

Factores relacionados con la falta de lectura de carteles que difunden prueba para detectar VIH en gestantes

Factors related to the not reading information posters about the HIV detection test in pregnant women

Lic. Patricia Yolanda Padilla Jasso, Dr. Ricardo Figueroa Damián, Dr. Noemí Guadalupe Plazola Camacho, Dr. C. Mayra Lilia Chávez Courtois, Dr. José Luis Torres Cosme, Lic. Alma Araceli Nava Benitez

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes". D.F., México.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores que se relacionan con la falta de lectura en dos carteles diseñados para difundir pruebas de escrutinio que detectan el VIH en gestantes.

Métodos: estudio descriptivo en gestantes ingresadas en un instituto de tercer nivel de atención. Se diseñaron y colocaron carteles de difusión sobre la aplicación gratuita de la prueba de escrutinio oral para detectar seropositividad al VIH en gestantes. Se analizaron variables sociodemográficas, religión, edad materna y trimestre de embarazo. Para evaluar la lectura o no del cartel se construyó y aplicó un cuestionario, previamente probado, donde se identificó el número de mujeres que declararon haber visto y leído los carteles así como sus datos sociodemográficos. Se aplicaron un total de 475 cuestionarios.

Resultados: de las siete variables incluidas en el cuestionario, se encontró que la edad, la religión y el trimestre de embarazo al ingreso a la institución, tuvieron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de nolectura del cartel.

Conclusiones: es necesario generar alternativas comunicacionales enfocadas a aquellos grupos menos receptivos de la información a través de conocer los factores que influyen en la lectura o no de información. Las acciones de educación para la salud siguen formando parte fundamental en la toma de conciencia y modificación de conductas en la población, por lo que estas deben considerar y combinar no solo elementos educativos sino también psicológicos, culturales, comunicacionales y

sociodemográficos con la finalidad de impactar de mejor manera el ámbito de la salud individual y social.

Palabras clave: medio comunicacional, virus de inmunodeficiencia humana, embarazo, cartel.

ABSTRACT

Objective: to identify the factors associated with unreading of two posters designed to spread screening tests that detect HIV in a pregnant woman.

Methods: descriptive study conducted in hospitalized pregnant women in a tertiary care institution, in which posters were designed and placed to provide information on the free performance of oral screening test to detect HIV seropositivity in pregnant women. Sociodemographic variables, religion, maternal age and pregnancy trimester were analyzed. For evaluating whether the poster was read or not, a previously tested questionnaire was designed and applied to identify the number of women who reported having seen and read the signs and their basic demographic data. The total number of questionnaires was 475.

Results: of the seven variables included in the questionnaire, it was found that age, religion and pregnancy trimester on admission to the institution had statistically significant differences in the frequency of unread poster.

Conclusions: it is necessary to generate alternative communications targeted at those least receptive groups to information through knowing the factors that have an effect on reading or not of some information. Health education actions remain a fundamental part in raising awareness and in behavioral change in the population, so these should consider and combine not only educational elements but also psychological, cultural, communication and sociodemographic ones in order to have a better impact on the individual and social health.

Keywords: communicational means, human immunodeficiency virus, pregnancy, poster.

INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades que paulatinamente se ha incrementado en las mujeres en edad reproductiva, y que potencialmente puede impactar su salud y la de su hijo, es la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Para finales de 2010, se estima que hay aproximadamente 34 millones de personas (31,635,2 millones] con VIH en todo el mundo, el 17 % más que en 2001; de ellos, el 40 % son mujeres. En caso de no efectuarse alguna intervención preventiva, la tasa de transmisión de la infección de la madre al hijo es cercana al 20 %.¹ Sin embargo, si la madre recibe alguna intervención efectiva, el riesgo se puede reducir a menos del 2 %.²

En México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA) ha descrito que en el país una de cada cuatro personas infectadas por el VIH es mujer y que se han contabilizado 26 721 casos femeninos hasta el 30 de junio de 2011, la mayoría de los cuales han ocurrido en mujeres entre 15 y 44 años de edad, que corresponde a mujeres en edad reproductiva. Estas mujeres representan el grupo de edad de mayor incidencia de la infección por el VIH y muchas de ellas se embarazan.

