

**UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS EN MUJERES CON
DIAGNÓSTICO DE VIH DE UNA IPS DE CARTAGENA, 2019.**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

IRMA YOLANDA CASTILLO AVILA

COINVESTIGADORES

HOOKER MAY LIZETH PAOLA

MONTES GUTIERREZ KARLA ISABEL

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

ENFERMERIA

CARTAGENA DE INDIAS

2019

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	3
1. Introducción	4
2. Planteamiento del problema	6
3. Objetivos	12
3.1 objetivo general.....	12
3.2 objetivos específicos.....	12
4. Marco teórico	13
5. Materiales y métodos	18
6. Resultados	27
7. Discusión	30
8. Conclusión	36
9. Recomendaciones	37
10. Bibliografía	38
Anexos	45
Anexo 1: consentimiento informado	
Anexo 2: encuesta.....	
Anexo 3: tablas.....	

RESUMEN

Objetivo: Determinar los servicios preventivos utilizados por las mujeres diagnosticadas con VIH de una IPS de Cartagena 2019.

Método: Estudio tipo descriptivo no experimental, donde se encuestaron 147 mujeres diagnosticadas con VIH, mayores de 18 años, atendidas en una IPS especializada y que aceptaron participar en el estudio. Se aplicó una encuesta auto-administrada que incluyó una ficha sociodemográfica y una ficha de uso de los servicios de salud, evaluando la necesidad de salud y la utilización de los servicios preventivos, la información obtenida fue procesada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Resultados: De las participantes en el estudio, el 100% (147) se consideraban heterosexuales, con un promedio de edad de 38,5 años (DE=11,6). El 98% (144) asiste más de 4 veces al año a consulta médica siendo el motivo principal P y P y rutina con un 67,3% (99). En cuanto a los programas de promoción y prevención el 67.3% (99) de la población está inscrita a algún programa. El 61.9% (91) afirmó utilizar el preservativo.

Conclusión: Las mujeres diagnosticadas con VIH están inscritas en gran cantidad a algún programa de promoción y prevención, sin embargo esta utilización no es adecuada pues en su mayoría únicamente asisten al programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, dejando de lado los demás programas por falta de información o conocimiento de estos.

Palabras claves: servicios de salud, servicios preventivos, VIH. Fuente DeCS

1. INTRODUCCION

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, provocando un deterioro progresivo del sistema, por tanto una persona que no tenga un sistema inmunológico completamente funcional corre el riesgo de contraer una variedad de infecciones que no afectan con frecuencia a las personas sanas, además tienen un mayor riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, entre otros problemas de salud que ponen la vida en peligro; el VIH puede transmitirse de una persona a otra cuando la sangre o algún fluido corporal; semen, secreciones vaginales o leche materna de una persona infectada tiene contacto con una persona no infectada (62).

Hoy en día el VIH sigue siendo un problema de salud pública, que ha cobrado más de 35 millones de vidas en el mundo. En nuestro país esta epidemia es concentrada, es decir se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad, por lo que es necesario llevar a cabo acciones de promoción y prevención que permitan su control y por ende su disminución.

El presente trabajo de investigación se ubica en la ciudad de Cartagena, donde se seleccionó una IPS de la ciudad que presta servicios de salud a personas diagnosticadas con VIH, con el fin de determinar la utilización de los servicios de salud preventivos en mujeres diagnosticadas con VIH, identificando las características sociodemográficas, la frecuencia de uso de los servicios de salud y además, determinar cuáles son los programas a los que las mujeres asisten.

Este estudio presenta datos estadísticos que en la actualidad no existen en la ciudad de Cartagena. Siendo así de gran ayuda para los profesionales de la salud, ya que permiten identificar los factores que influyen en la utilización y no utilización de estos servicios, para así implementar estrategias encaminadas al mejoramiento del uso de los servicios y a su vez la calidad de vida y la disminución de posibles complicaciones.

Para este trabajo se seleccionó una muestra de 147 mujeres con diagnóstico de VIH afiliadas a la IPS, la cual es una institución especializada en el manejo integral de la

población con VIH, ofreciendo programas de promoción y prevención, medicina general, terapia de apoyo y rehabilitación, en pro del desarrollo psicosocial del paciente logrando de esta manera mejorar su calidad de vida; para recolectar la información se llevaron a cabo encuestas personalizadas por medio de una ficha técnica, la cual requería previamente de un consentimiento informado por escrito y firmado por las mujeres que aceptaban participar en las encuestas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarca la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que impacte en la situación de salud y autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades (1).

Sin embargo la utilización de estos servicios de salud por parte de los diferentes grupos sociales ha sido y es objeto de debate en muchos países, pues si bien el aumento de la cobertura fue el mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud en Colombia este no era el único factor que determinaba la utilización de los servicios. Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS no es una condición suficiente para obtener atención integral, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. Algunas de estas barreras relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas (2).

En Brasil un estudio realizado por Figueroa D (3) analizando la utilización de los servicios de salud, se observó que 374 individuos (84,4%) utilizaron alguna atención en los últimos 30 días. Para los usuarios, los principales obstáculos relacionados a la accesibilidad y la no utilización de los servicios de salud fueron por problemas para pedir una consulta y para ser atendido.

De igual manera en Ecuador Bravo G (4) realizó un estudio respecto al uso de servicios preventivos, los resultados obtenidos muestran que las mujeres tienen una mayor probabilidad de uso de este tipo de servicios que los hombres. También se observa que aquellos que poseen una edad más avanzada tienen mayor probabilidad de uso que los más

jóvenes; esto podría deberse al fortalecimiento del concepto de mantenimiento de la salud que toma fuerza a medida que se avanza en edad. Como es de esperarse, aquellos que reportan un estado de salud malo tienen una mayor probabilidad de uso de atención preventiva que los individuos que consideran su salud como excelente.

