



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

“SALVADOR ZUBIRÁN”

Características clínicas y sociodemográficas de una población de mujeres mexicanas con VIH en un hospital de tercer nivel de atención.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

INFECTÓLOGO

PRESENTA:

Alexandra Martin-Onraët Arciniegas

Tutor:

Dr. Juan G. Sierra Madero

Asesores:

Dra. María de Lourdes Guerrero Almeida

Dra. Andrea González Hernández

México D.F. Agosto de 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A. MARCO TEORICO:

1. INTRODUCCION:

En México, se estima que aproximadamente 220 000 personas viven con VIH, con una prevalencia de 0.3%. De estas personas, la proporción mayoritaria es de hombres que tienen sexo con hombres, sin embargo han aumentado los porcentajes de otros grupos en las últimas décadas, y ha habido cambios importantes en la dinámica de transmisión.

Las recomendaciones actuales insisten en brindar especial atención a estos grupos más vulnerables cuya participación en la epidemia ha ido en aumento, grupos a los que pertenecen las mujeres, de las cuales pareciera que las que provienen de zonas rurales, se encuentran en situaciones aún más desfavorecidas, debido a contextos socioculturales que resaltan diferencias de género, inequidad social, y una posible relación con la migración, la etnicidad y la marginalización como factores de riesgo.

Existen estudios cualitativos que analizan estos factores de riesgo y su papel en la percepción de las mujeres sobre la epidemia. Las estadísticas nacionales resaltan la presencia del VIH en poblaciones desfavorecidas, sin embargo no se tiene un registro reciente de las características clínicas y sociodemográficas de las mujeres que viven con VIH en México, ni se han reportado comparativamente las situaciones que viven las mujeres en relación al VIH en su ámbito rural y urbano.

Este trabajo pretende describir una población de mujeres mexicanas con VIH según sus características sociodemográficas y clínicas y definir variables asociadas a la presentación clínica de las mujeres cuando se diagnostican. Se presentará a continuación una introducción sobre las principales problemáticas que rodean el tema de la mujer mexicana con VIH y posteriormente se definirá el marco del trabajo de tesis y los resultados de la primera fase de este estudio.

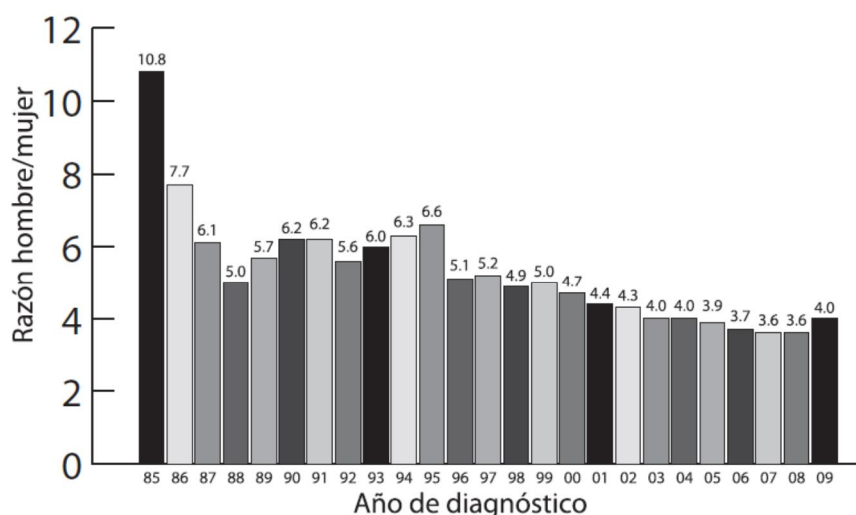
2. EPIDEMIOLOGÍA:

a. La epidemia del VIH en México:

Como se mencionó previamente, existen en México aproximadamente 220 000 personas que viven con VIH^{1,4}. Según el reporte de CENSIDA al 31 de diciembre del 2011, que reporta los casos de SIDA y VIH por separado, se detectaron durante el 2011 3964 casos de SIDA y 4255 casos de VIH. De estos casos, tomando únicamente en cuenta los casos de SIDA, los estados con mayor detección fueron Veracruz (13.2%), Chihuahua (9.2%), México (8.8%), Oaxaca (5%), Michoacán (4.9%), Tabasco y DF (4.4%). Tomando en cuenta el total de casos de VIH/SIDA, los principales estados donde se detectó la epidemia fueron: México DF (15%), Veracruz (13.7%), Estado de México (6.8%), Guanajuato (4.6%), Chiapas y Oaxaca (4%)⁵. La epidemia de VIH se ha mantenido estable en la última década, sin embargo ha habido algunos cambios importantes en los grupos afectados y en el modo de transmisión, con un aumento constante en la transmisión y detección de casos en mujeres: la relación hombre: mujer nacional ha disminuido de 10.8 en 1985 a 4 en el 2009⁴. (figura 1).

Actualmente las mujeres representan aproximadamente 25% de las personas que viven con VIH en México comparado con un 15% hace más de una década²⁻⁴. Se estima que de estas 48000 mujeres, 36% están casadas o en unión libre, 15% son migrantes internacionales, 9% solteras con prácticas sexuales y 9% trabajadoras sexuales⁶. La vía de infección que afecta al mayor número de mujeres es a través

de relaciones sexuales con hombres que viven con ellas. En las mujeres mayores de 15 años, la transmisión de tipo heterosexual representa 99% de los casos⁴.



Fuente: CENSIIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 30 de septiembre de 2009.

Figura 1: razón hombre:mujer en los casos de SIDA en México según año de diagnóstico.

b. Distribución geográfica de las mujeres en México:

En México existe una disparidad importante entre estados en cuanto a la distribución de mujeres que viven con VIH. Los estados con mayor número de mujeres bajo tratamiento antirretroviral (lo cual sirve como marcador indirecto de la distribución de mujeres afectadas en el país), son estados con un perfil definido, ya sea por una distribución geográfica fronteriza (Baja California Norte y Sur) o estados pobres con una mayor proporción de población indígena, con mayor desigualdad de género y/o con alto flujo de migración de hombres a los Estados Unidos (Chiapas, Veracruz, Guerrero)³.

c. Desenlace clínico de las mujeres que viven con VIH en México y en otros países:

La mortalidad por SIDA en población general en México en el 2007 fue de 4.8 por cada 100000 habitantes, manteniéndose similar en los últimos 10 años, y ocupando el lugar 17 en causas de mortalidad a nivel nacional. Hay una tendencia a disminuir en el grupo de edad de 25 a 44 años (11.1 en 1997 y 10.3 en 2007, con una reducción de 0.7 defunciones por 100000 habitantes). En cambio en las mujeres la tasa de mortalidad en el grupo de edad de 25 a 44 años en México ha aumentado (figura 2). Esto pareciera estar en relación a una mayor detección de casos de SIDA en las mujeres⁴.

Mortalidad por SIDA en mujeres, todas las edades y de 25-44 años, México 1998-2005

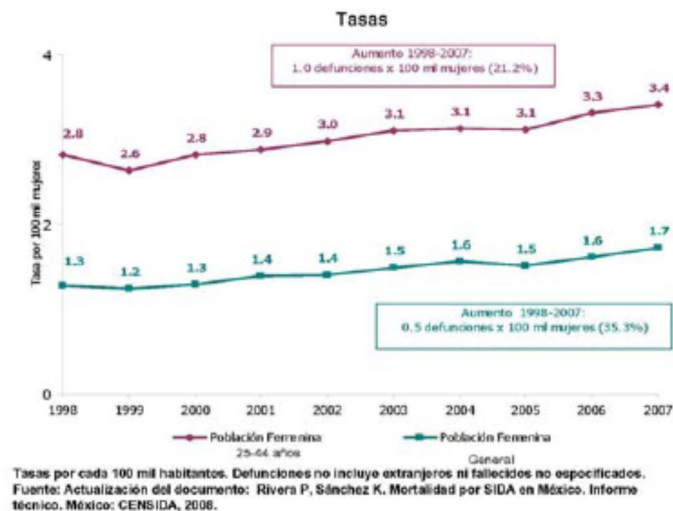


Figura 2: Mortalidad por SIDA en mujeres, general y en el grupo de edad de 25 a 44 años, México 1997-2005.

En diferentes reportes internacionales, se han encontrado diferencias clínicas y de desenlace entre hombres y mujeres con VIH, entre los cuales factores asociados a niveles socioeconómicos más bajos. En la cohorte de pacientes de Suiza se

siguieron todos los pacientes de 1998 al 2009 y se encontró que las mujeres suelen tener un nivel educativo menor al de los hombres, y tienden a presentar supresión de la carga viral al año en menor proporción comparado con los hombres. Esto parece estar asociado a una tasa mayor de suspensión de antirretrovirales al año de haber iniciado⁷. En la cohorte nacional francesa, donde se analizaron causas de muerte según género, las mujeres venían más frecuentemente de África Subsahariana, con condiciones de vivienda más precarias. El 50% de las muertes en mujeres fue por causas asociadas a SIDA. No se encontró que el género fuera un factor de riesgo para mortalidad pero si bien en hombres disminuyó la frecuencia de muertes asociadas a SIDA del 2000 al 2005, esto no sucedió en las mujeres⁸. No existen más reportes sobre factores asociados a desenlace y mortalidad en las mujeres en México.

3. VULNERABILIDAD EN MUJERES QUE VIVEN CON VIH

Entender el término de vulnerabilidad implica utilizarlo como un término desglosable, que abarca muchas variables dependientes las unas de las otras. Las mujeres vulnerables pueden serlo por diferentes razones, o una combinación de ellas. Varios autores integran en sus definiciones la inequidad de género, la violencia familiar, la violencia sexual⁹. A grandes rasgos cualquier situación o contexto que ponga a la persona en desventaja, tanto física como social. Estigma, discriminación, marginalización, violación de derechos humanos, son otros conceptos frecuentemente intercambiables con vulnerabilidad¹⁰. En ese grupo de personas y enfocándonos a las mujeres, se incluyen las mujeres sumisas por sociedades predominantemente patriarcales, las agredidas (física, verbal o sexualmente) y

las mujeres geográficamente alejadas y con dificultad para acceder a los servicios en general.

Las mujeres con mayor riesgo de adquirir la infección por VIH son las trabajadoras sexuales, las reclusas o parejas de reclusas, las migrantes o parejas de migrantes. En números absolutos, aunque la prevalencia sea menor comparada con estos grupos de alto riesgo, la mayoría de las mujeres se encuentra en el grupo de mujeres casadas o unidas. Las variables más estudiadas y asociadas a la adquisición del VIH en México, algunas exclusivas de mujeres, otras compartidas con los hombres, son la migración (personal o de la pareja) y la inequidad sociocultural, muchas veces favorecidas por provenir de zonas rurales o etnias donde la mujer se encuentra en mayor desigualdad³.

a. Inequidad de géneros:

De la inequidad de géneros, y del control del hombre sobre la mujer, resultan las relaciones de poder, la sumisión y la violencia intramarital, ya documentadas como un factor asociado a mayor riesgo de adquisición del VIH en la mujer. La violencia intramarital se acompaña de más prácticas sexuales en el hombre, más relaciones sexuales desprotegidas, más abuso sexual y encuentros de riesgo para la mujer. En general, las mujeres no tienen la oportunidad de solicitar el uso de preservativo y dependen de la voluntad de la pareja¹¹.

Un estudio longitudinal realizado en Sudáfrica demostró una asociación temporal independiente entre violencia por parte de la pareja y la incidencia del VIH¹². Se evaluaron mujeres sin VIH incluidas en un programa de seguimiento de dos años. Se valoraron inequidad de género y violencia por medio de diferentes escalas y cuestionarios. Según la escala de equidad de género, 41% de las mujeres que

adquirieron VIH en ese periodo tuvieron un puntaje de baja equidad de género comparado con 30% en las que no se infectaron, ($p=0.019$). Treinta y cinco por ciento de las mujeres con VIH reportaron un episodio o más de violencia por la pareja íntima (física o sexual) ($p=0.001$) y 23% de las mujeres que se infectaron reportaron más de 5 incidentes de abuso sexual o físico (contra 12% en las que no se infectaron). En la figura 3 se propone una relación de factores asociados a violencia que favorecen el riesgo de contraer la infección por VIH.

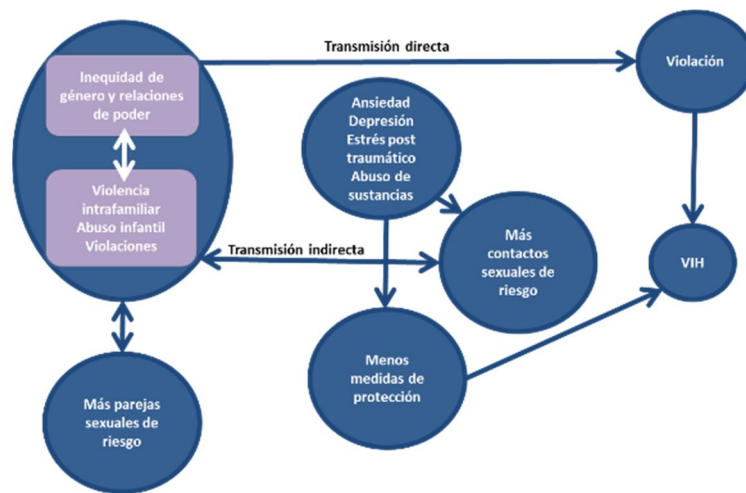


Figura 3: Riesgo de infección por VIH mujeres mediado por violencia basada en género e inequidad de género.
Adaptado de *Jewkes et al*¹²

Además, las mujeres también padecen las consecuencias de la homofobia: es frecuente que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) tengan una relación estable heterosexual (oficial), y que los hombres casados tengan relaciones extramaritales. En el 2001 se realizó una encuesta en la Ciudad de México a hombres casados o en unión libre con una mujer por más de un año, y sexualmente activos con esa pareja. Se observó que 15% de los hombres tenían relaciones extramaritales, y sólo 22% hacían uso de preservativo en la pareja

secundaria. La gran mayoría de los hombres tenían una falta de percepción de riesgo, 80% de ellos considerándose sin riesgo de adquirir el VIH¹³.

b. Migración:

La migración ha jugado un papel determinante en la dinámica de la transmisión del VIH, con una repercusión importante en las mujeres. En el 2010, el 89.4% de la población migrante mexicana se encontraba en EUA¹⁴. Los estados de origen del mayor número de migrantes internacionales fueron Guanajuato, Jalisco, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Guerrero¹⁴. Se ha visto que los migrantes suelen presentar más comportamientos de riesgo, más parejas sexuales, más uso de sustancias ilícitas comparado con los no migrantes¹⁵, y tienen diez veces más riesgo de contraer VIH que la población general de EUA, riesgo que se transmite a la pareja al regresar a México. En las últimas tres décadas el flujo migratorio se ha multiplicado por 13^{3,14}.

