaciones estudiadas son de estrato socioeconómico bajo, no obstante, el salario mínimo de ambas poblaciones no es equiparable.

Por otro lado, el estudio revela que en general, la población mexicana autoreporta el doble de riesgo, que la población norteamericana, observándose una alta frecuencia de relaciones sexuales múltiples, lo cual constituye un riesgo de contagio de VIH para las embarazadas de la muestra de Monterrey. Es posible que la explicación resida en el hecho de que al hospital de Monterrey acude población que incluye sexoservidoras.

La literatura mundial reporta, que las embarazadas tienen una autopercepción de riesgo menor, que la que en realidad presentan<sup>(36)</sup>. Esa es la razón del porque los cuestionarios no son instrumentos adecuados para detección de riesgo en la práctica clínica.

Si esto se acepta, se debe reconocer que el riesgo presentado por la población de embarazadas mexicanas es todavía mayor. En este estudio se usó un cuestionario con el propósito de cuantificar el riesgo de transmisión del VIH en las mujeres estudiadas.

Dado que una de cada tres embarazadas en la muestra de Monterrey, tiene al menos un factor de riesgo, este resultado adquiere mayor relevancia por el hecho de que el porcentaje de las que se han realizado el examen de VIH es muy bajo. Ahora bien, el alto porcentaje de mujeres -en ambas poblaciones- dispuestas a practicarse el examen de VIH si se les recomendara (80 por cada 100), significa que cuatro de cada cinco, serían susceptibles de ser persuadidas por su médico, o el personal de salud para realizarse el examen. Después de todo, más de dos tercios de ambas poblaciones opinan que el examen debiera hacerse a todas las mujeres embarazadas.

La falta de una intervención educativa a este respecto, significa perder una valiosa oportunidad para que una intervención temprana con un tratamiento antiviral adecuado y oportuno, evite el nacimiento de niños infectados.

La recomendación del examen a través de Guías para Consejería de VIH para embarazadas<sup>(37)</sup>, es ya una práctica establecida desde 1995, en las clínicas de Medicina Familiar y Obstetricia en Estados Unidos de América. Sin embargo, aún allá, este procedimiento no es seguido en la totalidad de los casos.

En Inglaterra sucede lo mismo, en donde a pesar de haber una recomendación nacional para ofrecer el examen, solamente 39 % de las clínicas se apegan al reglamento<sup>(38)</sup>. Aún con un programa intenso de consejería para realizarse el examen se tienen cifras de 36 % de efectividad<sup>(39)</sup>.

En México, a pesar de que las publicaciones científicas hablan de la gran diseminación del SIDA en mujeres, parece no haber suficiente conciencia en los profesionales de la salud, acerca de la importancia de que las mujeres embarazadas se realicen el examen de VIH como parte de su rutina de Control Prenatal o aún más, por experiencia clínica en los servicios institucionales del sector salud, no se lleva a cabo la valoración de riesgo para el contagio de VIH en forma sistemática.

Es por ello, que el examen de VIH no se recomienda rutinariamente en los servicios institucionales de Obstetricia y Atención Primaria o en clínicas de Medicina Privada en la Ciudad de Monterrey.

Una diferencia notable, en cuanto al examen de VIH en la población norteamericana y mexicana, es el hecho de que en Estados Unidos de América el examen es gratuito, accesible en todas las clínicas, y su sistema permite tener acceso al servicio médico tan pronto se diagnostica como VIH positiva, recibiendo los beneficios de la administración temprana de medicamentos también en forma gratuita. Esta diferencia en la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, pudo influir grandemente en la decisión de realizarse el examen de VIH, puesto que el diagnóstico de la seropositividad puede significar el inicio de un camino de penurias y sufrimientos que las mujeres embarazadas tratan de evitar.

En el presente estudio, se reportó una asociación estadísticamente significativa, entre la escolaridad elevada y la disposición de hacerse el examen si lo recomiendan en la población mexicana, no así en la norteamericana, aunque en el análisis multivariado no se demostró, que la escolaridad fuera un predictor para realizarse el examen de VIH.

Los resultados de la asociación del examen de VIH antes del embarazo y durante el embarazo actual, fueron estadísticamente significativos en la población norteamericana, no sucedió lo mismo en las embarazadas mexicanas. Una limitante para interpretar debidamente este resultado es el escaso número de mujeres mexicanas que se habían realizado el examen tanto antes como durante el embarazo actual. Lógicamente, aquellas que ya han experimentado la negatividad previa del examen deben tener más confianza que las motive a volver a practicárselo.

Llama la atención, que en una sociedad como la norteamericana, con serios problemas de drogadicción, una de las razones que las embarazadas creen les afectaría si hay positividad del examen, es que sean catalogadas como drogadictas. En lo que coinciden ambas poblaciones, es en el temor de la etiqueta de promiscuidad sexual, en caso de que el examen fuera positivo, por lo que serían discriminadas, no obstante, este temor es mayor en las mexicanas.

La población norteamericana o la mexicana altamente aculturada, es una población más demandante de sus derechos a la salud y derechos humanos en general. Esto, pudiera explicar el bajo porcentaje de acuerdo en las afirmaciones del temor de perder la custodia de los hijos, el trabajo o el seguro médico.

Es posible observar en los resultados, que la gran mayoría de los valores relacionados con la realización del examen de VIH son diferentes en la población norteamericana y mexicana, en forma estadísticamente significativa. Aún y cuando casi un tercio de la población norteamericana estudiada, corresponde a la localidad de McAllen, en donde predomina la población mexicana inmigrante, ya se mencionó que existe un cierto grado de aculturación, lo cual puede hacer que piensen más como anglosajones que como mexicanos.

En los latinos y por ende también en los mexicanos y México-americanos, predominan valores muy bien establecidos que son características culturales muy propias de la población latina, a saber, 1) el *Familismo*, que se refiere a la importancia de la familia como una unidad social y fuente de apoyo; 2) la *Simpatía*, que se refiere a la importancia de las relaciones sociales corteses que desvían la asertividad, las respuestas negativas y críticas. Los educadores saben que la población latina generalmente está de acuerdo con el mensaje que no entiende completamente. Por último, 3) el *Personalismo* <sup>(40)</sup> el cual se refiere a la preferencia por las relaciones que reflejan familiaridad y calidez. Todo esto hace a la población mexicana diferente en cuanto a las actitudes, no sólo con respecto al examen de VIH, sino para otros aspectos culturales.