En México un estudio realizado con 2187 estudiantes para conocer si hacen uso de los servicios médicos. Se les preguntó si en el último año acudieron a consulta médica, Se encontró que el 62% de ellos SI consultaron, de los cuales el 46% son hombres y el 54% son mujeres y sólo 1.7% de los entrevistados, que solicitaron consulta médica, lo hicieron por situaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, tales como revisión prenatal, solicitud de anticonceptivos y recibir información relacionada con la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS). En este caso, los servicios de salud son mayormente utilizados por las mujeres, con la excepción de la solicitud de métodos anticonceptivos que son demandados por los varones en más del 70% (5). Lo anterior se puede comparar con un estudio de planificación familiar realizado por Lorna Jenkins y colaboradores (9) en panamá donde el uso de anticonceptivos modernos se reportó que el 71.1% de los hombres ha usado alguna vez el condón, y de estos solo 15.2% lo utilizan con frecuencia. Mientras que el 53.8% de las mujeres refiere estar utilizando algún método anticonceptivo en la actualidad.

En Colombia un estudio realizado por Reina Y (6), en cinco ciudades observo que las barreras del lado de la demanda son las que más contribuyen al no uso del servicio médico, siendo la falta de dinero, el mal servicio, no tener seguro médico y muchos trámites para la cita, las más comunes. Aunque en los últimos cinco años se presentó un incremento de las barreras del lado de la oferta. Igualmente en Medellín un estudio realizado con los habitantes de la calle del total de la población encuestada, un 77,4% utilizaron los servicios de salud en los últimos 6 meses y un 8,7% refirieron tener dificultades para el acceso a los servicios de salud. Algunas razones por las cuales manifestaron no acceder a los servicios de salud fueron: los servicios no siempre permanecen abiertos con un (91,7%), un (4,8%) manifiestan no tener como pagar los tratamientos médicos y un (1,3%) afirman no acceder a los servicios por que no confían, no creen ni les gustan los médicos y un 9% asegura que no accede a los servicios de salud, porque no cumplen con los requisitos de ingreso (7).

Por otro lado en Cali Díaz C (8) encuestó 2165 personas entre mujeres y hombres. En donde se reportó que la prevalencia de sentir la necesidad de consultar un servicio de salud sólo por prevención se estimó en 17,6%. En cuanto al sexo las mujeres tienen una mayor proporción en la frecuencia de consulta de servicios preventivos, aunque, al igual que en los hombres, la proporción no llega al 50%, en las mujeres se encontró mayor necesidad de consultar el control médico (24,2%), seguido de servicios como: adulto mayor (20,1%), crecimiento y desarrollo (11,9%), citología uterina (11%), salud mental (7,4%), higiene oral (5,7%), planificación familiar (4,1%), PAI (3,0%), control prenatal (1,3%) y examen de mama (1,0%).

En Cartagena Castillo IY (10) realizó un estudio donde participaron 915 mujeres con una edad promedio de 40 años, la prevalencia de uso de la citología fue del 85,9%; solo el 39,8% cumple el esquema propuesto, para la frecuencia con la que se realizan la citología, el 29,2% se la practica rara vez y el motivo más prevalente fue la prevención 32,2%. Así mismo Castillo IY (11) realizó un estudio donde participaron 402 mujeres con un promedio de edad de 35 años, en donde se observó que el 72,4% alguna vez se ha realizado el autoexamen de mama, pero, solo el 1% tiene una práctica adecuada.

En Colombia hasta el año 2016 120.000 personas viven con VIH, de los cuales el 20% son mujeres mayores de 15 años, en el informe epidemiológico presentado por el SIVIGILA en el 2017 se reportaron 2.675 casos de VIH en mujeres, siendo las relaciones heterosexuales una de las principales vías de transmisión. Por lo cual es necesario extremar las medidas de detección temprana y protección específica, que contribuya a reducir el riesgo en este grupo poblacional (13).

En un estudio realizado a 70 mujeres seropositivas, la mayoría reportaron que fueron infectadas por una pareja estable, y que por no ser consideradas como parte de población de alto riesgo, muy pocas se enteraron por análisis tempranos de rutina, sino que fueron diagnosticadas cuando el compañero se enfermó, o se enfermaron ellas, o en el embarazo, situaciones clasificadas como diagnóstico tardío. En cuanto al acceso a los servicios, el 40,6% reportó que le han negado algún servicio, 47,1% ha tenido que usar la acción de tutela o derecho de petición para recibir algún servicio y 20% han tenido que realizar “copagos” por algún servicio (14). Aun cuando el estado a través del decreto 1543/97

establece la obligación de la atención ya que ninguna persona que preste sus servicios en el área de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la atención que requiera una persona con VIH (15).

Respecto al lugar donde son atendidas 55.7% deben viajar a otro municipio distinto al lugar donde residen. Estos viajes no sólo corresponden a los controles médicos, sino también a los controles de laboratorio que son programados en días diferentes, aumentando el número de traslados y costos asociados. En este sentido, se muestra que la principal causa para no asistir a las consultas programadas en el último año fue la falta de dinero para llegar hasta el lugar de la consulta y la principal causa de interrumpir el tratamiento antirretroviral ha sido por dificultades con el sistema de salud (14).

La utilización de los servicios de salud se ve afectado en la población con VIH debido a que a lo largo del tiempo ha sido categorizada y estigmatizada para las mujeres por diferentes factores como el machismo, la homofobia, aspectos económicos, conflictos personales, socioculturales y sanitarias que producen una barrera para acceder a los servicios preventivos que son ofrecidos por el estado (16).

Hoy en día a escala mundial son más los casos de mujeres que se contagian con VIH por diferentes motivos, en 2015 había alrededor de 17,8 millones de mujeres (de 15 años o más) que vivían con el VIH, lo que equivale al 51 por ciento del total de la población adulta que vive con este virus (28). Con el aumento de los casos de VIH también incrementa la posibilidad de contraer enfermedades infecciosas y cánceres. De ahí la importancia de brindar una atención integral que comprende el diagnóstico precoz, la profilaxis, el tratamiento completo y oportuno, la rehabilitación, la prevención y la mitigación del impacto (29).