Pero también existen claras conductas de riesgo asociadas a migración interna. Los intercambios migratorios internos se hacen principalmente en los estados de Veracruz, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Estado de México y DF¹⁴. Entrevistas a estos grupos de mujeres muestran los mismos factores de vulnerabilidad, desde alta tasa de infidelidad de la pareja, a violencia física y relaciones desprotegidas. En un estudio realizado en Puebla con las trabajadoras de fábrica, sólo el 15% reportó uso de preservativo alguna vez¹¹.

Se han estudiado las mujeres migrantes que viven en EUA y las barreras principales a una buena atención son el idioma, el estigma, la economía, la falta de seguro médico, y las implicaciones del diagnóstico: muchas mujeres padecen

violencia domiciliaria al divulgar su diagnóstico¹⁶. En este grupo de mujeres, como en muchas de las mujeres de la frontera, es frecuente la asociación con abuso de sustancias.

c. Mujeres de zonas rurales e indígenas:

Se ha hecho énfasis en los últimos años sobre la vulnerabilidad de las mujeres provenientes de zonas rurales hacia el VIH. Las razones van desde dispersión y aislamiento de estas poblaciones, que les dificulta un acceso adecuado a un centro de salud¹⁷, a un contexto sociocultural que les confiere dependencia económica, inequidad de géneros y sumisión. Las poblaciones rurales o con alta proporción de indígenas se caracterizan por una relación hombre: mujer menor y por mayor transmisión heterosexual¹⁸. Según la INEGI, dentro de los estados con mayor número de hablantes de lengua indígena se encuentran en orden descendente Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Puebla, Guerrero y Yucatán¹⁹. El 80% de los casos de VIH en zonas de alta proporción de población indígena se concentran en 4 entidades principales: Quintana Roo, Hidalgo, Yucatán y Oaxaca¹⁵. Dentro de los factores que se asocian a vulnerabilidad en mujeres indígenas y provenientes de zonas rurales, algunos juegan un papel en riesgo de transmisión, otros en atención de las mujeres una vez diagnosticadas.

- *Factores que influyen en la transmisión del VIH en los grupos de mujeres de riesgo:*

Una pregunta importante cuando se evalúa la transmisión del VIH en grupos desfavorecidos como en este caso las mujeres rurales y/o indígenas, es si la adquisición del VIH se debe más a falta de conocimientos de las mujeres sobre la

existencia del VIH, o se debe a una noción presente del riesgo, pero sin capacidad de intervenir para su propia protección, o ambas. Algunos estudios muestran que la conciencia del VIH existe entre las mujeres, y muchas veces la información sobre prevención de transmisión también. En esos casos el problema principal es una barrera cultural que le impide a la mujer solicitar medidas preventivas para su propia protección^{20,21}. Por ejemplo, en un estudio cualitativo en Morelos, hecho con mujeres compañeras de migrantes, de 60 mujeres entrevistadas, todas menos tres sabían cómo se transmite y cómo se previene el VIH y las ITS ²².

En encuestas poblacionales se ha relacionado a la etnicidad con diferencias en percepción de riesgo y en medidas de protección. Una encuesta en mujeres indígenas de 15-54 años mostró que dentro de las mujeres que no usaban preservativo durante las relaciones sexuales, 23% no lo hacían porque desconocían el método o cómo usarlos, 20% no lo hacían por encontrarse en la menopausia, 16% no estaban de acuerdo en su uso (tanto ellas como la pareja)¹⁹, (figura4).

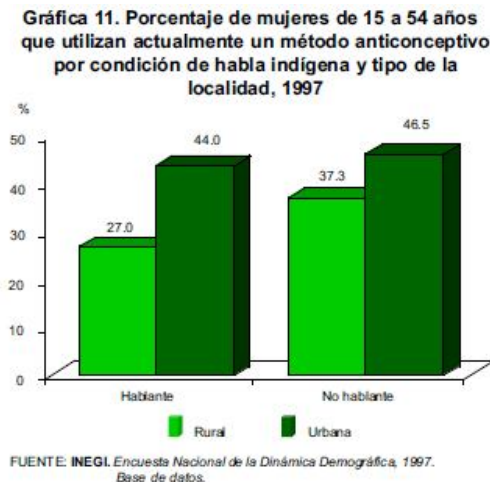


Figura 4: Anticoncepción según localidad y habla indígena.

Encuestas a diferentes grupos de mujeres relacionan el uso de condón con la confianza en la pareja. En Chiapas, casi el 80% de mujeres compañeras de migrantes refirió no haber usado condón en la última relación sexual por confianza. El porcentaje disminuyó

a 60% en las mujeres trabajadoras (domésticas o agrícolas) de las zonas fronterizas. Sin embargo, dentro de las mujeres compañeras de migrantes, 50% declararon sentirse en riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual.

Las mujeres que se perciben en riesgo lo asocian a la posibilidad de que sus compañeros puedan tener relaciones sexuales estando fuera, debido al comportamiento más liberal de las mujeres en EUA. A pesar de ello, pocas mujeres solicitan el uso de preservativo a su pareja (sólo 4 de 60 mujeres compañeras de migrantes le solicitaron a su pareja usar condón al reiniciar su vida sexual con el regreso del compañero)²².

Otros estudios cualitativos realizados en mujeres de Oaxaca, Querétaro y la Ciudad de México muestran, en cuanto a percepción de las mujeres, que éstas asocian la infección por VIH con la muerte, y con violencia doméstica²³. El conjunto de factores económicos y sociales, que incluyen pobreza y machismo, llevan a que las mujeres que viven con VIH de ciertas comunidades tengan menos acceso a la atención médica²⁵ y se encuentren más marginalizadas.

- *Factores que afectan la atención de las mujeres una vez diagnosticadas:*

Los reportes de programas de VIH en países subdesarrollados muestran claramente que una proporción importante de pacientes (hombres y mujeres) no acuden a su seguimiento y al inicio de tratamiento antirretroviral después de ser diagnosticados. Las razones son diversas y se clasifican en diferentes rubros:

1.) las limitantes económicas (costos de transporte),

- 2.) las limitantes geográficas (falta de transporte),
- 3.) las limitantes de tiempo,
- 4.) los aspectos más sociales como el miedo al estigma, la falta de apoyo por familiares, divulgación del estatus y
- 5.) los aspectos relacionados a la enfermedad como la toma de medicamentos, sus efectos adversos y la asociación del VIH con la muerte.

Estudios hechos exclusivamente en mujeres, en Africa, han encontrado como variables específicas, la dependencia económica a la pareja y el miedo asociado al rechazo de la familia de la pareja. Además, el estigma se traduce en miedo a ser visto en el centro de salud, a ser reconocido como VIH+, y lleva a las mujeres a no presentarse o a acudir con otros curanderos, que consideran más discretos^{25,26}. Sin embargo también se ha demostrado que el retraso en la atención puede ser asociado a variables dependientes del sistema de salud.

4. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD y ATENCION MEDICA

Aunque no exclusivo de las mujeres, el acceso a la atención médica puede ser una barrera importante para detección y atención de la infección por el VIH. Además de condiciones geográficas que pueden estar asociadas con las limitaciones para acudir al centro de salud, existen también barreras de estigma que impiden a las pacientes presentarse al centro de atención. Y finalmente, una vez en el centro, el último requisito es que reciban una atención adecuada.

a. Causas de diagnóstico tardío:

Como ya se mencionó el acceso a centros de salud puede verse limitado por tiempo, dinero y distancia, y el papel de estas variables dependerá de condiciones geográficas de las localidades de origen, de los ingresos y de la ocupación de los pacientes. El acceso y disponibilidad de servicios se han definido como variables de vulnerabilidad asociadas a las zonas rurales¹⁹ y se han reportado los trámites y tiempos de espera como barreras a la atención médica.

También se ha demostrado que frecuentemente hay diferencias en las percepciones sobre las causas de retraso en la atención entre el personal de salud y los pacientes. En pequeñas comunidades, algunos estudios reportan que en ocasiones el personal de salud asume que el paciente no acude a atención por motivos culturales, adjudicando la "culpa" de esa atención tardía a las creencias de los pacientes. Cuando son interrogados, los pacientes refieren que las causas son múltiples y estas pueden dividirse en centro de salud-dependiente y paciente-dependiente, demostrando que la "culpa" es compartida. Un estudio antropológico realizado en Kenia por medio de entrevistas a 50 pacientes diagnosticados y atendidos tardíamente reveló datos alarmantes sobre los pasos que sigue un paciente para obtener atención médica. En este reporte, el 65% de los entrevistados inició su búsqueda de atención en el sistema de salud formal. Ninguno de ellos fue diagnosticado a la primera visita. La incapacidad de diagnosticar VIH en los pacientes después de 4 visitas fue de 74%. El 57% requirió de 4 visitas al centro de salud para recibir una atención adecuada. En este estudio

el acudir al sistema de medicina tradicional fue en general la segunda opción, después de una falla del sistema de salud oficial²⁷.

b. Causas de seguimiento inadecuado:

Entrevistas a mujeres compañeras de migrantes del estado de Morelos mostraron que la familia llega a ser un mecanismo de control, donde la falta de independencia de la mujer impide que acuda libremente a consultar sobre temas relacionados a salud reproductiva, desde preventiva hasta terapéutica. Las mujeres suelen ser acompañadas por la suegra, la madre, y tienen que atenderse a escondidas, en ocasiones hasta para procedimientos definitivos de control prenatal²², lo cual es un factor que dificulta el seguimiento y adecuada vigilancia de las pacientes infectadas.

c. Atención prenatal:

Dentro de las oportunidades de detección de la infección por VIH, se encuentra la atención prenatal y la oferta de la prueba de VIH a las mujeres embarazadas. La atención prenatal tiene un impacto individual en detección de la madre y otro en reducción de transmisión vertical. Según las normas oficiales mexicanas de atención prenatal y de prevención y control de la infección por VIH^{28,29}, es obligatorio ofertar la prueba de VIH a toda mujer embarazada y realizarla previo consentimiento de la paciente. Para que una mujer embarazada reciba tratamiento antirretroviral, se requieren varios pasos: 1.) que acuda a atención

prenatal, 2.) que le ofrezcan la prueba de VIH, 3.) que acepte la prueba, y 4.) en caso de ser positiva, que se entere del resultado y 5.) acuda a su seguimiento³⁰.

En el 2008 a nivel nacional, sólo 30% de las mujeres embarazadas se realizó una prueba de VIH³ (figura 5).

INSTITUCIÓN	2006	2007	2008
Secretaría de Salud	10.2%	20.9%	43.0%
Instituto Mexicano del Seguro Social	0.9%	1.5%	6.4%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	0.5%	0.6%	0.6%
Petróleos Mexicanos	100.0%	100.0%	100.0%
Secretaría de la Defensa Nacional	26.9%	28.5%	36.0%
Secretaría de Marina	NE	NE	NE
TOTAL	7.3%	13.1%	31.4%
Fuentes: SSA/CONASIDA. Comité de Monitoreo y Evaluación. Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA, No.6, diciembre 2008. Procesó: SSA/CENSIDA/DIO. SEMAR: No entregó información (NE)			

Figura 5: Detección de VIH en mujeres embarazadas según la institución de salud del sector público³.

En un estudio transversal realizado en León, en el hospital de Ginecoobstetricia del Seguro Social se invitaron las mujeres embarazadas que acudían a la clínica de atención prenatal, a que se realizaran la prueba de VIH. Participaron 1184 mujeres de las cuales 1009 aceptaron la prueba (85%). Las razones principales para declinar la prueba fueron que las mujeres estaban casadas y que sólo tenían relaciones con su pareja (32.6%) y que no tenían autorización del esposo (23.5%). Las razones para aceptar la prueba fueron por obtener un beneficio para el bebé (45%) y propio (33%). Las mujeres que no aceptaban la prueba tenían ingresos mensuales más bajos (395 \$ vs 343 \$) y eran más frecuentemente nulíparas (52.5% contra 46.3%). Todas las pruebas fueron negativas. Si bien esto refleja una población de mujeres muy seleccionada, que ya acudía a atención prenatal, hubo una buena recepción a la oferta de la prueba con una noción de un beneficio a la salud. Los factores asociados al rechazo de la prueba se relacionan otra vez en gran parte con

motivos sociales (nivel socioeconómico más bajo, menos conocimientos en mujeres nulíparas y una relación de poder con la pareja)³¹.

Por otro lado desconocemos el papel de las parteras en la atención prenatal de áreas rurales y el impacto en detección de VIH. Existen estados donde regularmente se capacitan para la atención de partos, por parte de la secretaría de Salud y principalmente en áreas de comunidades con bajos recursos económicos como Chiapas, Michoacán y Oaxaca. Estudios en Africa han evaluado la participación de las parteras en concientización del VIH, encontrándose como un eslabón importante en la detección de la infección.

En general no existen estudios recientes en México que evalúen el papel del centro de salud en términos de calidad de la atención, y su repercusión sobre un diagnóstico más tardío de la infección por el VIH.

5. ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES PREVIAS EN MUJERES

Dentro de las estrategias para reducir la transmisión en grupos de riesgo, los grupos más estudiados han sido los grupos de mujeres de la frontera, trabajadoras sexuales y usuarias de drogas intravenosas. Las intervenciones, por medio de pláticas informativas y de concientización, han mostrado una respuesta favorable dentro de estos grupos de mujeres, reduciendo la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, con aumento del uso del preservativo²⁴ y con buena recepción por parte de las mujeres a realizarse la prueba diagnóstica. Otros programas basados en modelos de promotores de salud, han logrado incrementar el uso de pruebas de detección en grupos de mujeres en Ciudad Juárez, por medio de reuniones para realización de pruebas y redes sociales (Pasa la voz)³².

En las mujeres de comunidades rurales, no se han hecho estudios de intervención ni se ha medido su impacto en comportamientos de riesgo, pero estudios sociológicos establecen un problema diferente en este grupo de mujeres, que dificulta una intervención, definido por una barrera cultural que impide solicitar al esposo la realización de la prueba de VIH o el uso de preservativo. La dificultad consiste en encontrar un equilibrio entre el respeto de costumbres culturales sin que éstas interfieran en prácticas sexuales seguras para las mujeres.

B. JUSTIFICACION:

No existe un análisis reciente de las características de las mujeres con VIH en México en general. A pesar de que queda claro que las mujeres son un grupo vulnerable, no se han publicado datos nuevos sobre sus características clínicas y sociodemográficas cuando se diagnostican.

El conocer las características de las mujeres mexicanas con VIH actualmente permitiría implementar programas de intervención acordes al perfil de cada grupo, con un impacto en detección temprana, comportamientos de riesgo y transmisión del VIH.