Además, las instituciones de salud en Estados Unidos, han sido creadas para atender a la cultura anglosajona, en ese contexto, hay conflictos muy significativos de valores culturales, cuando los hispanos buscan atención médica en esos establecimientos.

Es por ello que sin excepción hubo una diferencia significativa entre las dos poblaciones, en cuanto a las actitudes.

En la muestra mexicana parece haber menos conciencia de riesgo, a pesar de reportar mayor porcentaje de factores de riesgo, aún y cuando la proporción de mujeres mexicanas que creen no estar en riesgo es menor que las norteamericanas.

Aún más, en las embarazadas mexicanas, predomina la actitud de no querer saber si está infectada.

Contrasta también la influencia de la pareja en la realización del examen, en la muestra mexicana; dos tercios de las entrevistadas consideran que su pareja no desearía que se realizara el examen. Esto es atribuible en parte a cierta dependencia económica y cultural de la mujer mexicana y en parte, a una característica de la cultura hispana que tiende a recurrir a la familia para consejo y ayuda en aspectos de salud<sup>(40)</sup>.

Se reporta un porcentaje más elevado del reactivo *Su salud depende de Dios*, en las embarazadas mexicanas, lo cual está descrito como creencia de que los elementos espirituales tienen gran influencia en su salud<sup>(40)</sup>.

Los dos reactivos de actitudes que fueron estadísticamente significativos en el análisis bivariado, con la disposición de realizarse el examen de VIH en la población mexicana -el creer que no está infectada y no haber pensado en el examen- están, otra vez, muy acordes a la idiosincrasia de la población de donde se tomó la muestra.

El modelo de Regresión Logística, no permitió la diferenciación en el grupo de las que aceptan o rechazan el examen de VIH. Sin embargo, se avanzó en la validación de las escalas de valores y actitudes como se evidencia en el Análisis de Factores y en su validación con el alfa de Cronbach de 0.7 y 0.8, respectivamente, lo cual habla de una muy buena consistencia interna de la escala.

El Análisis de Factores, es un modelo de reducción de variables a factores que explica la variabilidad de la respuesta a una opción, o conducta como la de hacerse o no el examen. El encontrar cuatro factores que expliquen 58.2% de la variancia, significa que existen más factores involucrados en la decisión de hacerse o no un examen de SIDA que explica el restante 42.2 %. La identificación de estos factores debe ser motivo de otra investigación.



## **CAPÍTULO 5**

### **5.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El estudio permite plantear las siguientes conclusiones:

1.- Se rechaza la hipótesis nula de igualdad de influencia de actitudes y valores en la decisión de realizarse el examen de VIH en la muestra norteamericana y mexicana.

2.- En el análisis multivariado, no se determinaron variables predictoras - los 17 valores y 7 actitudes - de la decisión de no realizarse el examen de VIH en la población norteamericana. No obstante, el análisis de factor, indica que los cuatro factores mencionados explican en 58% la conducta de rechazar el examen. Es necesario ahondar aún más por medio de nuevos estudios para explicar el resto de la variancia. Se recomienda replicar el estudio en población mexicana con un tamaño de muestra mayor.

3.- De las características demográficas asociadas con la aceptación del examen en las mujeres mexicanas, se reportó solamente la escolaridad como significativa estadísticamente. Es manifiesta la influencia de la pareja en la toma de decisiones de hacerse o no el examen, así como el deseo de la embarazada de no conocer su estado serológico.

4.- En la muestra de población mexicana, al menos la que acude al Hospital Universitario, se encontró mayor riesgo que la muestra norteamericana. Hay escasa conciencia del riesgo de contagio por VIH entre la población de embarazadas y probablemente, lo cual sería deseable demostrar en México, entre los mismos profesionales de la salud que las atienden.

5.- El examen de VIH se realiza, se recomienda y se promociona más entre la población estadounidense que en la mexicana.

El examen de VIH no está siendo ofrecido rutinariamente a las embarazadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Universitario, aunque la mayoría -cuatro de cada cinco- estarían dispuesta a practicarse el examen.

6.- No se hace detección de riesgo para VIH en la población mexicana. Sería recomendable que si no se ofrece el VIH a todas las embarazadas como parte de los exámenes rutinarios, al menos se utilizara un instrumento de tamizaje aún y cuando en la literatura mundial se menciona una baja efectividad de los cuestionarios de riesgo autopercebido. Sin embargo, esto crearía conciencia entre los médicos de atención obstétrica y atención primaria, de la necesidad de pensar cada vez más en la posibilidad de que los pacientes puedan ser VIH positivos asintomáticos.

### 5.1 Recomendación

Es necesario implementar guías para realizar consejería y el examen de VIH en forma voluntaria, a todas las mujeres embarazadas en todos los servicios obstétricos públicos y privados como lo aconseja El Centro de Enfermedades Infecciosas (CDC) de Atlanta, Georgia desde 1995. Su implementación, implicaría hacer conscientes a las mujeres del riesgo de transmisión heterosexual de VIH, y la identificación oportuna de las mujeres infectadas por VIH como parte de un programa de prevención y control de VIH/SIDA, para instituir el tratamiento temprano con AZT y reducir la transmisión vertical del Virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida al producto. Por otro lado, dado que no fue posible realizar el análisis de factor en la muestra mexicana, se recomienda replicarlo con una muestra mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of Maternal-Fetal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. N Engl J Med 1994;331(18):1173-1180.
2. Cozen W, Mascola L, Enguidanos R, et al. Screening for HIV and Hepatitis B in Los Angeles County Prenatal Clinics: a Demonstration Project. J Acquir Immune Defic Syndr 1993;6(1):95-98.
3. Barbacci M, Repke J, Chaisson R. Routine Prenatal Screening for HIV Infection. Lancet 1991;337(8743):709-711.
4. CDC. Update : AIDS Among Women - United States, 1994. MMWR 1995;44(5):81-84.
5. CDC. Update: Mortality Attributable to HIV Infection Among Persons Aged 25-44 Years--United States, 1991 and 1992. MMWR 1993;42(45):869-872.
6. CDC. AIDS Among Racial/Ethnic Minorities - United States, 1993. MMWR 1994;43(35):644-655.
7. CDC. Update:Acquired Immunodeficiency Syndrome- United States, 1992. MMWR 1993;42(28):547-557.
8. CONASIDA. Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH / SIDA en Consulta Externa y Hospitales. 1997 3era. Ed. P 13.
9. CDC. HIV / AIDS Surveillance Report, 1994. 1994 ; 6 (2) : 1 - 39.
10. CDC. Heterosexually Acquired AIDS - United States, 1993. MMWR 1994;43(9):155-160.
11. Minkoff H, DeHovitz JA, Duerr A. HIV Infection in Women. Raven Press, New York, New York. 1994, p.4.