Para las mujeres que viven con el VIH, el riesgo de pre-cáncer y de cáncer invasivo del cuello del útero es elevado, especialmente si su inmunidad está afectada. Las mujeres que viven con el VIH siguen estando en riesgo ya que acceden a la terapia antirretroviral y viven más tiempo, lo que exige la detección y el tratamiento organizado y oportuno de las lesiones precancerosas. A pesar de que se espera que la detección y el tratamiento precoz reduzcan las lesiones precancerosas y las tasas de cáncer de cuello de útero entre las mujeres que viven con el VIH (30).

Debido a esto y sumado a la poca accesibilidad de datos y artículos relacionados con la utilización de los servicios preventivos en personas con VIH en la ciudad de Cartagena surge la necesidad de investigar que tanto las mujeres cartageneras diagnosticadas con VIH en la IPS, utilizan los servicios preventivos como son; planificación familiar, control prenatal, detección temprana de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama con el fin de mantener una mejor calidad de vida en todos los aspectos. La IPS es una Institución prestadora de salud especializada en el manejo integral de la población de VIH - SIDA en los diferentes rangos de edad, y ofreciendo en igual forma, programas de promoción y prevención, tratamiento médico integral, suministro de medicamentos, terapias de apoyo, talleres educativos y de rehabilitación, buscando el desarrollo psicosocial del paciente, logrando de esta manera una notable mejoría tanto en su calidad de vida como su entorno familiar (27). Esta institución tiene como misión brindar atención integral a individuos, familias y comunidades de la Costa Atlántica que conviven con VIH/SIDA, ofreciendo una buena atención con calidad humana, enmarcadas en los principios de oportunidad, integralidad y efectividad (27).

En las enfermedades debilitantes crónicas como lo es el VIH/SIDA las estrategias de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad primordiales, por lo cual es importante conocer el uso de los servicios de salud preventivos con el fin de identificar las necesidades y los factores que influyen en la utilización y no utilización de estos servicios para así crear e implementar estrategias encaminadas al mejoramiento del uso de los servicios de salud y a su vez la calidad de vida e intervenir de forma anticipada a las situaciones que surgen y prevenir aquellas que dan lugar a riesgos para la salud (33), como lo son las enfermedades oportunistas tales como: tuberculosis, neumonía, candidiasis oral, retinitis, cánceres, cáncer cérvico-uterino, herpes simple (34).

El progreso del conocimiento y la necesidad de conocer, es el primordial motivo de toda investigación. La investigación constituye junto con la gestión, la práctica y la educación, uno de los 4 pilares en los que se fundamenta la Enfermería (32). La investigación es importante para las enfermeras puesto que es un proceso científico que valida y mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento que influye en la práctica enfermera, directa o indirectamente. Con la incorporación de los estudios a la Universidad, el rol y las

competencias profesionales de la enfermería han evolucionado hacia una posición autónoma, responsable y con un campo de conocimientos propio (31).

Formulación del problema

Teniendo en cuenta todos estos factores el grupo investigador se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los servicios preventivos más utilizados por las mujeres con diagnóstico de VIH de una IPS de Cartagena 2019?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los servicios preventivos utilizados por las mujeres diagnosticadas con VIH de una IPS de Cartagena 2019

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres con VIH que asisten a una IPS de Cartagena
- Identificar cuáles son los programas preventivos a los que asisten las mujeres diagnosticadas con VIH de una IPS de Cartagena.
- Establecer la frecuencia de la utilización de los servicios de salud preventivos de las mujeres con VIH de una IPS de Cartagena.

4. MARCO CONCEPTUAL

Utilización y acceso a los servicios de salud

El acceso al sistema de salud es un proceso en donde existen varios eslabones y todos ellos pueden ser objeto de análisis, desde la motivación que tienen las personas para solicitar atención, la facilidad para entrar en contacto con el servicio de salud y su satisfacción final luego de haberlo utilizado (Rodríguez, 2010). Es decir, que el acceso no solo denota la entrada del individuo al sistema sino que en un sentido más amplio comprende desde la causa o la necesidad hasta el resultado o finalización de la atención médica. En ese orden, aunque el aseguramiento es un instrumento que busca que todos los individuos tengan entrada al servicio de salud, no garantiza la utilización final del mismo (6). De hecho, trabajos como los de Rodríguez y Roldán (2008) y Rodríguez (2010) han encontrado que existe un porcentaje de no utilización del servicio, aun cuando la persona haya tenido la necesidad de hacerlo y estuviera afiliada a algún régimen de seguridad social (33, 34).

Según el modelo clásico propuesto por Andersen la utilización de servicios de salud está relacionada con varios factores, entre ellos se encuentran la predisposición y necesidad de utilizarlos y las condiciones que facilitan su uso como son: la edad, el sexo, la estructura familiar, la raza, la clase social, el nivel de estudios, el trabajo realizado, así como las creencias y los valores socioculturales existentes con respecto a la enfermedad (12).

Así mismo en Cuba fueron encuestados 1244 personas, de los cuales 25.1% (312) presentaron problemas de salud en los últimos 30 días previos a la aplicación de la encuesta, y solo el 17,7 % (220) solicitó algún servicio de salud, donde el uso se asoció con la escolaridad, el nivel ocupacional y estado civil. Encontrando un mayor uso de los servicios de salud en aquellos con primaria sin terminar y primaria terminada. Las mayores tasas de utilización de los servicios se notifican entre las amas de casa y los jubilados. Respecto al estado civil, gran parte de los que solicitaron servicios están casados o viven en unión libre (43,3 %) o son solteros (23,6 %).

En cuanto a la distribución por edad y sexo, este estudio coincide con otros que muestran que los grupos extremos (niños y ancianos) son los mayores utilizadores de los servicios de

salud. La utilización aumenta conforme lo hace la edad (17). Esto se puede comparar con un estudio realizado en Medellín donde respecto al género, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con relación al acceso por grupos de edad, la población más joven de 18 años hasta los 44 años tiene dos veces más dificultad para acceder a tratamientos médicos comparado con la población de 45 años en adelante (7).