Se estima que 59 % de las personas infectadas desconocen su estatus serológico.³

Las dificultades de accesibilidad a los servicios de salud o la aceptación a realizarse pruebas de detección del VIH provocan que, en el caso de las mujeres gestantes, las cifras de cuántas de ellas son portadoras del VIH y cuántas reciben tratamiento sea difícil de conocer. No obstante, se sabe que el VIH representa un riesgo significativo para la gestación, bajo la posibilidad de transmisión vertical de este virus. Actualmente la principal vía de contagio en pacientes pediátricos es la transmisión de la madre infectada a su producto, evento que puede ocurrir *in útero*, durante el parto o mediante la práctica de la lactancia. Sin embargo, esta transmisión puede prevenirse en el feto si se detecta oportunamente la presencia de seropositividad al VIH en la madre y se recibe tratamiento oportuno. Detectar oportunamente la infección por el VIH en esta etapa de la vida, permitirá disminuir el riesgo de transmisión vertical, favorecer una mejor calidad de vida en la mujer a través del tratamiento adecuado y el desarrollo de conductas, actitudes y comportamientos enfocados a tomar medidas preventivas para evitar la diseminación de esta infección.

Para que estas acciones se traduzcan en cambios verdaderos es necesario ampliar el conocimiento sobre aquellos elementos o variables que influyen en la toma de decisiones de las mujeres cuando están embarazadas y así puedan realizarse una prueba de escrutinio para saber si ellas son portadoras del VIH.

Al respecto, diversos autores,^{1,4-6} han planteado algunas razones por las que las mujeres han estado más expuestas al contagio del VIH, como son las condiciones de desigualdad en las que viven, no solo económicas y sociales sino culturales y de salud. Estas desigualdades, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), generan diferencias en oportunidades y recursos con respecto a la salud, e impactan de manera muy importante en un aumento de la morbilidad y mortalidad de las mujeres. La clase social, el sexo, el lugar geográfico, la etnia, la edad, el nivel de estudios, la ocupación, el estado civil, la actividad laboral y factores estructurales como la riqueza nacional, la desigualdad de ingresos y el acceso a la educación, entre otros, son aspectos que han sido descritos en diversos estudios⁷⁻⁹ como determinantes en el ámbito de la salud.

Por ello no es gratuito que los Objetivos de Desarrollo del Milenio, contemplen la necesidad de promover la igualdad de género, mejorar la salud materna y combatir enfermedades como el sida.

Diversas estrategias educativas se han generado a partir del advenimiento de la infección por el VIH desde el ámbito civil, gubernamental y humanitario¹⁰ sobre todo desde la prevención de la transmisión de la infección, a través de la utilización de carteles, audiovisuales, campañas televisivas, murales en paraderos y edificios, folletería, programas educativos, talleres en escuelas e instituciones de salud. Todo ello derivado de una serie de recomendaciones por organismos internacionales y nacionales que consideran fundamental actuar no solo desde la perspectiva médica sino social y educativa acorde siempre a las necesidades de cada población.¹¹ Sobre

todo, porque las mujeres tienen poca percepción del riesgo de adquirir la infección además de tener poco contacto con información sobre el VIH en donde mucha de esta, se enfoca a otros grupos poblacionales que no se relacionan con ellas y provocan, por tanto, poco interés en el tema.¹² Esto nos habla de la urgencia de hacer llegar información por todos los medios posibles, en diferentes espacios y a diversos grupos con miras a informar e ir incidiendo con ello en la modificación gradual de percepciones y conductas sobre el VIH.

Si bien existen diferentes pruebas de escrutinio que permiten detectar el VIH, las pruebas rápidas han demostrado ser más fáciles de realizar al no requerir de un laboratorio para su aplicación aunado a que permiten conocer el estado serológico de las personas en un tiempo breve (20 a 40 min) Estas pruebas detectan los anticuerpos a través de muestras de gotas de sangre obtenidas por el pinchazo de un dedo, o bien la detección de estos anticuerpos en fluidos de la cavidad oral, siendo estas últimas más fáciles de aplicar.

Desde 1998, el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de México, institución de tercer nivel de atención que ofrece atención médica a la población femenina con riesgo reproductivo y sin acceso a seguridad social, se ha ocupado por ofrecer una alternativa de atención integral a la mujer con VIH a través de la observación de la madre, la vigilancia pediátrica de sus bebés y la administración de terapia antirretroviral. En octubre de 2007, se inicia el programa de detección oportuna de VIH en pacientes gestantes a través de la aplicación gratuita de la prueba de escrutinio rápida por medio de fluido oral. Esta acción permite al grupo de profesionales que trabajan en el Programa de Atención Multidisciplinaria de la embarazada seropositiva al VIH del Instituto Nacional de Perinatología, reforzar las acciones de comunicación en salud a través del diseño de dos carteles educativos que cumplan la función de difundir la existencia de la prueba rápida oral y otorgue facilidades a las mujeres embarazadas para realizársela.