12. CDC. AIDS Weekly Surveillance Report - United States, December 26, 1988.
13. CDC. Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome-United States, 1994. MMWR; 44(4):64 - 67.
14. Davis SF, Byers RH, Lindegren ML, Calwell MB, Karon JM, Gwinn M. Prevalence and Incidence of Vertically Acquired HIV Infection in the United States. JAMA. 1995; 274:952-955
15. Gwinn M, Pappaioanou M, George JR, et al. Prevalence of HIV Infection in Childbearing Women in the United States. JAMA 1991;265(13):1704-1708.
16. SIDA-ETS Enfermedades de Transmisión Sexual. Análisis de la Situación del SIDA y las ETS del Cuarto Trimestre de 1997 en CONASIDA. 1998 4 (1)
- 17- Lindsay MK, Peterson HB, Feng TI, et al. Routine Antepartum Human Immunodeficiency Virus Infection Screening in an Inner-city Population. Obstet Gynecol 1989;74(3):289-294.
18. Bennett MJ. Stigmatization : Experiences of Persons with Acquired Immune Deficiency Syndrome. Issues in Mental Health. Nurs 1990;11:141-154.
19. Clatts MC, Mutchler KM. AIDS and the Dangerous Other: Metaphors of Sex and Deviance in Representation of Disease. Med Anthropol 1989;10:105-114.
20. Elford J. Moral and Social Aspects of AIDS : a Medical Students' Project. Soc Sci Med 1987;24 (6):543-549.
21. Ross MW, Rosser BS. Psychological Issues in AIDS-Related Syndromes. Patient Education and Counseling 1988;11:17-28.
22. Allen JR. Screening and Testing Asymptomatic Persons for HIV Infection. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors. AIDS Etiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992:421 - 429.

23. Blendon RJ, Donelan K. Discrimination against People with AIDS : the Public's Perspective.  
N Engl J Med 1988;319(15):1022-1026.
24. Wilfert CM. Mandatory Screening of Pregnant Women for Human Immunodeficiency Virus.  
Clin Infect Dis 1994;19:664-666.
25. Kingston M, Crawford MG, editors. 1994 - 95 Texas Almanac. Dallas : The Dallas Morning News, 1995.
26. Texas Department of Commerce. Estimates of the Total Population of Counties in Texas by Age, Sex, and Race/Ethnicity for July 1, 1987. College Station: Texas A&M University System, 1988.
27. Texas Department of Health. Texas AIDS Surveillance Report : January - March 1995.
28. COESIDA. Nuevo León, 1998. Reporte Epidemiológico
29. Deyo RA; Diehl AK; Hazuda H; and Stern MP. A Simple - Based Acculturation Scale for Mexican Americans: Validation and Application to Health Care Research.  
AJPH Jan 1985, 75(1):51 -55
30. Guttman LA : A Basis for Scaling Qualitative Data.  
Am Sociol Rev 1944 ; 9 : 139
31. Polit DF. (1991) Investigaciones Científicas en Ciencias de la Salud(3era. Ed) Interamericana Mc Graw Hill p 249 - 251.
32. Hearst N . AIDS Risk Assessment in Primary Care. JAFP 1994 ; 7 (1) : 44 - 48.
33. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Rev . de. New York: Academic Press, 1977.
34. Forthofer Rn, Lee ES. Introduction to Biostatistic (1995). A Guide to Design, Analysis, and Discovery.  
Academic Press Inc. Cap 15
35. Kachigan SK. Statistical Analysis an Interdisciplinary Introduction to Univariate and Multivariate Methods.(1986). Radius Press. Cap 15

36. Rumley RL , Shappley NC, Waivers LE, Esinhart JD. AIDS in Rural Eastern North Carolina - Patient Migration : a Rural AIDS Burden .  
AIDS. 1991 ; 5 : 1373 - 1378
37. Centers for Disease Control and Prevention. US Public Health Service Recommendations for HIV Counseling and Voluntary Testing for Pregnant Women. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995; 44(RR-7)1-15.
38. Nicoll A, McGarrigle BT, Tookey PA, Doung T. Detection of HIV-1 among pregnant women in the United Kingdom Results from Public Health Surveillance 1998-1995. BJM 1998;316: 253-8
39. Wiznia AA, Crane M, Lambert G, Sansary J, Harris A, Solomon L. Zidovudine Use to Reduce Perinatal HIV Type - 1 Transmission in Urban Medical Center.  
JAMA, 1996;275: 1504-1506
40. COSSMHO. National Coalition of Hispanic health and Human Servicies Organizations. Meeting the Health Promotion Needs of Hispanic Communities.  
Am J Health Promot 1995; 9 (4): 300-11

## APENDICE A

### CUESTIONARIO DE SELECCIÓN

1. FECHA DE LA ENTREVISTA (ESCRIBA EN LOS ESPACIOS

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MES           DÍA           AÑO

Hola!, mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando con el Dr. Ramírez en un estudio acerca de lo que las mujeres embarazadas piensan del examen del SIDA. Si Usted está embarazada y es paciente de esta clínica, nos gustaría preguntarle lo que piensa acerca del examen del SIDA. Si Usted está de acuerdo en participar, sería entrevistada una sola vez en una área privada de esta clínica. Las preguntas tomarán aproximadamente 10 minutos para contestarlas y lo que conteste será confidencial.