El propósito de este trabajo de tesis es reportar los resultados preliminares de un estudio cuyo objetivo es describir y comparar las características sociodemográficas y clínicas de poblaciones rurales y urbanas de mujeres mexicanas con diagnóstico reciente de VIH, estudio que consta de varias etapas:

- a. Primera etapa: descripción retrospectiva de las características sociodemográficas de mujeres mexicanas con diagnóstico reciente de VIH provenientes de 2 cohortes localizadas en México DF (el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán-INCMNSZ y la Clínica de Especialidades Condesa) y una cohorte de Oaxaca (CAPASITS).
- b. Segunda etapa: un estudio prolectivo a través de encuestas individuales a las mujeres de las cohortes mencionadas que se enfoque a los antecedentes socioculturales de las mujeres y su percepción y conocimientos del VIH y el acceso a servicios de atención médica.

Los resultados iniciales que se reportan a continuación se enfocan en la fase retrospectiva realizada solo en el INCMNSZ así como la estandarización del cuestionario que será empleado para la segunda etapa del estudio.

C. OBJETIVO DEL ESTUDIO:

1. Objetivo principal:

Describir un grupo de mujeres mexicanas con infección por VIH provenientes de un centro de referencia de México DF en base a sus características clínicas y sociodemográficas y su lugar de origen.

2. Objetivos específicos:

- a. Comparar las características clínicas y sociodemográficas de las mujeres originarias del DF y zona conurbada con las mujeres originarias de otras regiones.
- b. Valorar la percepción de las mujeres acerca del VIH, el conocimiento sobre su transmisión y prevención y describir la atención médica recibida, incluyendo la presencia o no de atención prenatal por medio de un cuestionario que se estandarice para esos fines.

D. HIPOTESIS:

Las mujeres mexicanas con infección por VIH diagnosticadas en los años recientes aún viven en un contexto sociocultural de alta vulnerabilidad, acompañado de dificultades en acceso a la atención médica, y poco apoyo social que representan barreras importantes para su atención médica óptima.

E. MATERIAL Y METODOS:

1. DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, que consta de dos fases:

- a. una parte retrospectiva para la recopilación de información demográfica y variables clínicas usando el expediente de las pacientes.
- b. La estandarización de un cuestionario para la parte prolectiva del estudio, por medio de entrevistas personalizadas para establecer asociaciones de riesgo y evaluar percepción de las pacientes

2. DESCRIPCION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:

La población del estudio fue representada por mujeres mexicanas por nacimiento de la cohorte del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Se incluyeron todas las mujeres mayores de 18 años al momento del ingreso a atención médica por VIH que ingresaron al programa de atención en los últimos 3 años, y que no tuvieran como mecanismo de infección la transmisión materno-infantil.

a. Características poblacionales del Distrito Federal y descripción de la cohorte del INCMNSZ:

El Distrito Federal cuenta con 8 851 080 habitantes, con una densidad poblacional de 5920 habitantes/km². El 99.5% de la población se considera urbana.

La cohorte del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (INCMNSZ) cuenta con 2507 pacientes mexicanos, de los cuales 1373 se encuentran en seguimiento activo. El 61.3% de la cohorte son originarios del DF. De la cohorte total 316 (12.6%) son mujeres, de las cuales 169 (53.5%) continúan en seguimiento, siendo originarias del DF 87 pacientes (51%).

3. DESCRIPCION DEL ESTUDIO:

a. Fase retrospectiva:

A partir de los expedientes e información contenida en bases de datos del INCMNSZ, se obtuvo información demográfica, antecedentes patológicos y no patológicos personales, información sobre el modo de transmisión, estadio clínico al diagnóstico, evolución y desenlace. Dentro de la información demográfica se incluyó el nivel socioeconómico (NSE) otorgado por el INCMNSZ, clasificación que

utilizan los institutos de Salud de la secretaría de Salud y que valora el ingreso *per capita*, los egresos familiares, la ocupación del proveedor económico, el estado de salud familiar y características de vivienda. Se considera que los NSE 1 y 2 son los que más apoyo económico requieren, siendo el NSE 3 un nivel más promedio en la población.

Se evaluó la presencia de infecciones oportunistas, enfermedades de transmisión sexual, carga viral y CD4 al inicio, presencia de infecciones oportunistas durante el seguimiento, inicio de ARV, cambio de esquemas, causas de cambio o suspensión de tratamiento y desenlace en última consulta.

Para los CD4 al inicio, en ocasiones los primeros CD4 disponibles en el expediente presentaban un lapso de tiempo largo en relación al diagnóstico o correspondían a pacientes ya en tratamiento por lo que se consideró como los primeros CD4 al diagnóstico aquellos que tuvieran menos de un mes de tratamiento o que se encontraran sin tratamiento en ese momento y con menos de un año de diagnóstico. Se definió como CD4 basales los valores que se encontraban en el rango de dos meses antes o después del inicio de tratamiento antirretroviral. En ocasiones los CD4 al diagnóstico eran los mismos que los CD4 basales. Se definió como pérdida de seguimiento aquellas pacientes sin consultas en el último año y que no habían recogido sus medicamentos en los últimos 3 meses.

b. Fase prolectiva:

Para la estandarización del cuestionario que será utilizado en la fase prolectiva se realizaron entrevistas personalizadas con un cuestionario aplicado por el investigador a 15 mujeres de la consulta externa que aceptaron participar para

evaluar antecedentes socioculturales de la entrevistada, de la(s) pareja(s), comportamientos de riesgo, su percepción sobre el VIH, la presencia o no de estigma, conocimientos de adquisición, transmisión, prevención del VIH y uso de métodos de prevención.

El cuestionario consta de 86 preguntas de opción múltiple (ver anexo), que abarcan cinco temas principales: características socioculturales, antecedentes médicos, circunstancia de diagnóstico, acceso a la atención médica, conocimiento sobre el VIH, características sociodemográficas (ver anexo 1). Cada tema incluye los siguientes subtemas:

- Características socioculturales: Incluye edad, lugar y fecha de nacimiento, lugar de residencia, tiempo de residencia, idiomas, estado civil, religión, número de parejas, estatus de la pareja, antecedentes migratorios de la entrevistada y su(s) parejas, antecedentes militares y penales de la entrevistada y su(s) parejas, antecedentes de violencia física y abuso sexual de las mujeres, ocupación de la entrevistada y sus parejas, conductas de riesgo como consumo de tabaco, alcohol y otras toxicomanías o sexo por dinero.
- Antecedentes médicos: Incluye comorbilidades, vida sexual, número de parejas, uso de preservativo, conductas sexuales de riesgo (incluyendo sexo por dinero).
- Circunstancia de diagnóstico: Incluye percepción del modo de contagio, sospecha del diagnóstico, pruebas realizadas antes del diagnóstico.

- Acceso a atención médica: Incluye atención previa al diagnóstico por síntomas asociados a VIH, distancia, tiempo y dinero gastados para acudir a la consulta, atención prenatal y oferta previa de pruebas de VIH.
- Conocimientos sobre el VIH: Incluye nociones previas al diagnóstico sobre existencia y prevención de la infección por VIH y nociones actuales y modo de adquisición de esa información.
- Características sociodemográficas: Incluye nivel de estudios, ingresos mensuales, características de vivienda. Los ingresos mensuales se reportaron según los valores definidos por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (el salario mínimo promedio de las tres regiones geográficas en México es 60.6 pesos diarios)³³.

En el proceso de estandarización se evaluó comprensión de las preguntas, participación y disponibilidad de las mujeres, rechazo a las preguntas, y tiempo de aplicación del cuestionario.

El cuestionario fue discutido previamente en un grupo médico donde se confirmó el significado de cada pregunta con el objetivo de eliminar factores de confusión.

c. Criterios de inclusión /exclusión:

- Se incluyeron mujeres mexicanas mayores de 18 años por nacimiento con infección por VIH que habían ingresado en los últimos tres años en el INCMNSZ.
- Para la estandarización del cuestionario para la parte prolectiva se aplicó la entrevista a mujeres de la cohorte del INCMNSZ sin limitación del año de ingreso y que acudieran a consulta o a recoger

medicamentos y que aceptaran mediante consentimiento informado contestar el cuestionario diseñado para este estudio.

- Se excluyeron las mujeres que habían adquirido el VIH por transmisión materno-infantil o que rehusaron firmar el consentimiento informado.

d. Riesgos:

Este estudio no implica la realización de ningún procedimiento que ponga en riesgo al paciente. Por tratarse de un estudio considerado de riesgo mínimo por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, no se requirió de consentimiento de los sujetos para la recolección de datos del expediente. Se solicitó consentimiento informado de las mujeres para la aplicación del cuestionario como parte de la estandarización. Para todas las preguntas se ofreció la opción de no contestar y se estableció que las mujeres que fueran víctimas de algún maltrato físico o sexual se derivarían a una instancia de salud mental de la Clínica Especializada Condesa que cuenta con un servicio de consejería y orientación para denuncias en caso que la mujer tenga la intención de hacerlo.

e. Comité de ética:

El estudio fue sometido al comité de ética del INCMNSZ y aprobado. También fue aprobado por la Coordinación de la Clínica de especialidades Condesa. A todas las mujeres se les ofreció la posibilidad de apoyo psicológico y seguimiento en caso de que lo consideraran necesario después de contestar el cuestionario.

f. Estadística:

Se analizaron las variables descriptivas con media, mediana y rango según la distribución de las variables. Para el análisis estadístico se utilizaron la prueba de χ^2 para las variables cualitativas y las pruebas de *t* de Student y U-Mann Whitney para las variables cuantitativas según su distribución normal o no respectivamente.

F. RESULTADOS:

Fase retrospectiva:

a. Características sociodemográficas:

El INCMNSZ cuenta con un total de 72 mujeres ingresadas desde el 2009. De estas, se excluyeron 8 mujeres por transmisión vertical y 2 por nacionalidad extranjera. Se analizaron 62 mujeres. Las características sociodemográficas se enlistan en la tabla 1. Del total de mujeres, 51 (82%) fueron diagnosticadas entre el 2009 y el 2012 y 11 mujeres fueron diagnosticadas antes del 2008. Cuatro mujeres (6.5%) no sabían leer ni escribir. Diez mujeres (18%) no habían completado la educación básica. Más del 50% de la muestra se encontró con un nivel socioeconómico bajo (clasificado como 1 y 2 por el servicio de trabajo social del Instituto).

En cuanto al lugar de origen, 39% de las mujeres nacieron en el Distrito Federal (DF), y 21% en el Estado de México. Los otros estados de nacimiento fueron Oaxaca (10%), Veracruz (8%), Hidalgo (6.5%) y Guerrero (4.8%) principalmente

(figura 6). Según el último registro del expediente, 83% de las pacientes vive en México DF o Estado de México (figura 6).



Figura 6: distribución de las mujeres según lugar de nacimiento.

TABLA 1: Características sociodemográficas de las mujeres con infección por VIH ingresadas en los últimos 3 años en el INNSZ			
Nivel de estudios (n=53)		Lugar de origen (n=62):	
No sabe leer ni escribir	4 (7.5)	Estado de México (%)	13 (21)
No estudió	1 (1.8)	México DF (%)	24 (38.7)
Primaria incompleta	5 (9.4)	Oaxaca (%)	6 (9.7)
Primaria completa	6 (11.3)	Veracruz (%)	5 (8)
Secundaria incompleta	5 (9.4)	Hidalgo (%)	4 (6.5)
Secundaria completa	9 (17)	Guerrero (%)	3 (4.8)
Preparatoria incompleta	5 (9.4)	Puebla (%)	2 (3.2)
Preparatoria completa	5 (9.4)	Chihuahua (%)	1 (1.6)
Licenciatura completa	6 (11.3)	Jalisco (%)	1 (1.6)
Carrera técnica	7 (13)	Morelos (%)	1 (1.6)
Nivel socioeconómico (n=61)		San Luis Potosí (%)	1 (1.6)
NSE1 (%)	12 (19.6)	Sonora (%)	1 (1.6)
NSE2 (%)	24 (38.7)		
NSE3 (%)	23 (37)		
Estado civil (n=62):		Lugar de residencia (n=61):	
Soltera (%)	19 (30.7)	Estado de México (%)	20 (32.8)
Casada (%)	16 (25.8)	México DF (%)	31 (50.8)
Unión libre (%)	9 (14.5)	Oaxaca (%)	2 (3.3)
Divorciada /separada (%)	5 (8)	Veracruz (%)	1 (1.6)
Viuda (%)	8 (12.9)	Hidalgo (%)	1 (1.6)
No consignado (%)	5 (8)	Guerrero (%)	1 (1.6)
		Puebla (%)	1 (1.6)

Ocupación (n=62):		Morelos (%)	2 (3.3)
Ama de casa (%)	27 (43.5)	Baja California Sur (%)	1 (1.6)
Empleada (%)	5 (8)	No consignado (%)	1 (1.6)
Comerciante (%)	7 (11.3)		
Empleada doméstica (%)	4 (6.5)	Religión (n=62)	
Ninguna (%)	4 (6.5)	Católica (%)	41 (71.9)
No consignado (%)	6 (9.7)	Cristiana (%)	4 (7)
Otros (%)	9 (14.5)	Sin religión (%)	4 (7)
		No consignado (%)	8 (14)

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el lugar de nacimiento (DF y Estado de México comparado con otros estados) y la escolaridad: de 48 mujeres, 69% de las que nacieron en otros estados tenían un nivel educativo máximo de primaria completa, comparado 31% en DF y estado de México. En cambio sólo 28% de las mujeres de provincia tenían entre secundaria incompleta y preparatoria completa, incluyendo carreras comercial y técnica, comparado con 58% en DF y Estado de México (prueba exacta de Fisher, $p=0.012$).

Se encontraron las diferencias esperadas en cuanto a escolaridad y nivel socioeconómico: 70% de las mujeres con NSE 1 o 2 tuvieron como escolaridad máxima la primaria comparado con 40% de las mujeres con NSE 3. Por otro lado 30% de las mujeres con NSE 1 o 2 completaron hasta la preparatoria, comparado con 60% de las mujeres con NSE 3 (prueba de χ^2 , $p=0.03$). El inicio de vida sexual fue en promedio a los 17.5 años (rango 14-25). La mediana de parejas sexuales fue de 2 (rango 1-50). El número de embarazos fue de 3 (rango 0-12).

b. Circunstancia de diagnóstico:

En 18 mujeres (29.5%) la razón para realizarse la prueba fue el diagnóstico de VIH en la pareja o expareja, y 17 mujeres fueron hospitalizadas por síntomas (27.8%).