Se eligió al cartel como medio comunicacional por ser uno de los medios que más se han utilizado no solo para informar sino para contribuir positivamente en la modificación de comportamientos en el ámbito de la salud aunado a que, por su carácter comunitario, lo convierte en un medio idóneo para llegar a más cantidad de personas con un bajo costo.¹³⁻¹⁵

El objetivo de este trabajo es identificar los factores que se relacionan con la falta de lectura en dos carteles diseñados para difundir pruebas de escrutinio que detectan el VIH en gestantes.

MÉTODOS

Se elaboraron dos carteles, uno dirigido a embarazadas adultas y otro dirigido a adolescentes embarazadas. Se diseñó un cuestionario para evaluar los elementos contenidos en los carteles en las gestantes que los vieron y leyeron.

En la confección de los carteles se consideraron las características de la población a quien iban dirigidos: mujeres embarazadas, adolescentes, adultas y alfabetas, que se atendían en el INPer. En segundo lugar, se tomaron en cuenta las características del material de difusión (el cartel) en sus aspectos de diseño, que incluyeron tamaño,

entrada del texto o cabeza, salida del texto o pie, tipo y tamaño de letra, colores, tipo y cantidad de imágenes o fotografías. Se consideró el contenido, el objetivo así como el tipo de información y cantidad, la cual se enfocó a difundir de manera breve, pero contundente, la importancia de la aplicación gratuita de la prueba rápida oral con miras a detectar seropositividad al VIH y recibir tratamiento oportuno para evitar el contagio del bebé.

Los resultados en profundidad de la evaluación del cartel se presentaron en otra comunicación.¹⁶

Se colocaron 25 carteles en lugares estratégicos: consulta externa, laboratorio, servicio de urgencias y áreas comunes, a los cuales las embarazadas acudían de manera regular. Trece de ellos fueron dirigidos a mujeres adultas y 12 a adolescentes. Los carteles permanecieron expuestos durante 10 meses, de octubre de 2010 a agosto de 2011, puesto que las normas de exposición indican exhibirlos en un tiempo no mayor a 12 meses.

El cuestionario se aplicó durante la espera de la consulta médica en la consulta externa en marzo de 2011; incluía datos generales de la paciente recogidos en 7 variables: edad, escolaridad, actividad a la que se dedica, religión, estado civil, número de embarazos y trimestre de embarazo al ingresar a la institución de salud, y además, la pregunta de si habían visto y leído o no los carteles y las relacionadas con su contenido y diseño.

El universo inicial del estudio lo constituyeron todas las mujeres gestantes que acudieron a consulta al INPer. La muestra fue por conveniencia y estuvo constituida por 475 mujeres gestantes, adolescentes y adultas, alfabetas y pacientes del Instituto. Se excluyeron las mujeres con enfermedades psicológicas, las que decidieron no responder el cuestionario o lo hicieron de forma incompleta y las que no fueran pacientes del INPer.

Para llevar a cabo el análisis, se cruzaron las 7 variables que conformaron los datos generales recabados en el cuestionario mediante el programa Epi-Info versión 7.

RESULTADOS

El cartel dirigido a las adultas lo titulamos "¿Estás embarazada? Tú eliges... Tú decides" ([Fig.1](#)) y el segundo para adolescentes, "No más bebés con SIDA" ([Fig. 2](#)).

Se aplicaron 475 cuestionarios, en 426 de ellos las mujeres encuestadas señalaron haber visto y leído los carteles, mientras que 49 encuestadas declararon que no los vieron ni leyeron.

Si bien, en los datos generales de ambos grupos se observa cierto parecido en los porcentajes de las variables, resalta la variable Religión en la cual se observa que las mujeres que no vieron ni leyeron el cartel, tuvieron un porcentaje mayor de católicas (93 %) respecto a las mujeres que vieron y leyeron los carteles (69 %) ([tabla 1](#)).

De las 7 variables incluidas en el cuestionario y analizadas solo se encontró que tres de ellas: edad, religión y trimestre de embarazo al ingreso, tuvieron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de lectura del cartel.

En la comparación de los grupos, se identificó que las mujeres mayores de 35 años fueron quienes menos vieron y leyeron los carteles ($p < 0,03$) en una proporción de 3 veces menos; razón de momios u OR: 3,3 (IC 95 % 1,06-12) ([tabla 2](#)).