(CIRCULE LA RESPUESTA)

2. CLINICA

CENTRO DEL BARRIO ..... 1  
BARRIO COMPREHENSIVE ..... 2  
ELLA AUSTIN ..... 3  
MCALLEN ..... 4  
HOSPITAL UNIVERSITARIO "JEG" ..... 5

3. ¿Le gustaría participar en la entrevista?

Si..... 1  
(SI, IR A LA # 4)  
No..... 2

4. ¿Está de acuerdo en que la entreviste en este momento?

Si..... 1  
(SI, IR AL CUESTIONARIO DE INV.)  
No..... 2  
(No, IR A LA # 5)

5 ¿Cuándo la puedo entrevistar ?

ANOTE FECHA Y HORA DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

6. ¿Le puedo preguntar porqué decidió no participar en este estudio?

Si.....1  
(SI, IR A LA #7)

NO.....2  
(NO, IR A LA #6)

SI LA RESPUESTA ES SI ESCRIBA LITERALMENTE

7.- ¿Cuáles son las razones por las que decidió no participar?

GRACIAS POR SU TIEMPO.

8. EDAD APROXIMADA DE LA PERSONA..... EN AÑOS \_\_\_\_\_

9. ESTIMACION DE LA RAZA / ETNICIDAD DE LA PERSONA

México-Americana..... 1

Africano-Americana ..... 2

Blanca (no Hispana)..... 3

Otra ..... 4



## APÉNDICE B

### CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCCIONES: SE LEERA A LOS PARTICIPANTES UNICAMENTE LA LETRA MINUSCULA. NO ESCRIBA EL NOMBRE DEL PARTICIPANTE EN ESTE CUESTIONARIO

1. I.D DEL PARTICIPANTE (ESCRIBA EN EL ESPACIO).....\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

2. FECHA DE LA ENTREVISTA.....\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

(CIRCULE EL NUMERO CORRESPONDIENTE)

- |   |                           |   |
|---|---------------------------|---|
| 3. CLINICA:   | CENTRO DEL BARRIO.....    | 1 |
|   | BARRIO COMPREHENSIVE..... | 2 |
|   | ELLA AUSTIN.....          | 3 |
|   | MCALLEN.....              | 4 |
| 4. ¿Algunas personas hablan Inglés y Español, pero muchas hablan solo una. Cual idioma prefiere Usted hablar? | Inglés.....               | 1 |
|   | Español.....              | 2 |
|   | Ambos igualmente.....     | 3 |
| 5. ¿Cuál idioma es más frecuentemente hablado en su casa?   | Inglés.....               | 1 |
|   | Español.....              | 2 |
|   | Ambos igualmente.....     | 3 |
| 6. ¿Cuál fue su primer idioma de niño?  | Inglés.....               | 1 |
|   | Español.....              | 2 |
|   | Ambos igualmente.....     | 3 |
| 7. Muchas personas tienen problemas para leer en Inglés o Español. ¿Usted lee el Inglés?                      | Si.....                   | 1 |
|   | No.....                   | 2 |
| 8. Para empezar, me gustaría que Usted escogiera el idioma que prefiere para esta entrevista.                 | Inglés.....               | 1 |
|   | Español.....              | 2 |

LAS PREGUNTAS RESTANTES DE ESTE CUESTIONARIO SE LEERAN AL PARTICIPANTE EN EL LENGUAJE DE SU PREFERENCIA, DE ACUERDO A LA RESPUESTA No. 8

**I. A) ACTITUDES HACIA LA PRUEBA DEL SIDA Y EMBARAZO  
PRACTICARSE EL EXAMEN DE SIDA DURANTE EL EMBARAZO**

El examen del SIDA es utilizado para saber si una persona ha sido infectada por el virus que causa el SIDA. Un resultado positivo significa que la persona está infectada con el virus que produce el SIDA. El SIDA es una enfermedad que ocasiona que el organismo no se proteja bien contra las infecciones. Existen diferentes nombres de este examen de la sangre que es utilizado para saber si una persona ha sido infectada por el virus que ocasiona el SIDA. A fin de simplificar las cosas en esta entrevista, le llamaremos examen del SIDA.

No le estamos pidiendo que se haga el examen del SIDA. Estamos interesados en lo que Usted piensa acerca del examen del SIDA y embarazo.

9. ¿Durante este embarazo, ha hablado  
Usted con su doctor acerca del  
examen de SIDA?
- Si.....1
- No.....2
10. ¿Le han recomendado que se haga  
el examen de SIDA durante éste  
embarazo?
- Si.....(IR A LA 12)...1
- No.....(IR A LA 14)...2
- No se.....(IR A LA 14)...3
11. ¿Según Usted cuando fue la  
fecha de su último período?
- /           /            
M    M    D    D    A    A
12. ¿Se ha practicado el examen  
de SIDA durante este embarazo?
- Si.....(pase a la sección B)...1
- No.....(IR A LA 14)...2
- 13.- ¿Cuál fue el resultado  
de este examen de VIH?
- Positivo.....1
- Negativo.....2
- No lo se.....3
14. ¿Si su doctor le ofrece  
realizarse el examen  
durante este embarazo,  
aceptaría hacérselo?
- Si.....1
- No.....2
- No se.....3

**I B) RAZONES PARA NO ACEPTAR EL EXAMEN DE SIDA**

Por favor utilice la TARJETA 1 para estas preguntas. Las opciones en la TARJETA 1 son:

Número uno	Usted está Totalmente de acuerdo
Número dos	Usted está de Acuerdo
Número tres	Usted No está segura
Número cuatro	Usted está en Desacuerdo
Número cinco	Usted está Totalmente en desacuerdo

Las personas tienen diferentes razones por las que no quieren realizarse el examen del SIDA cuando están embarazadas. Le voy a leer algunas razones que la gente ha dado para no hacerse el examen del SIDA. Después de que Yo lea cada afirmación, use la TARJETA 1 para elegir el número de la respuesta que se acerque más a su manera de pensar. Si Usted está lista, empecemos.