Utilización servicios de salud por mujeres

En un estudio realizado en Cuba 739 eran mujeres, de las cuales el 21.3% (158) habían utilizado algún servicio de salud en los últimos 30 días, Las mujeres hacen un mayor uso de los servicios de salud; esto puede ser motivado por varias razones o factores, como biológicos (edad, estado de salud), culturales (nivel educacional, tradiciones, costumbres) (17).

De 595 mujeres entrevistados en Ecuador, con un rango de edad de 15 a 40 años se obtuvo que la mayoría son amas de casa con un 56%, el 36.2 % están en unión libre y el 35.5% casadas, el 20.3% han tenido al menos 1 aborto en su vida, en cuanto a la utilización de los servicios de salud el 65.8% reciben asistencia médica por enfermedades, seguida de control del embarazo (11.5%), otros motivos (9.6%), planificación familiar (8.8%) y control post parto (4.3%) (18).

En cuanto al uso de los servicios para el cuidado de su salud sexual y reproductiva el 80% respondió que no planificaron su embarazo, solo el 5.6% asistían a los controles prenatales, el 53% no utiliza métodos anticonceptivos siendo las razones más comunes; sin vida sexual activa (14%), no les gusta usarlo (13%) desea embarazo (13%), miedo a los efectos colaterales (11%), el compañero se opone (10%) (18).

En Colombia existen inequidades en la utilización de estos servicios en los grupos con menores niveles socioeconómicos y educativos, desplazados por la violencia y pertenecientes a grupos étnicos relacionadas por obstáculos económicos, geográficos sociales y culturales, de igual manera Herrera C (19) analizando la utilización de servicios de salud reproductiva (atención prenatal, parto y posparto se Encontró que, la utilización

de los servicios de salud reproductiva es menor en las mujeres indígenas y afrodescendientes en comparación con las mujeres que no pertenecen a ninguna etnia.

Epidemiología VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4 (18). La inmunodeficiencia aumenta el riesgo de contraer numerosas infecciones, cánceres y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir (20).

A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en 2017 se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones (19). A nivel nacional en el año 2016 ingresaron al SIVIGILA un total de 13005 casos, en el departamento de Bolívar fueron notificados 164 casos en la semana 52 del 2016. Además la ciudad de Cartagena a la semana 52 del año 2016 se encontró 328 casos notificados por VIH. Siendo el 21.4% de los casos notificados en mujeres (21).

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus (18).

Atención personas que viven con VIH

El temor de las mujeres con VIH a ser estigmatizadas o discriminadas por su condición es otro factor personal que aparece como un factor predisponente de la no utilización de los servicios. Este temor parece ser más acentuado en mujeres residentes de municipios o corregimientos pequeños en donde el personal de salud conoce o está familiarizado con los habitantes de la región. Así mismo, el temor a que la familia, especialmente la pareja, se entere del diagnóstico o no poder justificar las frecuentes citas al centro de atención (en el caso de gestantes diagnosticadas con VIH que aún no han dado el paso de revelar el

diagnóstico a sus familiares) influye negativamente en la búsqueda de servicios de estas mujeres (22).

De acuerdo con profesionales de salud y tomadores de decisiones, los factores sociales que con mayor frecuencia impiden que las mujeres con diagnóstico de VIH accedan a los servicios son: la falta de apoyo familiar, los mitos y creencias en torno al VIH y Sida, y el estigma y la discriminación ejercidos por la comunidad, la familia y el personal de salud hacia las personas que viven con VIH y sida (22).

Por lo que en Medellín Guardia A (23) encuestó 101 trabajadores del área de la salud, para describir el estigma y la discriminación, Con respecto a las conductas discriminatorias, se destaca que el 15,8% de los profesionales de la salud evita el contacto físico con las personas infectadas y que más del 45% utiliza precauciones excesivas como el uso de doble guante (62,4%) y el uso de guantes durante procedimientos que no lo requieren (48,5%). Además el 46,5% refiere que por lo menos una vez sus compañeros de trabajo hablan despectivamente de las personas con VIH, el 31,7% ha identificado pobre calidad de la atención hacia personas con VIH y el 18,8% conoce de trabajadores de la salud que evitan atender a individuos con la infección.

Asimismo en Cuba un estudio realizado por Soler R (24) con 58 personas con VIH para evaluar la calidad de la atención médica de los criterios evaluados respecto a la satisfacción del paciente, 80 % fueron adecuados, la insatisfacción estuvo dada en la adquisición del tratamiento antirretroviral, con 88,9 %, lo cual se relacionó fundamentalmente con el mecanismo establecido para obtener el fármaco.

Personas que viven con VIH y los servicios preventivos

En Cuba un estudio realizado por Soler R (24) evaluando los servicios de salud se obtuvo que el indicador con el resultado más desfavorable fue la disponibilidad de los programas de control y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/sida, con solo 13,1 %.

La atención y cuidado de la salud reproductiva de las mujeres con diagnóstico de VIH, es un área en la que, tratándose de mujeres sexualmente activas y en edad fértil, resulta

importante atender. En argentina 465 mujeres diagnosticadas con VIH, con una edad promedio de 34.5 años Menos de un cuarto de las mujeres indicó que, desde el diagnóstico, algún médico le sugirió realizar una consulta de salud reproductiva y/o planificación familiar. Del total de encuestadas, 44,7% (207 mujeres) utilizan actualmente métodos anticonceptivos de uso regular. Utilizan a veces el 3,4% y 12,3 % no utilizan. En cuanto al uso del condón el 20% de las mujeres no utiliza nunca el preservativo, y el 28% de manera intermitente. Sólo el 53 % declara utilizarlo siempre (25).

5. METODOLOGIA

Tipo de estudio descriptivo no experimental

Es un tipo de estudio descriptivo no experimental ya que según Sampieri (26) los estudios descriptivos permiten detallar situaciones y eventos. Es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Estos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. Este proyecto de investigación se considera que es de carácter descriptivo ya que nos permite establecer la utilización de los servicios preventivos en mujeres diagnosticadas con VIH.