En total, la realización de la prueba fue indicada por el resultado positivo en un familiar (pareja o hijo) en 36% de los casos. La prueba fue realizada por síntomas de las pacientes (hospitalizadas o ambulatorias) en 29 casos (47.5%) y de estas sólo una prueba fue voluntaria y las demás indicadas por algún personal de salud. La detección como escrutinio sólo se dio en 5 casos (8%): 3 mujeres embarazadas y 2 casos por medio de campañas de detección.

Al comparar las mujeres por lugar de nacimiento se observó que 51% de las mujeres que provenían del estado de México y DF fueron diagnosticadas porque un familiar había sido diagnosticado con VIH (pareja o hijo), contra 19% en el caso de las que nacieron en otros estados. En cambio 71% de las mujeres que nacieron en otros estados fueron diagnosticadas por síntomas, comparado con 40% de las mujeres originarias del DF y Estado de México (prueba exacta de Fisher, $p=0.023$).

c. Características y estadio clínico al ingreso:

La mediana de edad al diagnóstico fue de 33.4 años (rango 18-75.4 años). El valor de CD4 al diagnóstico se obtuvo para 48 pacientes y la mediana fue de 119 (rango 1-913). El estadio clínico al ingreso se clasificó como C3 en 28 mujeres (49%). Treinta y tres de 48 mujeres para las cuales tuvimos CD4 al diagnóstico tuvieron menos de 200 CD4 al ingreso (69%). Según el rango de edades, la mediana de CD4 al diagnóstico fue de 141, 132, 67 y 79 en mujeres de 30 años o menos, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y mayores de 50 años respectivamente. En la figura 7 se grafica el valor de CD4 al diagnóstico según la edad al diagnóstico, que evidencia una tendencia de CD4 más bajos a edades de diagnóstico más avanzadas.

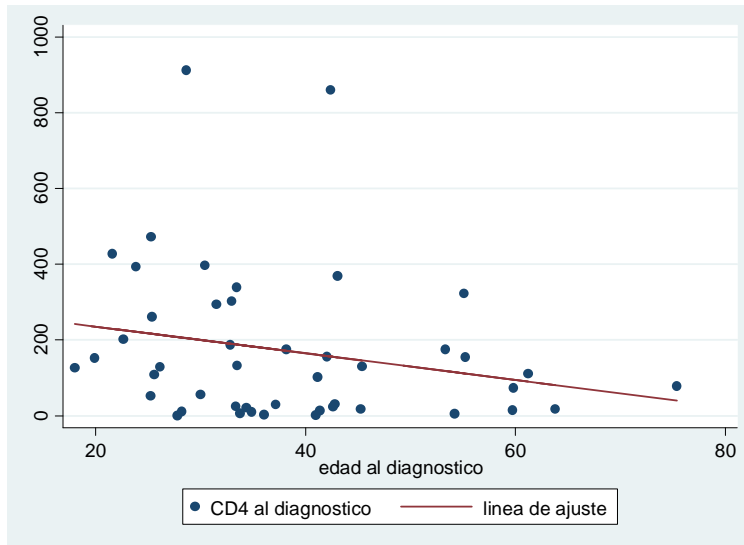


Figura 7: Valor de CD4 al diagnóstico según la edad al diagnóstico. (p=0.13)

Según el lugar de nacimiento, la mediana de CD4 fue de 144 en los pacientes que nacieron en el DF y de 77 en el resto de la República (U Mann-Whitney, p=0.1) (Tabla 2). Las diferencias de CD4 se pierden si se comparan las mujeres según el estado de residencia. En relación al NSE, la mediana de CD4 fue de 79 y 121 en el nivel 1y2 contra el NSE 3 respectivamente (U Mann Whitney, p=0.3). Según la edad al diagnóstico, las mujeres menores de 30 años tuvieron CD4 más altos que las mujeres de más de 30 años aunque no fue significativo (141 vs 90.5, U Mann-Whitney, p=0.18). Comparando mujeres menores de 40 años con mujeres de 40 años o más, la mediana de CD4 fue de 131 y 91 respectivamente.

Cuando se analizó el número de CD4 al diagnóstico según la forma en que se hizo el diagnóstico, se encontró que las mujeres que se diagnosticaron por síntomas tenían una mediana de CD4 mucho más bajas que las mujeres que se

diagnosticaron porque un familiar había sido diagnosticado (31 vs 188, U Mann-Whitney, p=0.002).

TABLA 2: Valor de CD4 al diagnóstico según características sociodemográficas		
	Valor de CD4, mediana (rango)	P
Nivel socioeconómico*:		
NSE 1 y 2 (n=29)	79 (1-860)	0.37
NSE 3 (n=16)	121 (2-913)	
Estado de nacimiento*:		
No DF (n=28)	77 (1-428)	0.10
DF (n=18)	144 (2-913)	
Edad al diagnóstico*:		
>30 (n=14)	91 (2-860)	0.18
<30 (n=32)	141 (1-913)	
Edad al diagnóstico por rangos en años**:		
< o = 30 (n=14)	141 (1-913)	0.5
31-40 (n=13)	132 (3-397)	
41-50 (n=10)	67 (2-860)	
>50 (n=9)	79 (6-323)	
Causa de la prueba*:		
-Por síntomas (n=26)	31 (1-393)	0.002
-Por familiar diagnosticado (n=18)	189 (3-860)	

*Prueba utilizada: U Mann-Whitney.

** Prueba utilizada:Kruskal-wallis

De las 27 mujeres que presentaron algún evento definitorio de SIDA, 15 (55.6%) tuvieron más de un evento al ingreso, y 5 (18.5%) tuvieron más de 2 eventos. De un total de 48 eventos definitorios de SIDA, los diagnósticos más frecuentes al ingreso fueron: síndrome de desgaste (25%), Tuberculosis (14.6%), Infección por Citomegalovirus (8.3%), Infección por Micobacterias atípicas (8.3%), esofagitis por *Candida* (8.3%) (Tabla 3). Se reportaron en el expediente 7 antecedentes de transfusiones, una de ellas después del diagnóstico, las otras 6 antes de éste. Hubo 4 coinfecciones por VHC. De estas pacientes 2 habían recibido transfusiones antes del diagnóstico del VIH. Se documentó una infección de transmisión sexual en 16 mujeres, de las cuales las más frecuentes fueron infección por virus del papiloma humano (8 casos) y sífilis (3 casos). Hubo tres pacientes con Diabetes Mellitus y

dos pacientes con hipertensión arterial, una con hipotiroidismo, una con cirrosis y una con cardiopatía isquémica. Se documentó antecedente de tabaquismo en 21 casos y antecedente de alcoholismo en 10 pacientes.

TABLA 3: Características clínicas de las mujeres al ingreso	
CD4 al diagnóstico, mediana (rango) (n=48)	119 (1-913)
Algún evento definitorio de SIDA al ingreso (n=62):	27 (43.5)
Número de eventos definitorios de SIDA (n=27)	
1 evento definitorio de SIDA (%)	12 (44.4)
> 1 evento definitorio de SIDA (%)	15 (55.6)
> 2 eventos definitorios de SIDA (%)	5 (18.5)
Eventos definitorios al ingreso (n=48):	
Síndrome de desgaste	12
TB pulmonar y extrapulmonar	7
Histoplasmosis	1
Neumonía por <i>P.jiroveci</i>	2
Infección por Citomegalovirus	4
Infección por micobacterias no tuberculosas	4
Linfoma no Hodgkin	3
Esofagitis por <i>Candida</i>	4
Cáncer cervical invasor	1
Otros	9
Sarcoma de Kaposi	1
* Algunos pacientes tuvieron más de un evento definitorio de SIDA	

d. Tratamiento:

En la tabla 4 se resumen las características más relevantes del tratamiento de las pacientes. Cincuenta y seis mujeres iniciaron tratamiento antirretroviral (90%). El tiempo entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento varió de 0 a 717 semanas, con una mediana de 8 semanas. La mediana de CD4 al inicio de tratamiento antirretroviral fue de 79 (rango 1-407), cabe aclarar que se obtuvo esta información sólo para 36 pacientes. Los CD4 basales se encontraban por debajo de 200 en 30 de estos pacientes (83%). La mayoría de las mujeres (71%) no había

recibido más de un esquema antirretroviral. El esquema de inicio fue tenofovir/emtricitabina/efavirenz en 58% de los casos. Catorce mujeres recibieron un segundo esquema (7) o 3 o más esquemas (7). La suspensión del primer esquema se dio en 15 pacientes (uno no inició ningún otro esquema) y las causas fueron: falla virológica (2), efectos adversos (2), simplificación (2), decisión del paciente (3), embarazo (detectado o terminado) (3), interacciones medicamentosas (1).

TABLA 4: Características del tratamiento de las mujeres.	
Tiempo del diagnóstico al tratamiento en semanas, mediana (rango)*	8 (0-717)
Pacientes sin tratamiento antirretroviral al ingreso (%)	53/62 (85)
Pacientes que iniciaron tratamiento (%)	56/62 (90)
Mediana de CD4 al inicio de tratamiento antirretroviral (rango)	79 (1-407)
-Proporción de pacientes con CD4<200 al inicio del tratamiento	30 (83%)
Esquemas de inicio más frecuentes (n=55):	
-Tenofovir/emtricitabina/efavirenz (%)	32 (58)
-Tenofovir/emtricitabina/atazanavir/ritonavir (%)	6 (11)
-Abacavir/lamivudina/efavirenz (%)	2 (3.6)
-Zidovudina/lamivudina/lopinavir/ritonavir (%)	2 (3.6)
Número de esquemas antirretrovirales (n=56)**:	
1	40 (71)
2	7 (12.5)
3 o más	7 (12.5)

* n=55, **n=36, ***En dos casos no se encontró el número de esquemas.

e. Desenlaces:

Se documentó la ocurrencia de algún evento clínico posterior al ingreso al instituto en 15 mujeres de 57 de las que se tuvo información (26.3%). De estos eventos 4 fueron casos de SIRS, 3 casos de MAC, dos casos de TB latente, dos casos de infección por VPH, un embarazo, una esofagitis por *Candida* y dos padecimientos no relacionados con VIH (un caso de leiomioma y una perforación

intestinal que requirió de hemicolectomía, sin encontrarse etiología). La mediana de seguimiento de las mujeres fue de 506 días (rango 0-1191). Dos pacientes fallecieron, 34 pacientes se encontraban con carga viral indetectable (54%), 3 pacientes se encontraban en falla virológica y 5 pacientes en pérdida de seguimiento. De las dos mujeres que fallecieron, una era proveniente del Estado de México, se había diagnosticado en el 2006 y se atendió hasta el 2010, llegando en estadio clínico C3. Inició tratamiento antirretroviral tres meses después de su ingreso al INCMNSZ y falleció a los 11 meses por complicaciones asociadas a VIH. La segunda paciente se diagnosticó en el 2002, inició tratamiento en el 2003 e ingresó al INCMNSZ con historia de múltiples fallas. Recibió 6 esquemas antirretrovirales y falleció por complicaciones asociadas a VIH.

Estandarización de la aplicación del cuestionario y resultados preliminares:

Se abordó a las mujeres después de su consulta y cuando venían a recoger medicamento. Se ofreció el cuestionario a 22 mujeres para obtener 15 entrevistas. En los 7 casos en los que no se pudo aplicar, tres mujeres no podían esperar más tiempo después de la consulta, una mujer no hablaba español y no contábamos con traductor, una paciente no quiso firmar el consentimiento informado, dos pacientes fueron citadas otro día (no podían esperar el día que se les ofreció participar) y no vinieron a su cita.

De las 15 entrevistas aplicadas, el tiempo promedio de duración de la entrevista fue de 20 minutos (12-35 minutos). La aceptación a las preguntas fue del 100%. Ninguna mujer manifestó rechazo a responder alguna de las preguntas y no se suspendió alguno de los cuestionarios a petición de la entrevistada. La comprensión fue adecuada, sin embargo se

retiraron preguntas por interpretaciones múltiples. Los resultados más relevantes se presentan a continuación.

a. Datos sociodemográficos:

En la tabla 5 se muestran las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas. Casi la mitad de las mujeres (47%) nacieron en el DF (7 mujeres) y dos mujeres nacieron en el estado de México. Todas las mujeres vivían en México DF o Estado de México. De las 6 mujeres que nacieron en otros estados, tres mujeres llevaban menos de tres años viviendo en el DF (provenían de Veracruz, Hidalgo y Oaxaca), una mujer de Veracruz tenía 66 años y llevaba 45 años viviendo en el estado de México y una mujer de 54 años provenía de Veracruz y llevaba 10 años en el Estado de México. La paciente originaria de Puebla llevaba toda su vida en el DF (34 años).

La edad promedio de las mujeres fue de 46 años. La mayoría de las mujeres eran solteras (47%), cinco mujeres (33%) vivían con su pareja, dos mujeres estaban divorciadas o separadas y una mujer era viuda. Cinco de quince entrevistadas habían completado la primaria (33%), dos habían completado la secundaria (13%) y tres la preparatoria (20%). Tres mujeres tenían una carrera comercial, una tenía licenciatura y una tenía un posgrado. En cuanto a la ocupación, tres mujeres eran amas de casa (20%), seis (40%) eran comerciantes (cinco tenían pequeños negocios de comida, y una era vendedora de ropa). Una mujer de 44 años estaba completando la secundaria, otra estaba jubilada de enfermería, otra jubilada previamente era secretaria y otra tenía un posgrado. Había una empleada doméstica y una empleada en una empresa de seguros.

Los ingresos mensuales fueron menores a 3 salarios mínimos en 50% de la muestra (7 mujeres de las cuales 5 habían nacido en Veracruz, Puebla, Oaxaca e Hidalgo), y menores a 5 salarios mínimos en 79% de las mujeres. La mayoría de las mujeres reportaron vivir con los padres (4/10) y con los hijos (3/10). Una mujer vivía sola y dos mujeres vivían con su pareja. No se obtuvo esa información de las primeras cinco mujeres ya que esta pregunta se agregó posteriormente al probar el cuestionario. Cinco de doce mujeres (42%) reportaron ser la única fuente de ingresos en su casa. Esas 5 mujeres habían nacido en Veracruz (3), Hidalgo (1) y Oaxaca (1). En 3 casos más compartían la responsabilidad con el hijo, el padre o la pareja. En otros cuatro casos la fuente de ingresos dependía del padre, de la pareja o del hermano (ese último en dos casos).