La razón por la que Usted no quiere hacerse el examen de SIDA es porque si el resultado es positivo:

(CIRCULE EL NUMERO QUE  
CORRESPONDA A SU RESPUESTA)

**TA A NS D TD**

15. Usted perdería el trabajo .....1.....2.....3.....4.....5  
(Utilice al TARJETA 1)
16. Usted perdería su seguro médico....1.....2.....3.....4.....5
- 17.- La clínica no mantendría  
confidencialidad en los  
resultados .....1.....2.....3.....4.....5
18. Usted perdería el respeto  
de su iglesia .....1.....2.....3.....4.....5
19. Su compañero sexual ya no la  
amaría .....1.....2.....3.....4.....5
20. Su compañero sexual sería  
violento con Usted .....1.....2.....3.....4.....5
21. Su compañero sexual la  
abandonaría .....1.....2.....3.....4.....5
22. Perdería el respeto de su madre....1.....2.....3.....4.....5
- 23 Perdería el respeto de su padre....1.....2.....3.....4.....5
24. Perdería la custodia de sus  
hijos .....1.....2.....3.....4.....5

25. La gente pensaría que Usted se inyecta drogas bajo la piel.....1.....2.....3.....4.....5
26. La gente pensaría que Usted tiene muchos compañeros sexuales .....1.....2.....3.....4.....5
27. Usted no tendría buena atención médica durante su embarazo .....1.....2.....3.....4.....5
28. Usted no tendría buena atención hospitalaria durante el parto .....1.....2.....3.....4.....5
29. Su hijo recién nacido no tendría buena atención hospitalaria al nacer .....1.....2.....3.....4.....5
30. Usted no sería aceptada en su comunidad .....1.....2.....3.....4.....5

Algunas razones por las que Usted no desea hacerse el examen del SIDA son porque:

31. Usted no ha pensado en hacerse el examen del del SIDA .....1.....2.....3.....4.....5
32. Usted no cree que pueda estar infectada con el virus que causa el SIDA .....1.....2.....3.....4.....5
33. Si Usted estuviera infectada nada podría hacerse para prevenir que su hijo por nacer resultara infectado .....1.....2.....3.....4.....5
34. Su compañero sexual no querría que Usted se realizara el examen de SIDA .....1.....2.....3.....4.....5
- 35.- Usted no quiere pensar en la posibilidad de estar infectada.....1.....2.....3.....4.....5

36. Usted no quiere pensar en la muerte ni en morir .....1.....2.....3.....4.....5
37. Si Usted estuviera infectada no le gustaría saberlo .....1.....2.....3.....4.....5
38. Usted cree que su salud depende enteramente de Dios .....1.....2.....3.....4.....5
39. ¿Existen otras razones que Usted piense que son importantes para no realizarse el examen del SIDA?

**ESCRIBA LA RESPUESTA LITERALMENTE**

---



---

Terminamos de usar la TARJETA 1

40. ¿Se practicó el examen de SIDA antes de embarazarse?
- Si.....1
- No.....2
41. ¿Cuál fue el resultado de ese examen?
- Positivo.....1
- Negativo.....2
- No se.....3

**II RIESGO AUTOREPORTADO PARA EL VIH/SIDA**

El siguiente grupo de preguntas son acerca de sus riesgos para el SIDA. Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

(CIRCULE EL NUMERO QUE  
CORRESPONDA)

- |   | <u>SI</u>                     | <u>NO</u> | <u>NO SE</u> |
|---|-------------------------------|-----------|--------------|
| 42. ¿Recibió Usted una transfusión, un derivado de la sangre o un trasplante de órganos entre 1978 y 1985?  | 1.....                        | 2.....    | 3            |
| 43. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas bajo su piel utilizando una aguja?   | 1.....                        | 2.....    | 3            |
| 44. ¿Tiene Usted alguna razón para sospechar que ha tenido relaciones sexuales con una persona que se inyecta drogas bajo la piel usando una aguja?   | 1.....                        | 2.....    | 3            |
| 45. ¿Tiene Usted alguna razón para sospechar que ha tenido relaciones sexuales con un hombre que ha tenido relaciones sexuales con hombres y mujeres? | 1.....                        | 2.....    | 3            |
| 46. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que Usted ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual como Sífilis, Gonorrea, Clamidia, o Herpes?         | 1.....                        | 2.....    | 3            |
| 47. ¿Tiene Usted alguna razón para sospechar que ha tenido relaciones sexuales con una persona infectada con el virus que ocasiona el SIDA?           | 1.....                        | 2.....    | 3            |
| 48. ¿Tiene Usted alguna razón para sospechar que está en riesgo de adquirir la infección del virus del SIDA?  | 1.....                        | 2.....    | 3            |
|   | (IR A 49) (IR A 50) (IR A 50) |           |              |
| 49. De contestar Si, por favor especifique:<br>(ESCRIBA SU RESPUESTA LITERALMENTE)  | <hr/> <hr/>                   |           |              |

### III CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Ahora nos gustaría preguntarle algunas cosas acerca de Usted.

50. ¿Qué edad tenía Usted en su último cumpleaños? (Años) \_\_\_\_\_
51. ¿Cuál es su estado civil?
- |                   |   |
|-------------------|---|
| Casada.....       | 1 |
| Separada.....     | 2 |
| Divorciada.....   | 3 |
| Viuda.....        | 4 |
| Nunca casada..... | 5 |
52. ¿Cuál es su raza o etnicidad?
- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| México - Americana..(IR A 54)... | 1 |
| Afro-Americana.....(IR A 54)...  | 2 |
| Blanca no-Hispana...(IR A 54)... | 3 |
| Otra.....(IR A 53)...            | 4 |
53. Si contestó otra, por favor especifique (ESCRIBA LITERALMENTE)
- 
54. ¿En que país nació Usted?
- |                          |   |
|--------------------------|---|
| Estados Unidos de A..... | 1 |
| México.....              | 2 |
| Otro.....                | 3 |
55. ¿Cuál es el más alto nivel de educación escolar que Usted ha completado en los Estados Unidos o en cualquier otro país?
- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Ninguno.....(IR A 57)....       | 1 |
| Escuela Primaria..(IR A 57).... | 2 |
| Secundaria.....(IR A 57)...     | 3 |
| Preparatoria.....(IR A 57)...   | 4 |
| Graduada de Prepa..(IR A 57)... | 5 |
| Universidad.....(IR A 57)...    | 6 |
| Graduada de Uni....(IR A 57)... | 7 |
| Otros estudios.....(IR A 56)... | 8 |
56. Si contestó otro, por favor ESPECIFIQUE (ESCRIBA LITERALMENTE)
-

57. ¿Cuántos hijos ha tenido?  
(ENCIERRE EN UN CIRCULO LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE)

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13

58. ¿Cuántas personas viven en su casa incluyéndolo a Usted? \_\_\_\_\_

59. ¿Cuántos hijos viven con Usted?  
(CIRCULE EL NUMERO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA)

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13

60. ¿Cual de los siguientes describe  
mejor su situación laboral actual?