La población estuvo constituida por 215 mujeres diagnosticadas con VIH inscritas a una IPS ubicada en la ciudad de Cartagena. La muestra se tomó teniendo en cuenta las mujeres que asistían a citas de control, que cumplieron los criterios de inclusión, siendo la muestra 147.

Criterios de Inclusión:

- Mayor de 18 años
- Acepte ser parte de la investigación

Criterio de Exclusión:

- Que este diagnosticada con trastorno cognitivos

Recolección de la información

La información fue recolectada por los investigadores, a través de visitas a la IPS con la autorización previa de las directivas. En el estudio se emplearon recursos humanos, financieros, técnicos y materiales. El recurso humano estuvo constituido por 3 personas capacitadas (un investigador principal, y 2 co-investigadoras), quienes se encargaron de definir, orientar y direccionar la investigación empleando una encuesta auto-administrada, la cual fue entregada a las mujeres diagnosticadas con VIH antes y después de las

consultas de seguimiento, que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, junto con el consentimiento informado.

Instrumento

Se aplicó una encuesta basadas en la encuesta nacional de demografía y salud 2015, el cual ha sido utilizada en diferentes estudios como: factores asociados a la utilización de servicios de salud preventivos por adultos con discapacidad motora de la localidad 2 de la ciudad de Cartagena 2015 y factores asociados al uso adecuado de la citología cérvico-uterina por mujeres de Cartagena (Colombia). Además se realizó una prueba piloto con el 10% de la población. La encuesta estuvo conformada por una ficha sociodemográfica y una ficha de uso. La encuesta sociodemográfica está compuesta por 10 ítems que son: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel educativo, seguridad social, estrato social, ocupación, ingreso, y números de personas con las que viven. Mientras que la ficha de uso evaluó la necesidad de salud y la utilización de los servicios, está compuesta por 27 ítems, empezando por la percepción del estado de salud, si padece alguna otra enfermedad diferente al VIH, si ha observado cambios en su estado de salud en los últimos 6 meses, si en los últimos 12 meses ha asistido a una consulta para el cuidado de su salud, si la respuesta fue no, cual fue la principal razón por la cual no solicito el servicio de atención médica. si en último año se ha realizado el examen de agudeza visual, si ha asistido o no a consulta odontológica en los últimos 6 meses, si durante sus embarazos asistieron o no a los controles prenatales, además de la formula gestacional, si usa actualmente algún método de planificación familiar, si ha recibido información sobre la citología vaginal y si se la ha realizado alguna vez, con qué frecuencia se la realiza, y cuál fue el resultado de la última, si no se la ha realizado cual es la razón principal por la cual no se han hecho una nueva citología, si sabe que es el autoexamen de seno, si lo ha practicado y con qué frecuencia se lo realiza, si es mayor de 50 años si se ha realizado la mamografía, si reclamo los resultados y además si estos fueron normales, anormales o no sabe. En cuanto a la utilización de los servicios; con qué frecuencia asiste a una consulta médica en el año, si ha asistido a una consulta para el cuidado de su salud en los últimos 6 meses y cuál fue el motivo de

consulta, si pertenece algún programa de promoción y prevención y cuanto tiempo de afiliación tiene.

Procesamiento

La información obtenida a partir del instrumento se procesó en una hoja de cálculos del programa Microsoft Excel Windows 10.0 y fue analizada estadísticamente mediante tablas de frecuencia y representaciones gráficas con porcentajes que se obtendrán con este mismo programa, en las cuales se expuso ordenadamente la información recogida en la muestra.

Análisis de la información

El plan de análisis se centró en las variables dependientes, consulta médica en el último año e inscripción a un programa de Promoción y Prevención para las mujeres diagnosticadas con VIH en su totalidad, en este caso nos centramos en la utilización del control prenatal, citología vaginal, mamografía, salud oral, y examen visual.

Variables

Se midieron tres grandes variables

- Perfil Sociodemográfico
- Utilización de los Servicios de Salud Preventivos
- Necesidades de salud

Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION Y CATEGORIAS	INDICADORES	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
Perfil sociodemográfico	Conjunto de características que clasifican social y demográficamente a una población determinada	Estado civil	Soltero casado unión libre viudo divorciado	Cualitativo	Nominal
		Ocupación	Trabajador independiente Empleado Pensionado Desempleado Estudiante	Cualitativo	Nominal
		Tiene hijos	# de hijos	Cuantitativo	Ordinal
		Régimen de seguridad social	Subsidiado Contributivo	Cualitativo	Nominal
		zona de residencia	Urbana Rural	Cualitativa	Nominal
		Estrato social	1 2 3 4 5 6	Cuantitativo	Ordinal
		Escolaridad	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta	Cualitativo	Ordinal

			Secundaria completa Técnico Profesional		
		Edad	# años cumplidos	Cuantitativo	Razón
		Sexo	Femenino	Cualitativo	Nominal
Utilización de los servicios preventivos	Está orientado a la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas. a mantener su salud en óptimas condiciones	Vinculación a los programas preventivos	Examen de seno Citología vaginal Salud oral Salud visual Planificación familiar Control prenatal	Cualitativo	Nominal
		Con que frecuencia asiste a los programas preventivos	0 veces al año 1 a 5 veces al año 5 a 10 veces al año	Cuantitativo	Ordinal

Necesidad de salud	Es el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicios de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación)	Estado general de salud	Excelente Muy Bueno Bueno Regular Malo	Cualitativo	Nominal
		En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud	Sí No No Sabe	Cualitativo	Nominal
		En los últimos 12 meses se ha realizado el examen de agudeza visual	Si No	Cualitativo	Nominal

		En los últimos 6 meses ha asistido a citas odontológicas	Si No	Cualitativo	Nominal
		Durante sus embarazos asistió a las citas de control prenatal	Sí No	Cualitativo	Nominal
		Se ha realizado alguna vez el examen de seno	Si No	Cualitativo	Nominal
		Reclamo los resultados	Si No	Cualitativo	Nominal
		Los resultados fueron	Normales Anormales No sabe	Cualitativo	Nominal
		Se ha realizado alguna vez la citología vaginal	Si No	Cualitativo	Nominal
		Reclamo los resultados	Si No	Cualitativo	Nominal
		Los resultados fueron	Normales Anormales No sabe	Cualitativo	Nominal

Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, en la investigación médica es deber del médico promover y velar por la salud, bienestar, integridad, intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. En el decreto 1543 de 1997 por la cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), se debe tener en cuenta que según el artículo 28 del Ministerio de Salud a través de sus organismos o comisiones especializadas estimulará y apoyará la realización de investigaciones relacionadas directa o indirectamente con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Además debe cumplir con tres principios éticos. El primero la beneficencia que es el deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones físicas y psicológicas. Segundo la autonomía que es la capacidad que tiene un individuo de sentir, pensar y tomar decisiones por sí mismo, respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Y tercero la confidencialidad que consiste en salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes.

Teniendo en cuenta la resolución 008430 de octubre 4 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De acuerdo a lo establecido en el artículo 11, esta investigación se clasifica como una investigación sin riesgo, que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación

intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

6. RESULTADOS

Características sociodemográficas de las mujeres diagnosticadas con VIH

El promedio de edad es de 38,5 años (DE=11,6). La de menor edad fue de 18 años y la de mayor edad de 69 años. Con respecto al estado civil, el que más predominó fue el estado de soltera con un 45,6% (67), seguido de la unión libre con un 34% (50), en relación al nivel educativo, la secundaria incompleta fue el porcentaje más preponderante, con un 25,9% (38), seguida de la secundaria completa y primaria completa cada una con un 17,7% (26) y el nivel universitario solo fue de un 2% (3).

De la población encuestada un 91,2% (134) eran del régimen subsidiado y un 8,8% (13) del contributivo. El estrato socioeconómico predominante fue el uno con un 83,7% (123). En cuanto a la ocupación ama de casa fue el más preponderante con un 66% (97) seguido de empleada con un 15% (22); la mayor parte de estas mujeres no cuentan con un ingreso personal siendo estas el 72,1% (106), solo el 27,9% (41) cuentan con ingreso personal. Cabe resaltar que solo el 3,4% (5) está afiliado a una administradora de riesgos profesionales

En relación a la orientación sexual, el 100% (147) fueron heterosexuales, en cuanto a la procedencia, un 74,8% (110) eran de zona urbana y el 25,2% (37) eran rural. (Ver tabla 1).

Necesidades de salud de las mujeres diagnosticadas con VIH

El 44,2% (65) de las mujeres percibió su estado de salud como bueno, un 22,4% (33) como muy bueno, otro 17,7% (26) como excelente y un 15,6% (23) como regular. En cuanto a cambios en el estado de salud, el 25,2% (37) de las encuestadas manifestó haber sentido algún cambio en su estado de salud en los últimos 6 meses, mientras que el otro 74,8% (110) negó haber observado algún cambio en su salud.

Respecto a la frecuencia en que asisten al médico, la gran mayoría indicó consultar más de cuatro veces al año siendo este un 98% (144) y un 2% (3) consulta de uno a dos veces al

año, teniendo en cuenta que el principal motivo de consulta es por PyP y rutina con un 67,3% (99) y solo rutina un 32,7% (48).

El 80,3% (118) de las encuestadas no presenta ninguna enfermedad crónica diferente a VIH, el 19,7% restante padecen otras enfermedades siendo las más predominantes la HTA con el 7,5% (11), DM un 4,8% (7), y epilepsia con un 2,7% (4).

El tiempo de diagnóstico mínimo fue de ocho días y el máximo de 29 años, la gran mayoría de las encuestadas reciben tratamiento antirretroviral siendo estas un 97,2% (143) y las que no reciben tratamiento es porque es su primera cita o el tratamiento aun no les aplica por presentar linfocitos CD4 elevados correspondiendo cada una a un 1,4% (2). (Ver tabla 2).

Uso de los servicios de salud preventivos de las mujeres diagnosticadas con VIH

Utilización de Servicios de Detección Temprana

De las participantes jóvenes que aplicaban para el programa del control del joven, el 25.9% (38) manifestó no asistir al programa y el principal motivo es del desconocimiento con un 21.8% (32).

En cuanto a la realización de la citología cervico uterina, el 91.2% (134) se ha realizado el examen, de éstos solo el 76.1% (102) cumplen con el esquema propuesto y solo el 3.7% (5) obtuvieron resultados anormales. El 8.8% (13) no sé la realizado, siendo la razón principal el temor 23.1%(3) y el servicio queda lejos con un 23.1% (13).

En relación al autoexamen de mama el 78.2% (115) manifiesta saber que es el autoexamen de mama resaltando que este hace parte de uno de los procedimiento de tamizaje del cáncer de mama, sin embargo el 51.7% (76) manifestó no realizarse el autoexamen de mama. El 60.7% se ha realizado la mamografía y de éstos 94.2% tuvo resultados normales.

En relación al examen de agudeza visual en el último año el 69.5% (102) no se lo ha realizado y el principal motivo es que no se lo han ordenado con un 51.7% (76). (Ver tabla 3).

Utilización de Servicios de Protección Específica

En cuanto a los programas de promoción y prevención el 67.3% (99) de la población está inscrita a algún programa. El 68.7% (101) manifestó no asistir al programa de planificación familiar, siendo la razón principal de la no asistencia la falta de información con un 37.4%(55), al evaluar el uso de métodos anticonceptivos el 61.9% (91) manifestaron utilizar el preservativo al momento de tener relaciones sexuales con su pareja y solo el 33% (49) utilizan otro método de planificación familiar.

En relación a las consultas de odontología en los últimos 6 meses el 53.1% (78) manifestó no haber asistido.

El 78.9% (116) manifestó asistir a controles prenatales durante sus embarazos y de éstos el 20.4% (30) han tenido al menos un aborto. (Ver tabla 4).