TABLA 5: Características sociodemográficas de las mujeres con infección por VIH entrevistadas			
Tiempo de entrevista en minutos Promedio (rango)	20 (12-35)	Nivel de estudios (n=15):	
Estado de Nacimiento (n=15)		Primaria incompleta	0
México DF	7 (47)	Primaria completa	4 (26.7)
Veracruz	3 (20)	secundaria incompleta	1 (6.7)
Estado de México	2 (13)	secundaria completa	2 (13)
Oaxaca	1 (6.7)	Preparatoria incompleta	0
Puebla	1 (6.7)	Preparatoria completa	1 (6.7)
Hidalgo	1 (6.7)	Carrera comercial	3 (20)
		Carrera técnica incompleta	1 (6.7)
Estado de residencia (n=15):		Licenciatura incompleta	1 (6.7)
México DF	12 (80)	Licenciatura completa	1 (6.7)
Estado de México	3 (20)	Posgrado	1 (6.7)
Estado civil (n=15):		Ingresos mensuales (n=14):	
Soltera	7 (47)	<1 salario mínimo	1 (7)
Casada/unión libre	5 (33)	1-2 salarios mínimos	6 (43)
Separada/ divorciada	2 (13)	3-5 salarios mínimos	4 (28.5)
Viuda	1 (6.7)	6-8 salarios mínimos	2 (14)
		9-12 salarios mínimos	0
Habla Lengua Indígena (n=15)	1 (6.7)	12-15 salarios mínimos	1 (7)

Número de focos en su vivienda (n=15):			
0 a 5	10 (66.7)	Ocupación (n=15):	
de 6 a 10	3 (20)	Estudiante	1 (6.7)
11 a 15	1 (6.7)	Ama de casa	3 (20)
16 a 20	0	Empleada doméstica	1 (6.7)
21 o +	1 (6.7)	Empleada	1 (6.7)
Tipo de piso (n=15):		Comerciante	6 (40)
Piso de cemento	6 (66.7)	Personal de salud	1 (6.7)
Piso de loza	8 (53)	Jubilada	2 (13)
Piso de otro acabado	1 (6.7)		

b. Circunstancia de diagnóstico:

La pregunta *¿Cómo cree que se contagió?* se agregó después de aplicar los primeros cuestionarios y de seis entrevistadas, cuatro contestaron que a través de la pareja y dos que no sabían. A la pregunta de *¿alguna vez sospechó que usted podía tener VIH?* cuatro mujeres contestaron que sí, y tres de ellas llevaban más de un año sospechándolo (de esas una lo sospechó por 10 años). De estas 4 mujeres sólo dos se habían hecho una prueba de VIH previa, que fue negativa. Las otras once mujeres no sospecharon nunca que podían estar infectadas.

En cuanto a la razón para realizarse la prueba, 7 mujeres lo hicieron por síntomas (47%), cinco porque su pareja había sido diagnosticada con VIH (33%), dos porque un hijo había sido diagnosticado (13%). En total, cuatro de las pruebas fueron voluntarias (27%). Las demás fueron indicadas por algún médico. De las 7 mujeres que se diagnosticaron por síntomas, tres no tenían pareja al diagnóstico, una tenía una pareja que fue negativa (ese caso fue por exposición laboral), dos tenían pareja en ese momento pero desconocen su estado, y otra tenía una pareja

positiva de la cual sospechaba pero se había hecho una prueba antes que había sido negativa.

c. Antecedentes de las parejas:

Cinco mujeres (33%) estaban casadas o en unión libre al momento de la entrevista. Diez de las quince entrevistadas reportaron haber tenido 1 o 2 parejas estables en total. En cuanto a la pareja que tenían ellas al momento en que les hicieron el diagnóstico de VIH, 8 de esas parejas tenían VIH (53%), y de ellos, dos habían fallecido por la infección. Dos mujeres desconocían el estatus de su pareja de ese momento y tres no tenían pareja al momento del diagnóstico.

De las 7 mujeres que tenían pareja al momento de la entrevista, cuatro de esas parejas eran la misma pareja al momento del diagnóstico y esos 4 hombres tenían infección por VIH.

Siete mujeres reportaron historia de alcoholismo en alguna de sus parejas. Dos de las parejas estuvieron en la cárcel y dos tuvieron antecedentes de algún tipo de actividad militar. Sólo una mujer reportó que tres de sus parejas había vivido en Estados Unidos (California, Texas y Illinois) y otra en Tijuana y otra mujer reportó que una de sus parejas había vivido en Tijuana.

d. Atención médica antes del diagnóstico:

Sólo cuatro de 15 mujeres (27%) se habían realizado una prueba de VIH antes de la última prueba positiva (tabla 6). Todas las pruebas previas fueron negativas. De estas cuatro entrevistadas, dos se realizaron la prueba por motivos laborales (eran personal de salud, una con un accidente laboral que probablemente fue su vía de contagio y para el cual no recibió profilaxis, otra por chequeos de rutina). Las otras

dos mujeres que se habían realizado pruebas con anterioridad lo habían hecho por sospecha de que su pareja tenía VIH.

Número de pacientes que sospechaban su dx.	4
-número de pacientes que sospechaban y se hicieron la prueba	2
Número de pacientes totales que se hicieron pruebas previas al diagnóstico	4*
Número de mujeres que acudieron por síntomas sin ser diagnosticadas	7

*. Dos pacientes por sospecha y dos por exposición laboral.

Siete mujeres (47%) reportaron haber buscado atención médica en varias ocasiones antes de que les hicieran el diagnóstico de VIH. Una de ellas acudió a consultas por un año sin llegar a un diagnóstico por cuadros recurrentes de herpes y síntomas generales, otra regresó 10 veces en el transcurso de un año a atención médica por pérdida de peso y síntomas generales, otra acudió a varias consultas durante tres meses por trombocitopenia, dos fueron varias veces a consulta por diarrea y otra acudió a su centro de atención 8 veces en dos meses por síntomas de desgaste. De estas 7 mujeres, una era originaria del DF y se diagnosticó en el 2004, otra del estado de México y se diagnosticó en 1998, las demás de Puebla (diagnosticada en el 2001), Hidalgo (diagnosticada en el 2011), Oaxaca (diagnosticada en el 2010) y Veracruz (diagnosticadas en el 2003 y 2004).

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos y la atención prenatal, el inicio de vida sexual fue a los 22 años (14-46), con un promedio de 3 embarazos. Cinco mujeres no se habían embarazado. De las otras diez, que entre todas habían tenido 33 embarazos, 8 mujeres habían tenido atención médica durante todos sus embarazos y 2 mujeres sólo en algunos de ellos.

A ninguna de las mujeres les ofrecieron la prueba de VIH durante sus embarazos. De esas diez mujeres a quienes no se les ofreció la prueba de VIH, 4 tenían un

diagnóstico anterior al año 2000, tres se diagnosticaron entre el 2000 y el 2010. Otras tres se diagnosticaron a partir del 2010.

e. Acceso a atención médica:

De las 15 mujeres entrevistadas, nueve tuvieron un seguimiento de su diagnóstico dentro de las primeras 4 semanas. De las otras 6, el retraso en la atención fue de 2 meses a 2 años. Las razones se pueden dividir en paciente-dependientes o sistema de salud-dependientes (tabla 7). Una paciente esperó 2 años antes de atenderse, por negación. Las otras pacientes esperaron por miedo, por trámites o por atender a la pareja enferma.

TABLA 7: Causas de retraso en la atención después del diagnóstico		
Pacientes:	Tiempo del diagnóstico a la atención médica	Causa
1	2-3 meses	Miedo a tomar medicamentos
2	2 meses	Miedo a que supieran su diagnóstico
3	3 meses	Estuvo atendiendo a su esposo hasta que éste falleció
4	4 meses	Trámites en el centro de atención
5	6 meses	No hubo consultas de seguimiento después de darle el resultado de su diagnóstico
6	2 años	Negación hacia el diagnóstico

Ninguna de las mujeres reportó haberse atendido con una partera durante sus embarazos. Dos mujeres refirieron haber recurrido en alguna ocasión a medicina tradicional pero en una sola ocasión y nunca para la atención de la infección por VIH.

Las pacientes entrevistadas gastan en promedio 60 pesos ida y vuelta (rango 10-300 pesos) para acudir al centro de atención de VIH. Se tardan en promedio una

hora 40 minutos (30-300 minutos) para acudir a su centro. Dos de ellas se tardan 5 horas en transporte público. Seis de 14 mujeres se tardan dos horas o más (43%). Solo dos pacientes tardan menos de una hora para llegar a su centro (14%). El tiempo de espera promedio para la consulta fue de 48 minutos, variando de 20 minutos a dos horas. Ocho de 14 mujeres contestaron que esperaban una hora o más para ser atendidas en sus consultas.

f. Prevención y conocimiento sobre el VIH:

Antes del diagnóstico de VIH, 12 de las quince entrevistadas nunca usaban preservativo durante sus relaciones sexuales (80%), una mujer lo usaba casi siempre y otra a veces. Después del diagnóstico, 8 mujeres no volvieron a tener relaciones sexuales (53%) y 6 mujeres (40%) usan métodos de barrera siempre (preservativo masculino), dos a veces.

Ocho mujeres (53%) reportaron saber cuál era el modo de transmisión del VIH antes de infectarse. Dos tenían ciertas nociones y cinco no sabían. Al enumerar las formas de transmisión que conocían, la transmisión sexual estuvo en todas las respuestas, se mencionó la transfusión sanguínea doce veces (80%), la transmisión por jeringas contaminadas y objetos punzocortantes en 8 ocasiones (53%) y 5 mujeres mencionaron la transmisión perinatal (33%). Nueve mujeres reportaron que sabían cómo prevenir la infección por VIH antes de infectarse (60%). En cuanto a la fuente de información, la más mencionada fue la radio y televisión (47%) seguido del centro de salud (40%) y la escuela (27%).

Al preguntarles a las mujeres si alguna vez habían solicitado a su pareja que usara preservativo, 8 reportaron que no (53%), 7 que sí (47%). De las que solicitaron el uso de preservativo, la pareja aceptó la mayoría de las veces (63%). No hubo diferencias en el lugar de origen según la solicitud o no de uso de preservativo.

G. DISCUSIÓN

Este estudio describe una población de mujeres principalmente de zona urbana, siendo 60% originarias de México DF y Estado de México en el estudio retrospectivo y más del 80% residente en esos dos estados. Esa proporción se conserva relativamente en las mujeres encuestadas (60% de origen en México DF y estado de México); una población en general con una escolaridad baja y un nivel socioeconómico bajo: 39% de las pacientes no habían completado la secundaria y dos tercios de la población no habían completado la preparatoria. En el estudio retrospectivo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de escolaridad de las mujeres originarias de otros estados comparado con México DF y el estado de México, lo cual es compatible con lo reportado por las estadísticas nacionales¹³. Por otro lado, también se encuentran diferencias de escolaridad según el NSE, lo cual es esperable, aunque no sea un criterio de evaluación dentro de la valoración realizada para la asignación de éste. Si bien en este estudio no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre estas condiciones de base y el estadio clínico al ingreso y el desenlace, esta relación ya ha sido reportada anteriormente en otras cohortes no mexicanas^{7,8} y probablemente con una muestra mayor pudiese encontrarse en nuestra población.

El estudio retrospectivo mostró que el 69% de las mujeres tenían CD4 menores de 200 al diagnóstico y 83% al inicio del tratamiento. Siendo la mediana de tiempo del diagnóstico de VIH al inicio del tratamiento de 8 semanas, estos datos reflejan una gran mayoría de diagnósticos tardíos. Las proporciones reportadas de pacientes con CD4 menores a 200 varían según las cohortes estudiadas. Se estima que en países desarrollados van de un 25 a un 45%³⁴. Un estudio transversal de pacientes de Latinoamérica de 1999 al 2010³⁵ reportó que la proporción de pacientes de la cohorte mexicana que iniciaban tratamiento con menos de 200 CD4 era de 79%. La gran mayoría de pacientes que iniciaban de manera tardía se debía a un diagnóstico tardío, reflejo de pérdidas de oportunidad de diagnóstico.

En este estudio los datos que apoyan las oportunidades fallidas de diagnóstico, tanto en el análisis retrospectivo como en las encuestas, son los siguientes: en la parte retrospectiva, sólo 3 de 62 mujeres fueron diagnosticadas en el embarazo, y dos por escrutinio. En el análisis de las encuestas, el 100% de las embarazadas que recibió atención médica prenatal reportó que no le ofrecieron la prueba de VIH durante el embarazo. Si bien algunas entrevistadas tenían diagnósticos que remontan a más de 10 años, seis de las 10 embarazadas se diagnosticaron después del 2000 y 3 de ellas a partir del 2010, fechas en las cuales se esperaría mayor difusión de la información sobre el VIH en la atención prenatal.

Dentro de las oportunidades perdidas, 40% de las entrevistadas reportó haber acudido varias veces por síntomas, sin que se llegara al diagnóstico en el centro de atención, y cuatro mujeres sospechaban que podían tener VIH, tres de ellas por más de un año, sin que se hiciera el diagnóstico. Está clara la falta de oferta de la prueba de VIH por parte del personal médico, pero también hay una proporción baja de mujeres que se realizan la prueba por decisión propia. Esta es un área a explorar con una muestra más amplia y más representativa.

La representación de los estados en este grupo de mujeres corresponde a los estados más afectados que se describen en reportes previos en la literatura, aparte del DF: Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, Guerrero y Puebla^{3,5}. Llama la atención que la forma en la que se hace el diagnóstico en las mujeres también difiere según el lugar de origen: a pesar de que 80% de las mujeres reside en la capital y zona conurbada, las mujeres que nacieron en otros estados tienden a ser diagnosticadas por síntomas más frecuentemente que las que son originarias del estado de México y DF, quienes se diagnostican más por detección de la infección en su pareja o hijo. Esto, lejos de querer decir que la transmisión por la pareja es más frecuente en el DF y zona conurbada, podría significar que las mujeres esperan aún más tiempo para ser diagnosticadas en otros estados en vez de diagnosticarse más “oportunamente” cuando la pareja se enferma.

También llama la atención que las siete mujeres que reportaron haber acudido varias veces al centro de salud por síntomas relacionados con VIH provienen en su mayoría de otros estados como Veracruz, Oaxaca, Hidalgo y Puebla. Si bien ya residen en el DF, habría que explorar con una muestra más grande si el lugar de nacimiento se mantiene como factor de riesgo para el diagnóstico y la atención tardíos a pesar de que las mujeres ya residan en la capital y si este factor de riesgo es dependiente del tiempo que llevan viviendo en la capital. En las encuestas no fue posible encontrar algún tipo de asociación entre tiempo de residencia y presentación clínica al diagnóstico ya que sólo contamos con 6 mujeres que nacieron en fuera de México DF y el Estado de México y los tiempos de estancia variaban de 1 año a 45 años.