Desempleada.....(IR A 62)..1

Empleada medio-tiempo(IR A 62)..2

Empleada tiempo  
completo.....(IR A 62)...3

Otro.....(IR A 61)...4

61. Cuando Usted trabaja, ¿Qué tipo de trabajo realiza?  
(OCUPACION: ESCRIBA LITERALMENTE)

---

62. Por favor revise la TARJETA 2, la cual contiene una lista de ingresos económicos mensuales. Encierre en un círculo la letra del ingreso mensual que represente la cantidad que Usted obtiene.

(CIRCULE EL NUMERO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA)

A.....01

B.....02

C.....03

D.....04

E.....05

F.....06

G.....07

H.....08

I.....09

J.....10



**IV OPINIONES ACERCA DE LA OBLIGATORIEDAD DEL EXAMEN DEL SIDA**

Finalmente, me gustaría preguntarle su opinión sobre cuestiones futuras.

63. ¿Piensa Usted que a todas las mujeres embarazadas se les debería exigir realizarse el examen del SIDA?
- Si.....1
- No.....2
- No Se.....3

Algunas personas piensan que debería existir una ley que obligue a las mujeres embarazadas a realizarse el examen del SIDA.

64. ¿Piensa Usted que debería existir una ley estatal que obligue a las mujeres embarazadas de Texas a que se realicen el examen del SIDA?
- Si.....1
- No.....2
- No Se.....3

65. ¿Si hubiera una ley cuántas mujeres embarazadas lo harían?
- Ninguna.....1
- Pocas.....2
- Muchas.....3
- La mayoría.....4
- Todas.....5

66. Finalmente, ¿Existe algún otro comentario que Usted quiera hacer de lo que hemos platicado durante la entrevista?
- Si.....(IR A 67).....1
- No.....(TERMINAR).....2

67. De contestar Si, por favor especifique(ESCRIBA LITERALMENTE)

---



---

Muchas gracias por su participación en el estudio.

**APÉNDICE C****TARJETA 1  
PARA POBLACIÓN NORTEAMERICANA**

1. ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO
2. ESTOY DE ACUERDO
3. NO ESTOY SEGURA
4. ESTOY EN DESACUERDO
5. ESTOY TOTALMENTE EN  
DESACUERDO

**TARJETA 1  
PARA POBLACIÓN MEXICANA**

1. SI
2. PUEDE SER QUE SI
3. NO SE
4. PUEDE SER QUE NO
5. NO

## APÉNDICE D

TARJETA 2  
 INGRESO EN DÓLARES PARA POBLACIÓN NORTEAMERICANA

A.	MENOS	DE	\$	840	POR MES
B.	DE	\$	840	A \$	1,680 POR MES
C.	DE	\$	1680	A \$	2,520 POR MES
D.	DE	\$	2,520	A \$	3,360 POR MES
E.	DE	\$	3,360	A \$	4,200 POR MES
F.	DE	\$	4,200	A \$	5,040 POR MES
G.	DE	\$	5,040	A \$	10,800 POR MES
H.	MAS DE		\$	10,800	POR MES

## TARJETA 2

INGRESO EN PESOS PARA POBLACIÓN MEXICANA

A.	MENOS	DE	\$	840	POR MES
B.	DE	\$	840	A \$	1,680 POR MES
C.	DE	\$	1680	A \$	2,520 POR MES
D.	DE	\$	2,520	A \$	3,360 POR MES
E.	DE	\$	3,360	A \$	4,200 POR MES
F.	DE	\$	4,200	A \$	5,040 POR MES
G.	DE	\$	5,040	A \$	10,800 POR MES
H.	MAS DE		\$	10,800	POR MES

**APÉNDICE E****CONSENTIMIENTO INFORMADO****ESTUDIO SOBRE VALORES Y ACTITUDES QUE INFLUYEN EN EL RECHAZO DEL EXAMEN DE VIH EN EL EMBARAZO**

Se le ha pedido a usted participar en un estudio de investigación de mujeres embarazadas. Queremos aprender por que las mujeres embarazadas podrían rechazar el examen para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Este examen es llamado comúnmente EXAMEN DEL SIDA. La razón por la que estamos pidiendo participar en este estudio es por que está embarazada y quizás puede tener un punto de vista sobre este tema.

Los resultados de este estudio serán utilizados para remover algunos obstáculos que algunas mujeres enfrentan para realizarse el examen de SIDA durante el embarazo.

Si Usted decide participar en este estudio, será entrevistada un sola vez y recibirá \$ 5.00 (Dólares) por su tiempo. Durante la entrevista se le harán preguntas generales acerca de su sentir hacia el examen del SIDA durante el embarazo. Como estamos preguntando su opinión, no hay respuestas correctas o incorrectas para las preguntas. También le preguntaremos sobre cualquier riesgo de infección por VIH que Usted pueda tener y su opinión acerca de las leyes para realizar el examen de SIDA en las mujeres.

La entrevista toma de 10 a 15 minutos y será realizada en una área privada de esta clínica. La entrevista no interferiría con su cita médica o con la atención médica que usted recibe en esta clínica

Las preguntas han sido elaboradas para que no se sienta a disgusto para contestarlas. Sin embargo, existe la posibilidad de que algunas preguntas le ocasionen que se sienta con una leve molestia o apenada.

No le garantizamos que usted se beneficie al participar en este estudio. Sin embargo, al final de la entrevista se le entregara un folleto con información acerca del VIH y SIDA y de algunos lugares donde pueda realizarse el examen gratuito del SIDA. También recibirá una forma acerca de su propio riesgo de infección para el SIDA, que puede llevarle a su médico.

Esta aceptación por escrito y el cuestionario con sus respuestas serán guardadas bajo llave en un gabinete. Toda la información que obtengamos de Usted será confidencial y no será registrada en su expediente clínico. Si publicamos los resultados este estudio, en alguna revista científica o libro, no lo identificaremos de manera alguna. La decisión de participar en este estudio es voluntaria. Si decide participar y la entrevista le ocasiona alguna molestia puede interrumpirla en cualquier momento.