7. DISCUSION

La utilización de los servicios de salud preventivos por mujeres diagnosticadas con VIH en la IPS de la ciudad de Cartagena, está determinada por factores predisponentes, capacitantes y necesidades de salud que se relacionan entre sí y justifican la poca utilización de los servicios preventivos. En este estudio se ve reflejado ya que gran parte de esta población, no conocen, ni asisten a estos programas, además tampoco tienen un control adecuado de su salud visual ni oral.

Las mujeres con diagnóstico de VIH que asisten a la IPS tienen una edad promedio de 38,5 años, resultado que se relaciona con la información hallada por castillo I en Colombia donde la media de edad fue de 38 años (60), al igual Cassamassimo M. (35) en Brasil, encontró resultados similares siendo la edad promedio de las mujeres con VIH de 40 años. Desde el inicio de la epidemia, a lo largo de los años la infección por el VIH, ha sufrido importantes cambios en su epidemiología. Si bien en los inicios el perfil de los pacientes infectados en nuestro medio era el de personas jóvenes hoy en día la realidad es otra, debido a la introducción del tratamiento antirretroviral, que crea mayor supervivencia. Todo ello contribuirá en los próximos años a un aumento en el número de personas mayores infectadas por el VIH (36).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, todas las mujeres refirieron ser heterosexuales, lo cual se asemeja a un estudio realizado por Tovar V. (37) en Venezuela, donde la mayoría de las mujeres manifestó ser heterosexuales, pues las mujeres se encuentran en una situación de desventaja biológica en relación con los hombres en lo que se refiere a contraer la enfermedad, esta se transmite con mucha mayor frecuencia de hombre a mujer que de mujer a hombre ya que fisiológicamente mujeres son más vulnerables a la infección por el VIH porque son más propensas a sufrir micro-lesiones durante las relaciones sexuales, y en los ensayos de laboratorio se ha comprobado que el semen contiene concentraciones más elevadas del virus que las secreciones de la mujer por unidad de volumen (38).

El estado civil, que más predominó fue el estado de soltera, seguido de la unión libre resultado semejante al encontrado en Bogotá por Moreno J. (39) donde la mayoría de la población estudiada eran solteros, seguidos por los que estaban en unión libre. Teniendo en cuenta el desconocimiento entorno a la enfermedad y a la excesiva confianza de las personas con quien se tienen las prácticas sexuales pudiera influir en desinhibir a las personas y colocarlas en una posición de riesgo no pensando en las consecuencias (40). Ya que la comunicación de pareja en torno al VIH es descrita como un factor protector en la adquisición de esta enfermedad, favoreciendo la adopción de conductas sexuales seguras tales como la negociación de pareja y la utilización de preservativo(61).

El nivel de escolaridad predominante de las encuestadas fue la secundaria incompleta, resultados parecidos a los hallados en el estudio de Moral J. y Segovia M. (41), donde la mediana de escolaridad correspondió a secundaria incompleta, también se asemeja con un estudio realizado por Cassamassimo M. (35) donde se encontró un bajo nivel de escolarización, demostrado que la mayoría de las mujeres solo han logrado menos de ocho años de escolarización, correspondiendo este en su mayor porcentaje entre 4 a 7 años de estudios. Todo lo anterior puede sugerir, que vivir en un escenario de bajo nivel educativo, donde la prevalencia de la enfermedad es alta, aumenta la vulnerabilidad ante la infección, ya que limitan su proceso de reflexión, acceso a información y autoanálisis, especialmente en áreas como su propia sexualidad (42).

Con respecto al estrato socioeconómico en este estudio predominó el uno, lo cual se relaciona con el resultado de un estudio realizado por Ariza Y. Et al (14) en Colombia, donde predomina el estrato 1 seguido del estrato 2. Cabe resaltar que estudios como el de Ostrach y Singer (43), señalan que aquellas mujeres que alcanzan un mejor nivel social, están menos expuestas a factores de riesgo asociados al VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, en razón de tener mejores condiciones básicas de vida y de acceso a los sistemas de salud, así como menor posibilidad de sufrir violencia sexual.

En cuanto a la ocupación la mayoría de las mujeres encuestadas refieren ser amas de casa, lo cual se relaciona con un estudio realizado por Moral J. y Segovia M. (41), donde el 66%

de las mujeres respondieron ser amas de casa, al igual en Argentina según un estudio realizado menos de la mitad de las mujeres trabaja (25), lo que lleva a que las mujeres no cuentan con ingreso personal, por lo tanto dependen de los familiares lo cual genera desventaja en la autonomía económica, que genera una barrera para el acceso y la utilización de los servicios de salud. (44, 16)

En relación al estado de salud un estudio realizado por Frutos C. (45) donde en su gran mayoría las personas manifestó sentirse enfermas. Se diferencia al encontrado en la IPS ya que la mayoría de las mujeres perciben su estado de salud como bueno, negando en su mayoría haber presentado cambios en su estado de salud en los últimos meses, además hicieron uso de los servicios de salud en los últimos 6 meses. Hoy, quienes acceden a las consultas y se adhieren responsablemente al tratamiento tienen la posibilidad de vivir existencias plenas y prolongadas. Por tanto, la adherencia otorga la posibilidad de vivir dignamente, con calidad y mejorando sustancialmente sus expectativas de vida; recapacitando que las prácticas de autocuidado son parte esencial de la adherencia y que exigen condiciones que las perfeccionen y se promuevan diariamente, a través de una terapia integral (46).

Las enfermedades crónicas que más se presentaron fueron la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus, así mismo en Brasil Affeldt A. (47) encontró que las patologías crónicas más frecuentes fueron la hipertensión arterial, depresión, dislipidemias y Diabetes Mellitus. Esto se debe a que los individuos con VIH presentan un mayor riesgo cardiovascular derivado de la mayor prevalencia de factores de riesgo y de su tratamiento farmacológico, afectando su calidad de vida (48).