De la misma manera, si bien no es significativa, parecería haber una tendencia en CD4 al diagnóstico más bajos en las mujeres provenientes de otros estados y con niveles socioeconómicos más bajos, tendencia que se pierde cuando se analizan los CD4 según lugar

de residencia. De nuevo probablemente se requiera de un tamaño de muestra mayor para representar estas diferencias, pero el conjunto de variables (CD4 más bajos al diagnóstico, nivel socioeconómico más bajo, mujeres más sintomáticas al diagnóstico) pareciera ser el espectro de un mismo contexto social de riesgo para la mujer nacida fuera de México DF y zona conurbada, aunque residente del DF o estado de México que puede dificultar su atención médica (todas las mujeres que eran la única fuente de ingresos de su casa venían de otros estados). El encontrar de manera significativa que los CD4 al diagnóstico son más bajos en las mujeres que se diagnostican por síntomas y que las mujeres originarias de otros estados tienden a diagnosticarse más por síntomas tiene varias connotaciones.

La primera es que las mujeres de otros estados se diagnostican más tarde (sintomáticas y con CD4 más bajos). Ahora ese tiempo que pierden comparado con las mujeres del DF, podría ser porque sus parejas no son diagnosticadas y que esto les quita una oportunidad de diagnóstico. Pero esto no se ve reflejado en nuestras encuestas, ya que tres de esas mujeres no tenían una pareja al momento del diagnóstico y dos de las que sí tenían pareja y sospechaban de ella se habían hecho una prueba que había salido negativa.

Otra razón podría ser que tardan más en acudir con el médico, sin embargo la encuesta muestra que las mujeres que nacieron fuera de México DF fueron más frecuentemente al médico por síntomas sin ser diagnosticadas. En ese caso la barrera a un diagnóstico temprano pareciera ser el centro de atención primaria. Hay que tomar en cuenta que la encuesta incluye mujeres diagnosticadas hace más de tres años, así que es importante ampliar la población de la encuesta con el cuestionario ya estandarizado para establecer la relevancia de esta barrera en el diagnóstico tardío de las mujeres y si es un problema que persiste actualmente (dos de

las mujeres que acudieron varias veces por síntomas sin ser diagnosticadas fueron diagnosticadas en los últimos 3 años).

Se encontró una tendencia a tener CD4 más bajos al diagnóstico en las mujeres de mayor edad. La edad como factor de riesgo para un diagnóstico más tardío ya ha sido reportada previamente^{34,35}. La reticencia por parte del personal de salud a pensar en el diagnóstico de VIH en adultos mayores y la reticencia de los pacientes a buscar atención médica se plantean como factores asociados.

Otro tema que se aborda en las entrevistas y que es necesario desarrollar más es el de las parejas y sus antecedentes. En esta muestra pequeña, llama la atención que casi la mitad de las mujeres reportan historia de alcoholismo en sus parejas, y llama también la atención que más de la mitad de las mujeres que tienen pareja conservan la misma pareja que tenían al diagnóstico y que parece haber sido la fuente de contagio. Estas características de las parejas podrían ser el reflejo de una dinámica de relación de pareja que posiciona a la mujer en una posición vulnerable frente al hombre.

En cuanto a prevención y acceso a la información, la proporción mayoritaria de mujeres que se refirieron a los medios de comunicación como fuente de información sobre el VIH traduce en contraparte un papel minoritario del sistema educativo y de atención primaria en prevención. Sólo la mitad de las mujeres sabían cómo se transmitía el VIH antes de infectarse. La escuela (o estudios) tuvo un rol bajo en transmisión de la información: sólo 25% de referencia por las mujeres (y en ese porcentaje se incluyen las respuestas de una médico y una enfermera jubilada). Esto es reflejo de varias deficiencias: el conocimiento y la información parecieran llegar muy tarde, y en vista de que varias mujeres acudieron a consulta por síntomas sin que les ofrecieran la prueba de VIH, es factible que las referencias al centro de salud como fuente

de información sean posteriores al diagnóstico, en pláticas y sesiones de grupos de apoyo a pacientes con VIH.

En cuanto al acceso a la atención, las pacientes gastan en promedio 4 horas para una consulta, sin contar la recolección de medicamento, las tomas de muestras de sangre. Estos datos difícilmente pueden generalizarse y sería importante analizar una población más grande, y diferentes centros de atención para valorar cuánto varía el tiempo de espera en los centros de atención y evaluar si esto tiene un papel en faltas a consulta o mal apego en el seguimiento.

En este estudio fallecieron dos mujeres de las 62 descritas, con una tasa de 3%. Este porcentaje se encuentra claramente por arriba de las tasas de mortalidad reportadas por CENSIDA en mujeres en los últimos años (1.7/100000 personas en el 2007)⁴ sin embargo esta cifra es difícilmente interpretable ya que estas dos mujeres eran mujeres con diagnósticos de varios años antes de ingresar al instituto y no son representativas de la muestra.

Por otro lado, también es un hecho que la cohorte estudiada representa un centro de referencia que concentra pacientes de mayor severidad clínica, lo cual se refleja en la proporción de presentación al diagnóstico como casos de SIDA en este grupo (68% con menos de 200 CD4 al ingreso) comparado con un 48% de casos de SIDA en el total de diagnósticos (hombres y mujeres) en el 2011⁵.

Este estudio tiene varias limitaciones: al escoger mujeres que ingresaron en los últimos 3 años al Instituto, se incluyeron varias con diagnósticos de varios años, y cuyos resultados son difíciles de combinar con el resto de la muestra. El tamaño de la muestra señala varias tendencias que no alcanzan significancia estadística por tratarse de pocas pacientes, y estas tendencias deberían de evidenciarse con ampliar la cohorte de estudio, al aplicar este estudio a los otros centros participantes.

Por otro lado, existe un sesgo claro de las mujeres entrevistadas, ya que son mujeres seleccionadas en la consulta, que acuden a sus citas, por lo que queda sub-representado el grupo de mujeres con pérdida de seguimiento o mal apego.

H. CONCLUSIONES

Estos resultados preliminares reflejan una cohorte de mujeres con pobre educación, pocos recursos económicos y un estadio clínico avanzado al diagnóstico. Pareciera haber una asociación entre estas variables y el lugar de origen. También se encuentran en esta primera aplicación de las encuestas, un desempeño cuestionable del centro de salud, a nivel de diagnóstico principalmente y poca difusión temprana de la información sobre prevención de VIH. Estos resultados preliminares tienen que corroborarse con una muestra que incluya exclusivamente mujeres de diagnóstico reciente para evaluar si son problemas que persisten actualmente. Es necesario explorar estos posibles factores de riesgo con una muestra más amplia y con mayor representación de poblaciones de predominio rural.

BIBLIOGRAFIA

1. GLOBAL REPORT: UNAIDS report on the Global AIDS Epidemic 2010.
2. Del Río Solezzi, *La Epidemia de VIH/SIDA y la Mujer en México*, Salud pub Mex 1995, 37; 581-591
3. Angulos del SIDA México; INSP, INMUJERES, CENSIDA 2010
4. El VIH/SIDA en México 2009; CENSIDA 2009
5. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en Mexico, Registro Nacional de Casos de SIDA, actualización al 31 de diciembre 2011, (CENSIDA).
6. M. De Luca et al, *HIV/AIDS on different groups of women in Mexico: proposal to disaggregate the estimates* AIDS 2010 conference. Abstract no. TUPE 0296.
7. Rosin C. Antiretroviral therapy in women. *Trends over 12 years in the swiss HIV cohort. 13th European AIDS Conference 2011*. www.multiwebcast.com/eacs/2011/13th
8. Hessamfar-Bonarek et al. *Causes of death in HIV infected women: persistent role of AIDS. The Mortalité 2000 and 2005 surveys (ANRS EN19)*. Int J Epidemiol 2010; 39:135-46.
9. Delor and Hubert, *Revisiting the concept of vulnerability*, Soc Sci Med 2000; 50:1557.
10. Bronfman et al, *Mobile Populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: Research for action*. AIDS 2002; 16 (S3):S42-49.
11. Kendall and Pelcastre, *HIV vulnerability and condom use among migrants women factory workers in Puebla Mexico*, Health Care Women International 2010;31(6):515-32.
12. Jewkes et al, *Intimate partner violence, relationship power inequity and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study*, Lancet 2010; 376:41-48.
13. Pulerwitz et al, *Extrarelational sex among Mexican men and their partners' risk of HIV and other sexually transmitted diseases*. Am J Public Health 2001,
14. INEGI. Censo de población y vivienda 2010, www.inegi.org.mx.

15. Magis et al. *El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*, CENSIDA 2008.
16. Aziz and Smith, *Challenges and successes in linking HIV infected women to care in the United States*, CID 2011;52:S231-37
17. Hernández-Rosete, *Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México*. Rev Saude Publica 2008; 42:1:131
18. De Luca et al, *La epidemia de SIDA en México al 2008*, Gac Med Mex 2010; 146.
19. INEGI 2002: Las mujeres en el México Rural, www.inegi.org.mx
20. Hirsch et al, *The inevitability of infidelity: Sexual reputation, social geographies and marital HIV risk in rural Mexico*. Am J public Health 2007;97:986-96.
21. S.MinoGracia, et al. *Inequality and gender violence: the face of vulnerability to HIV/AIDS among women living in marginal areas in Mexico*. AIDS 2008 conference. Abstract no. TUPE0547
22. *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a IST y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*. Leyva R, Caballero M, INSP 2009
23. A. Gonzalez. *Poverty and gender inequalities reduce the quality of life of women living with HIV/AIDS in Chiapas, Mexico*. AIDS 2008 Conference. Abstract no. TUPE0696
24. Strathdee et al, *Predictors of sexual risk reduction among Mexican female sex workers enrolled in a behavioral intervention study*, JAIDS 2009; 51:S42-46.
25. Theilgaard et al, *Addressing the fear and consequences of stigmatization: the necessary step towards making HAART accessible to women in Tanzania: a qualitative study*. AIDS Res Ther 2011; 8-28.

26. Kipp et al; *Barriers to accessing Highly Active Antiretroviral Therapy by HIV women attending an antenatal clinic in a regional Hospital in Western Uganda.* J Int AIDS Soc 2010; 13:37
27. Kovacic et al, Cultural stereotypes and the health seeking behavior of HIV/AIDS patients in Homa Bay Kenya, Crah-Fondation, MSF, December 2011
28. NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23
29. NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23
30. Rely et al, *Cost effectiveness of strategies to reduce mother to child HIV transmission in Mexico, a low prevalence setting.* Health policy and planning 2003; 18(3):290-98
31. Romero-Gutierrez et al, *Mexican women's reasons for accepting or declining HIV antibody testing in pregnancy.* Midwifery 2007;23:23-7.
32. Ramos et al. *Pasa La Voz (spread the word) : Using women's social networks for HIV education and testing* Public Health Rep 2010, 125.
33. CONASAMI, www.conasami.gob.mx
34. Fisher M, *Late diagnosis of HIV infection: major consequences and missed opportunities.* Curr Opin Infect Dis 2008, 21:1-3.
35. Crabtree-Ramirez et al, *Cross sectional analysis of late HAART initiation in Latin America and the Caribbean: Late testers and late presenters.* PlosOne 2011; 6(5):e20272.

ANEXO 1: Cuestionario:

Características clínicas y sociodemográficas de una población de mujeres mexicanas con VIH en una zona urbana y una zona rural.

Este cuestionario será administrado de manera personal del encuestador a la entrevistada. De ser necesario se contará con la presencia de un traductor, en caso de que la entrevistada no hable español.

Para el entrevistador: En *itálicas* se encuentran las preguntas en la forma en que se tienen que formular a la entrevistada. Entre paréntesis se encuentran algunas indicaciones para el entrevistador. Las preguntas serán contestadas de manera espontánea por la entrevistada a menos que se especifique entre paréntesis que el entrevistador tiene que enumerar las respuestas, y el entrevistador ubicará la respuesta dentro de las opciones múltiples que se sugieren y la marcará con un tache. De no encontrarse la opción mencionada se agregará en el rubro de *otros*.

A. CARACTERÍSTICAS CULTURALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS

1. **Iniciales:** _____ (Escriba 3 iniciales en el siguiente orden: Primer Nombre/Apellido paterno/Apellido Materno)
2. **Cohorte de origen:**
 1. Condesa 2. INCMNSZ 3. Oaxaca
3. **Número de registro del centro de atención:** _____
4. ***¿Qué edad tiene?***(años cumplidos): _____ **Fecha de nacimiento:**

5. ***¿En qué estado nació?*** (Marque el estado correspondiente).

1. México DF	8. Coahuila	15. Jalisco	22. Querétaro	29. Tlaxcala
2. Aguascalientes	9. Colima	16. Michoacán	23. Quintana Roo	30. Veracruz
3. Baja California Norte	10. Estado de México	17. Morelos	24. San Luis Potosí	31. Yucatán
4. Baja California Sur	11. Durango	18. Nayarit	25. Sinaloa	32. Zacatecas
5. Campeche	12. Guanajuato	19. Nuevo León	26. Sonora	
5. Chiapas	13. Guerrero	20. Oaxaca	27. Tabasco	
7. Chihuahua	14. Hidalgo	21. Puebla	28. Tamaulipas	

- 5.a ***¿En qué ciudad o pueblo nació?*** _____
- 5.b: ***¿En qué municipio o delegación nació?*** _____
6. ***¿En qué estado vive actualmente?***: (escriba el estado según las claves de la tabla anterior): _____
6. a: ***¿En qué ciudad o pueblo vive actualmente?***: _____
- 6.b ***¿Cuánto tiempo ha vivido en ese lugar?*** (años): _____
7. ***¿Qué religión tiene?***
 1. Católica 2. Cristiana 3. Sin religión 4. Testigo de Jehova
 5. Mormones 6. No consignado 7. Otros (especificar): _____

8. ¿A qué se dedica? _____

0. Ninguna	3. Comerciante	6. Ejecutiva	9. Seguridad pública	12. Otro (especificar): _____	14. prefiero no contestar.
1. Ama de casa	4. Personal de salud	7. Campesina	10. Empleada doméstica		
2. Empleada	5. Gerente	8. Estudiante	11. Jubilada	13. Personal de salud	

9. ¿Habla español?:

1. Sí 2. No

10. ¿Habla o entiende alguna lengua indígena?:

1. Sí 2. No (pasar P.11) 3. Prefiero no contestar (pasar P.11)

10. a: Si sí, ¿qué lengua indígena habla?:

1. Náhuatl	4. Tzeltal	7. Otomí	9. Chol	12. Lenguas Chinantecas	15. Tlapaneco
2. Maya	5. Lenguas Zapotecas	8. Totonaca	10. Huasteco	13. Mixe	16. Tarahumara
3. Lenguas Mixtecas	6. Tzotzil	9. Mazateco	11. Mazahua	14. Purépecha	17. Otros

Fuente: INEGI 2010(Lenguas indígenas habladas por más de 80,000 habitantes)

11. ¿Cuál es su estado civil?:

1. Soltera	2. Casada	3. Unión libre
4. Divorciada/separada	5. Viuda	6. Prefiero no contestar

12. ¿Cuántas parejas formales ha tenido? Puede no contestar a la pregunta

(escriba el número de parejas) _____

13. Al momento en que le hicieron el diagnóstico de la infección por VIH, ¿usted tenía una pareja estable? (incluir todas las parejas que la entrevistada considere estables aunque no vivieran juntos).