Si existe alguna circunstancias en las cual el entrevistador decida no continuar con la entrevista, Usted de cualquier manera recibirá \$ 5.00 (Dólares) por su tiempo.

En caso de que decida no participar, esto no afectará la atención médica que reciba en el futuro en ésta clínica.

El Dr. José M. Ramírez y el Dr. Ernesto Parra son los investigadores del estudio y ellos serán quienes reciban la información que Usted proporcione.

Si Usted tiene alguna pregunta ahora, siéntase libre de hacerla. Si después tiene alguna duda o desea reportar un problema médico relacionado con este estudio el Dr. Ramírez o el Dr. Parra, podrán ser localizados en el teléfono 270-3888 o en UTHC Downtown, 527 N. Leona, San Antonio, Texas 78207.

El comité de la Universidad de Texas Health Science Center (IRB) quien revisa la investigación en personas contestará cualquier pregunta acerca de sus derechos como sujeto de investigación en el teléfono (210) 567 2351.

Se le dará una copia al final de la entrevista, para que la conserve.

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO TOMAR PARTE EN ESTE ESTUDIO Y QUE HA LEIDO Y ENTENDIDO LA INFORMACION QUE SE LE HA PROPORCIONADO Y EXPLICADO

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

## APÉNDICE F

### INFORMACION SOBRE EL EXAMEN DE VIH Y EL SIDA EN SAN ANTONIO TEXAS

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es lo que causa la enfermedad del SIDA. Actualmente está aumentando la frecuencia del SIDA en las mujeres.

Las personas pueden infectarse con el VIH a través de:

- A) **SEXO.** Tener relaciones sexuales sin protección (sin usar condón) con una persona infectada con el VIH.
- B) **COMPARTIR JERINGAS.** Inyectándose uno mismo con agujas que no están estériles y están contaminadas con el VIH.
- C) **TRANSFUSIONES SANGUINEAS.** Recibiendo derivados de la sangre o trasplantes de órganos contaminados con el VIH.
- D) **PARTO DE MADRE INFECTADA.** El VIH puede pasar de una madre infectada al niño durante el embarazo o al nacimiento.
- E) **ALIMENTACION AL SEÑO MATERNO.** Los recién nacidos pueden infectarse por la leche materna de una madre con VIH / SIDA

Se puede prevenir la transmisión del VIH al recién nacido en dos tercios (67.5%) de los casos tratando a la mujer embarazada infectada con el VIH, y al niño, con un medicamento llamado Azidovudina (AZT).

Si a usted le preocupa el VIH o SIDA, existe información gratuita y consejería confidencial, así como exámenes del SIDA anónimos (no necesita dar su nombre).

Para esos servicios gratuitos llame o visite cualquiera de estas agencias en San Antonio, Texas (se ofrecen servicios bilingües).

- 1.- Family Planning. HIV Testng Program  
University Health Center- Downtown  
527 N. Leona San Antonio Texas 78207  
(210) 270-3888
- 2.- Frio Street Project. 827 N. Frio St  
San Antonio, Texas 78207 (210) 24-2437
- 3.- San Antonio Metropolitan. STD Clinic  
Health Distric 332 W, Commerce  
San Antonio, Texas 78207  
(210) 207-8830

Usted puede llamar también al TEXAS HOTLINE al 1-800-299-2437 (1-800-299-AIDS) para mayor información y sitios más cercanos para realizarse la prueba del SIDA

**PREGUNTE A SU DOCTOR PARA MAYOR INFORMACIÓN**

## APÉNDICE G

### INFORMACION SOBRE EL EXAMEN DE VIH Y EL SIDA EN McALLEN TEXAS

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es lo que causa la enfermedad del SIDA. Actualmente está aumentando la frecuencia del SIDA en las mujeres.

Las personas pueden infectarse con el VIH a través de:

- F) **SEXO.** Tener relaciones sexuales sin protección (sin usar condón) con una persona infectada con el VIH.
- G) **COMPARTIR JERINGAS.** Inyectándose uno mismo con agujas que no están estériles y están contaminadas con el VIH.
- H) **TRANSFUSIONES SANGUINEAS.** Recibiendo derivados de la sangre o transplantes de órganos contaminados con el VIH.
- I) **PARTO DE MADRE INFECTADA.** El VIH puede pasar de una madre infectada al niño durante el embarazo o al nacimiento.
- J) **ALIMENTACION AL SENO MATERNO.** Los recién nacidos pueden infectarse por la leche materna de una madre con VIH / SIDA

Se puede prevenir la transmisión del VIH al recién nacido en dos tercios (67.5%) de los casos tratando a la mujer embarazada infectada con el VIH, y al niño, con un medicamento llamado Azidovudina (AZT).

Si a usted le preocupa el VIH o SIDA, existe información gratuita y consejería confidencial, así como exámenes del SIDA anónimos (no necesita dar su nombre).

Para esos servicios gratuitos llame o visite cualquiera de estas agencias en McAllen, Texas (se ofrecen servicios bilingües).

- |  |   |
|--|---|
| 1. Planned Parenthood<br>1017 Pecan St<br>McAllen, Texas 78501<br>(210) 686-0585 | 2. Planned Parenthood<br>810 s. 12 St.<br>McAllen, Texas 78501<br>(210) 686- 6740 |
| 3. Planned Parenthood<br>1201 Conway<br>Mission, Texas 78539<br>(210) 585-4576   | 4. Planned Parenthood<br>216 N. 12 St<br>Edinburg, Texas 78539<br>(210) 383-5084  |
| 5. Planned Parenthood<br>129 E. Caffry<br>Pharr, Texas 78577<br>(210) 787-9452   | 6. Planned Parenthood<br>448 S. Texas<br>Weslaco, Texas 78596<br>(210) 973-2655   |

Usted puede llamar también al TEXAS HOTLINE al 1-800-299-2437  
1-800-299-AIDS para mayor información y exámenes del SIDA mas cerca