En la comparación del grupo de católicas contra las no católicas se encontró que las primeras vieron y leyeron con menor frecuencia los carteles ($p = 0,001$), en una proporción de 5 veces menos; razón de momios: 5,5 (IC 95 % 1,6-22,9) ([tabla 3](#)).

Finalmente, en la variable trimestre de embarazo al ingreso, se encontró que las mujeres que ingresaron durante el segundo trimestre vieron casi dos veces menos los carteles ($p < 0,01$); razón de momios: 1,75 (IC 95 % 1-3,4) ([tabla 4](#)).

DISCUSIÓN

La información elaborada para los carteles responde a la necesidad de detectar seropositividad al VIH en el embarazo y disminuir con ello el riesgo de transmisión vertical.

Diversas variables se han considerado como determinantes en el ámbito de la salud y su influencia depende del contexto en el que se desenvuelvan las acciones de salud. En el caso de nuestro estudio las variables edad materna, religión y trimestre de ingreso a la institución tuvieron un papel central al relacionarse con *no* ver *ni* leer el cartel.

Llama la atención que las mujeres mayores de 35 años, también denominadas por la literatura médica como mujeres de edad materna avanzada para el evento reproductivo, fueron, entre las que vieron el cartel, las menos interesadas en ello. Si bien la literatura en este ámbito plantea que estas mujeres tienden a presentar mayor ansiedad frente a la vivencia del embarazo por circunstancias biológicas, sociales y culturales, consideramos que esta no fue razón suficiente para mostrar interés en los carteles, y que probablemente pesó más el que pudieran tener parejas estables o inclusive ser madres solteras, lo que en apariencia disminuyó la percepción del riesgo de infección por VIH y por ende el interés sobre su detección.¹⁷⁻¹⁹

La religión fue otra de las variables que influyó en la no observación de los carteles. En esta variable las mujeres que profesan una religión no católica vieron más el cartel. Es posible pensar que desde la visión de la religión cristiana la infección por VIH es aun percibida de manera estigmatizada lo que genera ciertos conflictos respecto a las creencias que la gente profesa en relación con la fidelidad, el amor y que sea preferible no conocer la posibilidad de seropositividad al VIH por un temor a la sanción religiosa, moral o social. Si bien existen organizaciones católicas como las "Católicas por el

derecho a decidir", o campañas como la de "Esperanza de VHIDA" en alusión al VIH y a la VIDA, apoyadas por los Obispos de la Conferencia del Episcopado Mexicano, a través de la Comisión Episcopal y "Cáritas Internationalis" que brindan apoyo a personas infectadas de VIH o enfermos de sida, el estigma respecto a la infección sigue siendo mayor que las acciones que se realizan.

Se observó que las mujeres que se encontraban en el segundo trimestre de la gestación vieron y leyeron menos los carteles que aquellas que se encontraban en el primer y tercer trimestre. Algunos profesionales de la salud mental plantean que las mujeres gestantes transitan por experiencias emocionales distintas a lo largo de los trimestres de la gestación, los cuales les permitirán construir tareas psicológicas importantes¹⁷ Y si bien estas experiencias pueden ser tan distintas como contextos haya, existen características particulares. Así, mientras en el primer trimestre están más preocupadas por aceptar su embarazo, considerar la viabilidad del bebé y hacer ciertas modificaciones a su estilo de vida, el segundo trimestre les brinda más estabilidad emocional al identificar al bebé con mayor independencia de ellas, adaptarse a los cambios corporales acompañados de molestias aun tolerables. En el tercer trimestre, las preocupaciones de la gestante están más enfocadas a las alternativas de resolución del embarazo, los preparativos para la llegada del bebé, los malestares físicos y los cuestionamientos sobre su rol como madre. Considerando que la mayor parte de nuestra población gestante tiene un factor de alto riesgo, se explica que se encuentren más receptivas a la información en las etapas de mayor ansiedad como lo es el primer y tercer trimestre de la gestación, mientras que en el segundo trimestre la estabilidad emocional y los cambios físicos menos exacerbados probablemente influyen para que las gestantes sean menos receptivas a la información.¹⁹

Es importante decir que las acciones de educación para la salud como estrategias para lograr la promoción de la salud deben ser planeadas y combinar no solo elementos educativos sino también psicológicos, culturales, comunicacionales y sociodemográficos con la finalidad de impactar de mejor manera el ámbito individual y el social.