1. Sí 2. No >pasar a la Pregunta 16. 3. Prefiero no contestar >P.16

14. ¿Cuando le hicieron el diagnóstico de VIH a usted, su pareja de ese momento tenía VIH?:

1. sí	2. no	3. no sé	4. prefiero no contestar
-------	-------	----------	--------------------------

14.a ¿Si sí, cuando se enteró que su pareja tenía VIH?

1. Antes de saber mi diagnóstico 2. Después de saber mi diagnóstico

15. ¿Cuál es el estado actual de salud de la pareja que usted tenía cuando le diagnosticaron el VIH?

1. Está Vivo sin VIH : > pasar a P.16).	2. Está vivo con VIH.> pasar a P.16.	3. Se murió	4. No lo sé. > pasar a pregunta 16).	5. Prefiero no contestar
---	--------------------------------------	-------------	--------------------------------------	--------------------------

15. a ¿Sabe usted por qué falleció su pareja?:

1. Murió por una enfermedad. > pasar a P. 15.b	2. Murió en un Accidente > pasar a P.16	3.No lo sé > pasar a P.16	4. otra razón (especificar): _____	5. Prefiero no contestar.
--	---	---------------------------	---------------------------------------	---------------------------

15. b: Si su pareja falleció por enfermedad, ¿sabe usted cuál fue?: (si la entrevistada no responde proponer las respuestas).

1. Murió por VIH/SIDA	2.Murió por una infección no especificada	3. No sé cuál era la enfermedad.
4. Murió por una enfermedad que no tenía que ver con el VIH: especificar: _____		
5. Prefiero no contestar		

16. ¿Tiene pareja actualmente?

1. Sí 2. No: > pasar a pregunta 19) 3. Prefiero no contestar > pasar a P.20

17. Su pareja actual es la misma pareja que tenía cuando se le hizo el diagnóstico del VIH?

1. Sí > pasar a P.19 2. No

18. ¿Si es otra pareja sabe si tiene infección por VIH?: (ofrecer la opción de no contestar).

1. Es Positivo	2. Es Negativo	3. No lo sé	4. es la misma pareja que cuando me diagnosticaron.	5. Prefiero no contestar.
----------------	----------------	-------------	---	---------------------------

19. ¿Podría describir las parejas estables que ha tenido antes y después que le hicieron el diagnóstico?

	Fechas	Ocupación	Antes del dx (1) Al dx (2) Después del dx (3)	¿Tuvo hijos con él? (sí/no)	Cuantos hijos tuvo con él	Tenía o tiene VIH	Está vivo (V) o muerto (M)	Si falleció causa
Primera pareja (P1)								
Pareja siguiente (P2)								
Pareja siguiente (P3)								
Pareja siguiente (P4)								
Pareja actual								

20. ¿Usted ha vivido en EUA o Canadá? _____

1. Sí 2. No > (pasar a P.21)

20.a: si sí: ¿en qué estado(s)?: (Marcar según las claves el número del estado y las fechas de estancia correspondientes)

Estado	Fecha (rango)

1. California	4. Illinois	7. North Carolina	10. Nevada	12. Canadá
2. Texas	5. Florida	8. Colorado	11. Otro: especificar:	
3. Arizona	6. Georgia	9. New York		

FUENTE: Magis et al: JAIDS 2009:51 (S1): Estados de EUA con más de 150000 mexicanos migrantes.

20.b: ¿A qué se dedicaba cuando vivía en EUA?: (Marcar el empleo correspondiente y si fueron varios empleos enumerar).

0. Desempleada	3. Chofer	6. Seguridad pública	9. varios: especificar:
1. Empleada domestica	4. Personal de salud	7. cocinera o mesera	10. prefiero no contestar
2. Comerciante	5. Campesina/jornalera	8. cuidadora	

21. ¿Usted ha vivido en la frontera del lado de México?

1. Sí 2. No > pasar a P.22

21. a: Si sí: ¿cuándo y dónde? (Marcar el lugar y el rango de años) _

Lugar	Años (rango de fechas)

21.b: a qué se dedicaba?

0. Desempleada	3. Chofer	6. Seguridad pública	9. varios: enumerar:
1. Empleada domestica	4. Personal de salud	7. cocinera o mesera	10. prefiero no contestar
2. Comerciante	5. Campesina/jornalera	8. cuidadora	

22. ¿Alguna de las parejas que tuvo antes de que a usted le hicieran el diagnóstico de VIH, o cuando le hicieron el diagnóstico, había vivido en EUA?

1. Sí 2. No 3. No sé> si contestó que no pasar a Pregunta 23.
4. prefiero no contestar> P.23

22 a: Describa para cada pareja los diferentes estados de EUA donde vivieron sus parejas. Puede haber varios estados por pareja.

Parejas en orden cronológico	Estado de EUA donde vivieron	Rango en fechas de estancia	Actividad durante ese tiempo
Pareja 1			
Pareja 2			

Pareja 3			
Pareja 4			

1. California	4. Illinois	7. North Carolina	10. Nevada	12. Canada
2. Texas	5. Florida	8. Colorado	11. Otro: especificar:	
3. Arizona	6. Georgia	9. New York		

22. b: ¿Cuál era la actividad de esa pareja en EUA?: _____

0. Desempleado	3. Chofer	6. Seguridad pública	10. gerente/empresario
1. Empleado	4. Personal de salud	7. construcción	11. ninguna
2. Comerciante	5. Campesino/jornalero	8. otro.	9. No sé
			12. albañil

Pareja 1: _____ pareja 2: _____ pareja 3: _____

23. ¿Alguna de sus parejas vivió en la frontera del lado de México?

1. Sí. 2. No 3. Prefiero no contestar

23.a: Si sí: ¿cuándo? (Marcar el lugar y el rango de años) _

Lugar	Años (rango de fechas)

24. ¿Alguna de sus parejas antes del diagnóstico de VIH o al momento del diagnóstico había estado en la cárcel?

1. Sí 2. No 3. No sé 4. Prefiero no contestar

24.a Si sí, ¿qué pareja? _____

25. ¿Alguna de sus parejas antes del diagnóstico de VIH o al momento del diagnóstico había tenido alguna actividad militar?

1. Sí 2. No 3. No sé 4. Prefiero no contestar

25.a si sí, ¿qué pareja? _____

26. ¿Usted alguna vez ha sufrido de algún tipo de violencia física domiciliaria? Si lo prefiere puede no contestar a la pregunta.

1. Si 2. No 3. Prefiero no contestar.

(Si contestó que no, pasar a la pregunta 27, y si prefiere no contestar pasar a la pregunta 28).

26.a ¿Por parte de quién? Puede no contestar a la pregunta si lo prefiere. Marcar varios de ser el caso.

1. esposo o concubino	2. padre	3. hermano
4. otros (especificar)	5. Conocido no especificado en respuestas anteriores	6. Prefiero no contestar

27. ¿Alguna vez ha sido víctima de abuso sexual? Si lo prefiere puede no contestar.

1. Sí, una vez 2. Sí, varias veces 3. No 4. Prefiero no contestar.

(Si contestó que no o si prefiere no contestar pasar a la pregunta 28).

27.a ¿Por parte de quién? (Si contestó varias veces llenar para cada caso).

Caso 1:

1. esposo/ concubino	2. padre	3. hermano	4. otros (especificar)
5. desconocido	6. Prefiero no contestar	7. conocido no incluido en opciones anteriores	

Caso 2:

1. esposo o concubino	2. padre	3. hermano	4. otros (especificar)
5. desconocido	6. Prefiero no contestar	7. conocido no incluido en las opciones anteriores	

Caso 3:

1. esposo o concubino	2. padre	3. hermano	4. otros (especificar)
5. desconocido	6. Prefiero no contestar	7. conocido no incluido en las opciones anteriores	

28. ¿Alguna vez ha estado en la cárcel?

Sí 2. No 3. Prefiero no contestar

28.a: si sí: ¿de qué fecha a qué fecha?(fecha: DD/MM/AAAA)? _____

28.b: si sí: cuánto tiempo estuvo en la cárcel (a calcular después por el investigador, en semanas) _____

29. ¿Tiene o ha tenido problemas en casa, con su pareja, en el trabajo, en la salud, debido al uso de alcohol?:

1. Sí 2. No 3. Prefiero no contestar > pasar a P.30

29. a: Actualmente toma alcohol (leer las respuestas):

1. nunca	2. una vez al mes o menos de una vez al mes	3. 2 o 3 veces al mes
4. una o dos veces por semana	5. diario	

29.b: ¿Cuándo toma llega al estado de embriaguez?

1. Sí 2. No 3. No Aplica 4. Prefiero no contestar

30. ¿fuma o fumó?:

1. Sí 2. No

31. ¿Alguna vez ha consumido alguna sustancia como cocaína, tachas, heroína, marihuana, solventes?:

1. Sí 2. No 3. Prefiero no contestar > pasar a P.32

31. a ¿Actualmente consume alguna de esas sustancias?:

1. Sí 2. No 3. Prefiero no contestar

31. b Si sí, ¿cuál? _____

32. ¿Alguna de sus parejas tuvo o tiene problemas en relación con el alcohol?

1. Sí 2. No 3. No sé 4. Prefiero no contestar

32.a si sí: cuál pareja? (codificar según número asignado anteriormente) _____

32.b ¿Alguna de sus parejas tuvo o tiene problemas en relación con las drogas?

1. Sí 2. No 3. No sé 4. Prefiero no contestar

32.c ¿Si sí, cuál pareja? _____

33. ¿Alguna vez ha usado alguna jeringa que ya haya sido utilizada por otra persona?

1. Sí 2. No 3. Prefiero no contestar

33.a: Si sí, donde ocurrió?

1. en el hospital 2. En la casa 3. en la farmacia 4. Otros
5. prefiero no contestar

33.b: ¿Con qué frecuencia ocurrió?

1. Sólo una vez 2. Algunas veces 3. Incontables veces 4.
Prefiero no contestar

B. ANTECEDENTES MEDICOS:

34. ¿Usted tiene alguna de las siguientes enfermedades además del VIH?

	Sí / No	Fecha de dx
DM		
Hipotiroidismo		
HAS		
Cardiopatía		
Dislipidemia		
Historia de transfusión		
¿Otras?		

35. ¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales? Puede no contestar a la pregunta(edad): _____

36. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido aunque sea un solo contacto sexual? (número):
_____ (si contesta "no sé o prefiero no contestar" asignar el número 99)

37. ¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales desde que sabe que tiene VIH?

1. Sí. 2. No > pasar a P.38.b 3. Prefiero no contestar

38. ¿En su vida sexual con qué frecuencia usa actualmente métodos para no embarazarse?
(leer las respuestas)

1.siempre	2.casi siempre	3.a veces	4.casi nunca	5. nunca	6.No aplica
-----------	----------------	-----------	--------------	----------	-------------

38. a ¿cuál es el método o los métodos que usa habitualmente para no embarazarse?

1.condón en la pareja	3.pastillas	5.inyecciones	7. ritmo
2.Condon femenino	4.Dispositivo intrauterino	6.ninguno	8. varios: especificar
9. OTB	10. no aplica		

38. b ¿Usaba condón durante las relaciones sexuales antes de que le hicieran el diagnóstico de VIH?

(leer las respuestas)

1.siempre	2.casi siempre	3.a veces	4.casi nunca	5. nunca	6. prefiero no contestar
-----------	----------------	-----------	--------------	----------	--------------------------

38. c ¿Usa condón durante las relaciones sexuales desde que sabe que tiene VIH?__

(leer las respuestas)

1.siempre	2.casi siempre	3.a veces	4.casi nunca	5. nunca	6. No aplica	7.prefiero no contestar
-----------	----------------	-----------	--------------	----------	--------------	-------------------------

39. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o de algún bien? Si lo prefiere puede no contestar a la pregunta.

1. Sí 2. No 3. No recuerdo/prefiero no contestar.

(Si contestó que no o que prefiere no contestar, ir a pregunta 46.)

40. ¿Con qué frecuencia ha llegado a tener relaciones sexuales a cambio de dinero o algún bien? (Proponer las respuestas) (Si prefiere no contestar, ir a pregunta 46.)

1. Ocasionalmente 2. Casi diario 3. Prefiero no contestar

41. ¿Cómo consigue o conseguía las parejas que le pagaban? (leer las respuestas y marcar lo que más frecuentemente sucedía).

1. Le hablaban por teléfono
2. La buscaban en la calle
3. La buscaban dentro de un establecimiento.
4. Por medio de un representante que le arreglaba sus citas.
5. En fiestas.
6. Prefiero no contestar.
7. Otro.

(Si prefiere no contestar, ir a pregunta 46.)

42. ¿Durante estos encuentros sexuales usted pedía que su pareja usara condón?(leer las respuestas)

1.siempre	2.casi siempre	3.a veces	4.casi nunca	5. nunca
-----------	----------------	-----------	--------------	----------

(Si prefiere no contestar, ir a pregunta 46.)

43. ¿Llegó a tener sexo por dinero sin usar condón?(leer las respuestas)

1.siempre	2.casi siempre	3.a veces	4.casi nunca	5. nunca
-----------	----------------	-----------	--------------	----------

(Si prefiere no contestar, ir a pregunta 46.)

44. ¿Alguna vez usó condón femenino cuando tenía relaciones sexuales por dinero?

1. Sí 2. No

45. Describa la situación económica que más se aplique a usted:

1. Llegó a cobrar por sexo como manera de mantenerse o fuente principal de ingresos.
2. Llegó a cobrar por sexo en situaciones ocasionales, teniendo otra fuente principal de ingreso.
3. No llegó a cobrar pero recibió un bien a cambio.
4. No me acuerdo/ Prefiero no contestar.

C. **CIRCUNSTANCIA DE DIAGNOSTICO:**

46. ¿Cómo cree que se contagió del VIH?

1. Por esposo/una pareja > pasar P.47
2. Por transfusión > pasar a P.47
3. Por un accidente laboral > pasar a P.46.a
4. Por una violación > pasar a P.46.a
5. Por compartir una jeringa > pasar a P.47
6. No sé > pasar a P.47
7. Prefiero no contestar >pasar a P.47

46.a ¿Si contestó accidente laboral reportó el incidente a la unidad de vigilancia del centro cuando éste ocurrió?