**PREGÚNTELE A SU DOCTOR PARA MAYOR INFORMACION**

## APÉNDICE E

### FORMA DE RIESGO AUTOREPORTADO PARA EL VIH/SIDA

CIRCULE EL NUMERO QUE CORRESPONDA)

SI                      NO                      NO SE

1. ¿Recibió Usted una transfusión,  
un derivado de la sangre o un  
transplante de órganos entre  
1978 y 1985? 1.....2.....3
  
2. ¿Alguna vez se ha inyectado  
drogas bajo su piel utilizando  
una aguja? 1.....2.....3
  
3. ¿Tiene Usted alguna razón  
para sospechar que ha tenido  
relaciones sexuales con una  
persona que se inyecta drogas  
bajo la piel usando una aguja? 1.....2.....3
  
4. ¿Tiene Usted alguna razón para  
sospechar que ha tenido relaciones  
sexuales con un hombre que ha  
tenido relaciones sexuales con  
hombres y mujeres? 1.....2.....3
  
5. ¿Alguna vez le ha dicho un médico  
que Usted ha tenido alguna enfermedad  
de transmisión sexual como Sífilis,  
Gonorrea, Clamidia, o Herpes? 1.....2.....3
  
6. ¿Tiene Usted alguna razón para sospechar  
que ha tenido relaciones sexuales con  
una persona infectada con el virus que  
ocasiona el SIDA ? 1.....2.....3
  
7. ¿Tiene Usted alguna razón para sospechar  
que está en riesgo de adquirir la  
infección del virus del SIDA? 1.....2.....3
  
8. De contestar que SI en la # 7, por favor especifique:  
(ESCRIBA SU RESPUESTA LITERALMENTE)

**QUIZA USTED QUIERA COMPARTIR ESTA INFORMACION CON SU DOCTOR**



**APÉNDICE I****CATEGORIZACIÓN DE VALORES Y ACTITUDES****VALORES**

- 1.- Usted perdería el trabajo
- 2.- Usted perdería su seguro médico
- 3.- La clínica no mantendría confidencialidad en los resultados
- 4.- Usted perdería el respeto su iglesia.
- 5.- Su compañero sexual ya no la amaría
- 6.- Su compañero sexual sería violento con usted
- 7.- Su compañero sexual la abandonaría
- 8.- Perdería el respeto de su madre
- 9.- Perdería el respeto de su padre
- 10.-Perdería la custodia de sus hijos
- 11.-La gente pensaría que usted se inyecta drogas bajo la piel
- 12.-La gente pensaría que usted tiene muchos compañeros sexuales
- 13.-Usted no tendría buena atención médica durante su embarazo
- 14.-Usted no tendría buena atención hospitalaria durante el parto
- 15.-Su hijo recién nacido no tendría buena atención hospitalaria al nacer
- 16.-Usted no sería aceptada en su comunidad
- 17.-Su compañero sexual no querría que usted se realizara el examen de SIDA

**ACTITUDES**

- 1.- Si usted estuviera infectada nada podría hacerse para prevenir que su hijo por nacer resultara infectado
- 2.- Usted no quiere pensar en la posibilidad de estar infectada
- 3.- Usted no quiere pensar en la muerte ni en morir
- 4.- Si usted estuviera infectada no le gustaría saberlo
- 5.- Usted cree que su salud depende enteramente de Dios
- 6.- Usted no cree que pueda estar infectada con el virus que causa el SIDA
- 7.- Usted no pensado en hacerse el examen de SIDA

## **RESUMEN**

**José Manuel Ramírez Aranda**

**Fecha de Graduación: Octubre, 1999**

**Facultad de Medicina**

**Título del Estudio: VALORES Y ACTITUDES DE MUJERES  
EMBARAZADAS, QUE INFLUYEN EN EL RECHAZO  
O ACEPTACIÓN DEL EXAMEN DE VIH**

**Número de páginas: 81**

**Candidato para el Grado de Doctor en  
Medicina**

**Área de Estudio: SIDA en Embarazadas**

**Propósito y Método del Estudio:** La pandemia del VIH/SIDA, ha impactado notablemente a la población de mujeres en edad reproductiva, principalmente por el mecanismo de transmisión heterosexual. De la misma manera, se ha incrementado el número de casos de SIDA pediátrico. El conocimiento del estado serológico de las embarazadas, permitiría utilizar el protocolo 076 y prevenir en 2/3 de los casos la transmisión perinatal del VIH. Sin embargo, 24% de las embarazadas rechazan el examen de VIH ofrecido en la consulta prenatal. El conocer las razones de la falta de aceptación del examen de VIH por las embarazadas, permitirá diseñar estrategias específicas para persuadir a esta población a practicarse el examen de VIH.

**Contribuciones y Conclusiones:** Esta investigación analizó en forma comparativa en población norteamericana y mexicana, la disposición o rechazo de las mujeres embarazadas para practicarse el examen serológico de VIH, definió las características de las mujeres embarazadas que aceptaron el examen, e identificó a través de un Análisis de Factores las actitudes y valores personales que influyeron en más de un 50% en la decisión de rechazar el examen de VIH.

**FIRMA DEL ASESOR:** \_\_\_\_\_

## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

**José Manuel Ramírez Aranda**

**Candidato para el Grado de Doctor en Medicina**

**Título del Estudio: VALORES Y ACTITUDES DE MUJERES  
EMBARAZADAS QUE INFLUYEN EN EL RECHAZO  
O ACEPTACIÓN DEL EXAMEN DE VIH**

**Campo de Estudio:** Ciencias de la Salud

**Biografía:** Datos Personales: Nació en Montemorelos Nuevo León el 24 de Diciembre de 1953, hijo de Agustín Ramírez Cazares y Andrea Aranda Mancillas.

**Educación:** Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el título de Médico Cirujano y Partero, estudió la Especialidad de Medicina Familiar en la misma Universidad; realizó un Fellowship en Investigación en Atención Primaria en la Universidad de Mc Gill, Montreal Canadá en 1982 y otro enfocado a Análisis de Datos en Investigación en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio en 1995 , así como un Fellowship en Cuidado Ambulatorio de Pacientes con VIH en la misma Universidad.

**Experiencia Profesional:** Profesor de Tiempo completo de la Residencia de Medicina Familiar de la UANL desde 1983 y profesor de cursos de Metodología de la Investigación.