A partir de los resultados que se obtuvieron en esta investigación, se considera necesario diseñar estrategias o intervenciones educativas en salud en donde se identifiquen aquellos factores que estén influyendo en la población para atender información relacionada con el VIH, todo ello con miras a generar alternativas comunicacionales enfocadas a aquellos grupos menos receptivos a la información y con ello hacerla llegar a la mayor parte de la población.

En el caso de los medios comunicacionales para la salud como el cartel, se recomienda utilizarlo para promover espacios que posibiliten el acercamiento a aspectos de salud o enfermedad con miras a contribuir a una toma de decisiones oportuna y asertiva. Para ello es necesario primero, conocer el entorno, esto es, las influencias sociales, demográficas, culturales, económicas, ideológicas, estructurales y de género con miras a lograr en el largo plazo, cambios en los estilos de vida de la población no solo en el plano material y social sino inclusive ideológico.

Agradecimientos

A: *Georgina Sánchez Miranda*, por su colaboración en la aplicación de cuestionarios y a la diseñadora gráfica *Jazmín Jenny Li Ng*, por su participación en el diseño del cartel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA. Ginebra: OMUSIDA. 2011.
2. Uribe ZP, Ortíz IFJ, Hernández TG. La prevención de la transmisión perinatal. En: Córdoba VJA, Ponce de León S, Valdespino JL. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
3. Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA (CENSIDA). El VIH en México 2011. Numeralia epidemiológica. México: Secretaría de Salud; 2011.
4. Grimberg M. Género y VIH/sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. VIII Congreso Latinoamericana de Medicina Social y XI Conferencia de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. La Habana: ALAMES; 2000.
5. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública Mex.* 2002; 44(6):554-64.
6. Torres PMP. Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México. *Ángulos del SIDA.* México: CENSIDA. INMUJERES, INSP; 2010.
7. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda, C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental.* 2009; 32(5): 413-25.
8. Calvete OA, Campos EP, Catalán MD, Fernández de La Hoz K, Herrador OZ, Merino MB, et al. Innovando en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Una prioridad para la presidencia española de la unión europea en 2010. *Rev Esp Salud Pública.* 2010; 84(1):3-11.
9. Viner MR, Ozer ME, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet.* 2012; 379:1641-52.
10. Hernández BA. Características y contribuciones de las organizaciones del VIH-SIDA en la Ciudad de México. *Perfiles latinoamericanos.* 2007; 30: 39-78.
11. Campos SA, Luis LLH, Cervantes LT. SIDA/VIH/ITS. Oaxaca: Congreso Nacional sobre VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual; 2005.
12. Pérez VH, Taracena R, Magis C, Gayet C, Kendall T. Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud. Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención. *Ángulos del SIDA: CENSIDA;* 2004.

13. Flores FI, Aguilar FE, Merlen FR. Incremento en el uso del DIU mediante actividades educativas en la clínica y la comunidad en zonas rurales de Honduras. Honduras: Population Council, Frontiers, Usaid; 2007.
14. Ordoñana MJR, Gómez AJ. Amenaza y persuasión en mensajes de salud sobre consumo de alcohol: de la teoría a la práctica. *Adicciones*. 2002;14(4):479-85.
15. Rivera ME, Payán A, Gormezano R, Arredondo L, Gutiérrez A, Chavira G. Evaluación de carteles que promueven al auto-cuidado. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*. 2004;3(3):69-77.
16. Padilla Jasso PY, Figueroa Damian R. Evaluación de un medio comunicacional sobre una prueba para detectar seropositividad al VIH en gestantes. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2013;18(1):547-68.
17. Reyes CKA. Cambios psicológicos durante el embarazo y depresión postparto. Trastornos psicológicos en la paciente embarazada. IX Curso de Actualización en Anestesiología en Ginecología y Obstetricia. México, D. F.: Sociedad Mexicana de Anestesiología en Ginecología y Obstetricia A.C.; 2008.
18. Marín MD, Bullones RMA, Carmona MFJ, Carretero AMI, Moreno MMA, Peñacoba PC. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*. 2008;37:1-20.
19. Gómez LME, Aldana CE. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*. 2007;17(001):53-61.

Recibido: 26 de febrero de 2013.

Aprobado: 31 de mayo de 2013.

Patricia Yolanda Padilla Jasso. Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes". Montes Urales 800 Col. Lomas Virreyes C.P. 11000. México, D.F.
Dirección electrónica: paja.1003@gmail.com