1. Sí 2. No 3. No me acuerdo

46.b ¿Si contestó violación hizo la denuncia al ministerio público?

1. Sí 2. No 3. Prefiero no contestar

46.c. ¿Supo si el contacto de la violación o del accidente laboral tenía VIH?

1. Sí tenía VIH 2. No tenía VIH 3. No lo sé

46.d ¿Le dieron tratamiento para prevenir el VIH (antirretrovirales)?

1. Sí 2. No 3. No lo recuerdo

47. ¿Usted en algún momento sospechó que podía tener VIH antes de hacerse la prueba que salió positiva?

1. Sí 2. No > (pasar a Pregunta 48) 3. Prefiero no contestar > pasar P.48

47.a ¿Si sí, cuánto tiempo estuvo sospechando que podía tener VIH antes de hacerse la prueba que salió positiva? (meses)_____

48. ¿Se había realizado alguna prueba de VIH antes de la última prueba?

1. Sí, una sola > pasar P.50 2. Sí, varias > pasar P.50 3. No > pasar P.49

49. Si contestó que no a la pregunta 48: ¿Por qué no se había hecho la prueba de VIH antes?

Puede no contestar.

(pregunta abierta)_____

1. Me daba miedo que supieran mi diagnóstico.	2. Tengo Trabajo y no me daba tiempo.	3.No tenía dinero	4. Quedaba muy lejos el centro de salud.
5.Me sentía muy enferma	6. Los trámites eran largos y engorrosos.	7. Me sentía bien.	8. Los horarios para la consulta no me convenían.
9. Tenía miedo a tomar tratamiento o a efectos tóxicos de los medicamentos.	10. No sospechaba que pudiera tener VIH.	11. No creía que existía el VIH.	12. Me daba miedo saber mi diagnóstico.

50. Si contestó que sí a la pregunta 48: ¿por qué sí se había realizado la prueba antes?

Puede no contestar.

1. sabía que su pareja tenía infección por VIH.	2. sospechaba que su pareja tenía infección por VIH.	3. Tenía síntomas personales que asociaba a infección por VIH	4. Un amigo le sugirió que se hiciera la prueba	5. Le pidieron una prueba de VIH en el trabajo.	6. Algún personal de salud le recomendó una prueba.
7. Porque hubo una campaña e pruebas diagnósticas	8. Me lo pidieron como examen prenatal	9. Fui a donar sangre y me hicieron la prueba.	10. por mi profesión		

50. a ¿Cuál había sido el resultado de la última prueba que se hizo antes de la prueba actual?:

1. positivo	2. negativo	3. no recuerdo	4. nunca tuve el resultado	5. reactivo	6. no reactivo
-------------	-------------	----------------	----------------------------	-------------	----------------

50. b Escriba la fecha de la última prueba previa a la prueba actual: _____

51. ¿Cómo se realizó la última prueba de VIH? (decir las respuestas en voz alta)

1. Acudí a centro de salud o a un laboratorio para hacerse una prueba voluntaria.
2. se la ofrecieron en campañas de detección en su localidad.
3. Se la pidió un médico.
4. Fue a donar sangre.
5. Como parte de los exámenes prenupciales.
6. Otros : _____

51.a ¿Si la prueba fue por iniciativa propia, (si contestó 1 o 2) cuál fue la razón o razones de realizarse la prueba?

1. Mi pareja tenía infección por VIH (comprobada)	2. Mi hijo tenía infección por VIH (comprobada)	2. Tenía sospecha de que mi pareja podía estar infectada, porque falleció o por alguna otra razón	3. Tenía síntomas o molestias personales que yo asociaba a infección por VIH.	4. Solo quería checar me
---	---	---	---	--------------------------

51.b Si la prueba fue sugerida por algún profesional de salud, (si contestó 3) cuál fue la razón o las razones? (enumerar las razones en el orden en que la entrevistada espontáneamente las menciona).

1. _____ 2. _____ 3. _____

1. Su pareja estable fue diagnosticada con VIH	2. alguna pareja ocasional fue diagnosticada con VIH	3. su hijo fue diagnosticado con VIH	4. Le dijeron que las molestias/síntomas que tenía podían ser por VIH.	5. Estaba embarazada	6. otro: especificar
--	--	--------------------------------------	--	----------------------	----------------------

52. ¿En qué año le hicieron el diagnóstico de VIH (ELISA)? (MM/AAAA): _____

53. ¿Cuanto tiempo transcurrió entre que le dieron el resultado de la primera prueba positiva para VIH y la primera consulta para atender su enfermedad por VIH? (meses): _____

54. Si contestó menos de un mes, pasar a la pregunta 55. Si contestó más de un mes ¿cuál fue la razón en el retraso de la atención?

(Dejar que la entrevistada dé una respuesta espontánea y enumerarlas en el orden que ella las mencione. Si no responde nada enunciar las opciones y ponerlas en orden de importancia).

Respuesta espontánea: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

1. Me daba miedo que supieran mi diagnóstico.	2. Tengo Trabajo y no me daba tiempo.	3.No tenía dinero	4. Quedaba muy lejos el centro de salud.
5.Me sentía muy enferma	6. Los trámites eran largos y engorrosos.	7. Me sentía bien.	8. Los horarios para la consulta no me convenían.
9. Tenía miedo a tomar tratamiento o a efectos tóxicos de los medicamentos.	10. No creo en la medicina	11. no lo consideré importante.	12. Prefiero no contestar

Respuesta propuestas en orden de prioridad: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

1. Me daba miedo que supieran mi diagnóstico.	2. Tengo Trabajo y no me daba tiempo.	3.No tenía dinero	4. Quedaba muy lejos el centro de salud.
5.Me sentía muy enferma	6. Los trámites eran largos y engorrosos.	7. No me sentía mal.	8. Los horarios para la consulta no me convenían.
9. Tenía miedo a tomar tratamiento o a efectos tóxicos de los medicamentos.	10. No creo en la medicina	11. no lo consideré importante.	12. Prefiero no contestar

D. ACCESO A ATENCION MEDICA:

55. Antes de hacerse la primera prueba de VIH que salió positiva, usted había buscado atención de algún médico, farmacéutico o curandero por presentar pérdida de peso, fiebre, desguanzo, herpes, hongos en la boca diarrea de varias semanas de duración?

1. Si 2. No > (si contesta que no pasar a pregunta 56).

55. a Si sí: qué síntomas presentó? _____

55. b ¿Cuántas veces acudió con alguna persona por estos síntomas antes de que le hicieran la prueba que salió positiva por VIH? _____

55.c Cuánto tiempo pasó desde la primera vez que acudió a atenderse estos síntomas y que se le hizo la prueba de VIH? (meses): _____

55.d. ¿A qué tipo de centro de atención acudió? (marcar si fueron varios)

1.Centro de salud	3.particular	5.Hospital general SSA
2.Clínica IMSS	4.Consultorio de farmacia	6.Hospital de especialidades

55.e Qué diagnóstico le dieron? _____

56. ¿Alguna vez lo ha atendido algún brujo, herbolario, chamán, curandero?

1. Sí 2. No > ir a Pregunta 58 3. Prefiero no contestar> pasar P.58

57. ¿Usted recurrió a alguna de estas personas cuando le dijeron que tenía VIH?

1. Sí 2. No > ir a pregunta 58 3. Prefiero no contestar> pasar P.58

57.a Si sí, describa la razón por la cual acudió con estas personas antes y después del diagnóstico de VIH: _____

58. **¿Cuántos embarazos ha tenido?** (número): _____

> Si nunca se ha embarazado pasar a la pregunta 69.

59. **¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?** (número): _____

59-a **¿Cuántos hijos nacidos vivos han fallecido?** (número): _____

59. b **¿Alguno ha fallecido por una causa asociada al VIH?**

1. Sí 2. No 3. Prefiero no contestar. 4. No sé

59.c. **¿Si sí qué hijo y en qué fecha falleció?** _____

59.d **Qué edad tienen sus hijos actualmente?:**

Hijo 1: _____ hijo 2: _____ hijo 3: _____ hijo 4 _____

60. **¿Cuántos abortos ha tenido? Puede no contestar:** _____

61. **¿Recibió atención con algún médico durante su(s) embarazo(s)?** _____

1. En todos	2. en algunos	3. en ninguno	4. no aplica
-------------	---------------	---------------	--------------

62. **¿Acudió con una partera durante su(s) embarazos?**

1. En todos	2. en algunos	3. en ninguno	4. no aplica
-------------	---------------	---------------	--------------

63. **¿Si se atendió de sus embarazos en el centro de salud, le ofrecieron la prueba de VIH como parte de su atención?** (contar únicamente los embarazos para los cuales desconocía su resultado)

1. En todos	2. en algunos	3. en ninguno	4. no aplica
-------------	---------------	---------------	--------------

64. **Si se atendió con un médico, le explicó a usted lo que era el VIH durante su(s) embarazo(s)?**

1. Sí 2. No 3. No recuerdo. 4. No aplica

65. **Si se atendió con una partera, ella le explicó a usted lo que era el VIH durante su(s) embarazo(s)?**

1. Sí 2. No 3. No recuerdo. 4. No aplica

65.a: **La partera le aconsejó que se realizara una prueba de VIH?**

1. sí 2. No 3. No recuerdo 4. No aplica

66. **¿Ha tenido algún hijo desde que se diagnosticó la infección por VIH** (Incluir si se diagnosticó durante el embarazo)?:

1. Sí 2. No > pasar a pregunta 67.

66. a: **Si sí, ¿usted recibió algún tratamiento con medicinas para el VIH durante el embarazo?**

1. Sí 2. No

66.b: ¿su hijo recibió algún medicamento para el VIH al nacer?

66.c Especificar dosis y tiempo del medicamento: _____

67. A cuántos hijos (vivos o muertos) les ha realizado prueba de VIH?: _____

67.a: ¿Cuántos hijos han salido con prueba positiva: _____

67.b ¿de los hijos positivos cuántos nacieron después del diagnóstico de VIH?

68. ¿Tiene algún hijo vivo con VIH?

1. Sí 2. No

68.a Si sí a qué edad se lo diagnosticaron? _____

69. ¿Cuánto tiempo hace de traslado de su casa o trabajo (lo que sea mas frecuente) al centro de atención de VIH en tiempo? (minutos): _____

70. ¿Cuánto dinero le cuesta trasladarse de su casa o trabajo al centro de atención de VIH en dinero? (pesos): _____

71. ¿Cuánto tiempo espera en el centro de atención para que le den los medicamentos? (minutos): _____

72. ¿Cuánto tiempo espera en el centro cuando va a la consulta? (minutos): _____

73. ¿Ha faltado a alguna consulta programada?

1. Si 2. No > si no ir a P.75

73. a Si sí: a cuántas consultas ha faltado? _____

74. Por qué ha faltado a consultas (marcar por orden de importancia)

1. _____ 2. _____ 3. _____

1.Me da miedo que sepan mi diagnostico	2.Tengo Trabajo y no me daba tiempo	3.No tenia dinero	4.Quedaba muy lejos
5.me sentía muy enferma	los tramites eran largos y engorrosos	7. me siento bien	8.Los horarios para la consulta no me convenian
9. Tenía miedo a tomar tratamiento o a efectos toxicos de los medicamentos.	Alguna otra razón?		

E. CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH.

75. ¿Antes de infectarse sabía cuál era el modo de transmisión del VIH?

1. Sí 2. No 3. Más o menos

76. ¿Qué formas de transmisión de VIH conoce ahora?: (escribir las opciones según la tabla en el orden en que las enumera, del 1 al 4).

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

1.transmision por contacto sexual	3.transmision por transfusión sanguínea
2.transmision de la mamá a su bebe	4.transmision por uso de jeringas contaminadas

5. transmisión por saliva	6. transmisión por compartir alimentos
7. Otro Especificar	

77. ¿Antes de infectarse sabía cómo evitar la infección por VIH? _____

1. Sí 2. No

77. a Si sí, especifique qué es lo que sabía: (pregunta abierta) _____

1. uso de condón	2. uso de cualquier anticonceptivo aunque no sea condón	3. evitando el contacto físico	4. Otros
------------------	---	--------------------------------	----------

78. ¿Cómo se enteró cómo se transmitía el VIH?

1. internet	2. centro de salud	3. personas de la comunidad	4. campañas masivas locales
5. televisión, radio, periódico, revistas.	6. No tenía conocimiento		

Para la siguiente pregunta si sólo ha tenido una pareja hacer la pregunta dirigida a una sola pareja.

79. ¿Alguna vez solicitó a su (alguna de sus) parejas que use condón cuando tenían relaciones?

1. Sí 2. No 3. Prefiero no contestar

79. a Si sí, la pareja hizo uso del condón según su petición?

1. Sí 2. No 3. No aplica 4. Prefiero no contestar

79. b ¿Si el contagio de usted vino de una pareja estable con la que vivía, usted sospechaba de la posibilidad de ser contagiada por esa persona?

1. Sí 2. No 3. No sé 4. Prefiero no contestar

80. Usted sospechaba que su marido o pareja pudiera estar teniendo relaciones sexuales con otras personas?

1. Sí 2. No 3. No aplica 4. Prefiero no contestar

F. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

81. ¿Hasta cuándo estudió?: _____

No sabe leer ni escribir	
No estudió	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Carrera comercial	
Carrera Técnica	
Preparatoria incompleta	
Preparatoria completa	
Licenciatura incompleta	
Licenciatura completa	
Diplomado o Maestría	
Doctorado	

82. ¿Con quién vive?

83. ¿Quién aporta dinero a la casa?

84. ¿Cuánto dinero se gana al mes en su casa?:(juntar las aportaciones de todos los habitantes de la casa)_____

(el investigador clasificará después según el valor)

1. < 1 salario mínimo	4. 6-8 salarios mínimos	7. 16-20 salarios mínimos
2. 1-2 salarios mínimos	5. 9-11 salarios mínimos	8. 21-30 salarios mínimos
3. 3-5 salarios mínimos	6. 12-15 salarios mínimos	9. >30 salarios mínimos

Fuente: CONASAMI 2012. Salario mínimo promedio entre las 3 áreas geográficas: 60.6 pesos

85. ¿Cuántos cuartos hay en su casa sin contar baños, cocina, pasillos o patios y azoteas?:

#	
0-2	
3-4	
5-6	
7 o +	

86. Cuántos focos hay en su casa, incluyendo los de techos, paredes, y lámparas?

#	Puntos
0-5	
6-10	
11-15	
16-20	
21 o +	

87. ¿El piso de su vivienda es principalmente de tierra, cemento o algún acabado?

Tierra	
Cemento	
Algún otro acabado	

88. ¿Cuál es su opinión del cuestionario?