Referente a los programas de promoción y prevención la mayoría de la población está inscrita a alguno. Acerca del programa de control del joven la totalidad de las mujeres jóvenes manifestaron no asistir, siendo el principal motivo el desconocimiento, como consecuencia, no existe una manera de garantizar la detección e intervención temprana de los factores de riesgo o de los problemas de salud prioritarios, así como para brindar información y orientación sobre la protección de la salud. Además del apoyo a los jóvenes

en la definición de su proyecto de vida; enseñanza de hábitos de vida saludables, y de brindar atención en salud de forma integral (49).

La mayoría de las mujeres se han realizado la citología cervico uterina, de éstas solo el 76.1% (102) cumple el esquema 1-1-3, el cual requiere un adecuado cumplimiento para evitar falsos negativos y detectar alteraciones oportunamente (50), puesto que las mujeres con VIH están más propensas a desarrollar ciertos tipos de cáncer que las personas sin la infección debido a un sistema inmunológico debilitado, siendo el cáncer de cuello uterino uno de los más prevalentes (51). Debido a esto el Servicio de Salud Pública de EE. UU. y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América han recomendado que todas las mujeres infectadas con VIH deben obtener 2 exámenes de Papanicolaou con 6 meses de diferencia después del diagnóstico inicial de VIH y si los resultados de ambos son normales, deben someterse a una revisión citológica anual (52).

Un estudio realizado por Yepes D. (53) en México reportó que el 82% de las mujeres tienen conocimientos básicos sobre la autoexploración de mama, sin embargo solo el 47% se realiza la autoexploración de manera periódica, y solo una de cada cuatro practica la técnica correcta, resultado parecido al hallado en la IPS donde la mayoría de las mujeres manifiesta saber que es el autoexamen de seno, sin embargo menos de la mitad se lo realizan. Por lo que las intervenciones realizadas por las mujeres para el cuidado de su salud no constituyen un factor protector para la prevención de cáncer de mama (54), puesto que en los últimos años se ha incrementado la incidencia del cáncer de mama en edades tempranas, lo cual es motivo de preocupación por el mal pronóstico que presentan, al ser tumores de mayor agresividad, mayor grado nuclear, indiferenciados y con receptores hormonales negativos, por lo que debemos dedicar una mayor atención a este grupo e incorporar nuevos protocolos de tratamientos con el objetivo de lograr un diagnóstico precoz y una mayor supervivencia (55).

Además las mujeres mayores de 50 años en su mayoría se han realizado la mamografía, lo cual es un indicador favorable ya que el cáncer de mama es una de las primeras causas de muerte en mujeres, principalmente en este grupo de edad. Ya que la frecuencia de aparición

de la enfermedad sigue una curva ascendente a partir de los 30 años, que presenta un pico de aceleración entre los 40-50 años y existe otro incremento en el intervalo de 60-70 años (55).

Al preguntar sobre la realización del examen de agudeza visual en el último año, la mayor parte de las encuestadas no se lo ha realizado y el principal motivo es que no se lo han ordenado. Lo cual es un riesgo pues las alteraciones visuales producen consecuencias adversas en el individuo, lo cual limita la productividad en los adultos, por el deterioro funcional que afecta la calidad de vida. La toma de la agudeza visual es el método más sencillo y costo efectivo para determinar las alteraciones de la agudeza visual (49).

El 68.7% de las mujeres manifestó no asistir al programa de planificación familiar, siendo la razón principal de la no asistencia la falta de información, al evaluar el uso de métodos anticonceptivos un 61.9% manifestaron utilizar el preservativo al momento de tener relaciones sexuales con su pareja y solo el 33% utilizan otro método de planificación familiar, resultados parecidos a los hallados por Rose D. (56) donde la mayoría de las mujeres reporto utilizar el preservativo en sus relaciones sexuales, seguido de la abstinencia sexual y ligadura de trompas. Tanto las mujeres como los hombres que viven con VIH corren el riesgo de nueva infección cuando no usan protección en las relaciones sexuales, pudiendo infectarse con cepas distintas del VIH, lo que puede acelerar la evolución de la enfermedad. Por ese motivo es importante enfatizar que incluso entre parejas seroconcordantes es indispensable el uso del preservativo para prevenir así riesgos (56).

En relación a las consultas de odontología en los últimos 6 meses un poco más de la mitad de las mujeres encuestadas manifestó no haber asistido. Cabe señalar que en el las personas VIH positivas, el tratamiento oportuno sirve para mantener y restituir la función dental y especialmente para prevenir infecciones intra-orales, es importante hacer énfasis en el personal de salud y particularmente en el personal que conforma los equipos humanos de atención bucodental, que los tratamientos preventivos y clínicos, guardan profunda relación

con aspectos como el mejoramiento de la autoestima, así como también produce beneficios y efectos psicológicos positivos en las personas seropositivas (57).

Con respecto a la asistencia a los controles prenatales la mayoría de las encuestadas manifestó asistir a controles prenatales durante sus embarazos. Lo cual es muy beneficioso, pues la infección por VIH en la paciente embarazada tiene varias particularidades que la hacen una entidad en sí misma. La principal es la posibilidad de afectar al producto de la gestación con el virus propiamente dicho o con efectos tóxicos y/o teratogénicos derivadas de los medicamentos antirretrovirales. Los objetivos del manejo de la mujer embarazada con VIH son el control de la infección para prevenir la progresión de la enfermedad en la madre y la transmisión perinatal, minimizando el riesgo de toxicidad en la madre y en el producto como también el riesgo de malformaciones en éste (58).

Este estudio permitió identificar la forma en que las mujeres diagnosticadas con VIH utilizan los diferentes servicios de salud preventivos, lo cual es de suma importancia teniendo en cuenta de que por su misma enfermedad aumentan los riesgos de padecer otras enfermedades y que mejor manera de detectar a tiempo cualquier alteración por medio de los programas de promoción y prevención. Cabe resaltar el desconocimiento que hay por parte de las mujeres ante los diferentes programas y la baja asistencia a los programas más comunes, lo que las hace perder la oportunidad de potencializar su salud y tener una mejor calidad de vida a través de estos servicios integrales. Entre las limitaciones del estudio los pacientes con VIH siguen siendo una población de difícil acceso debido a la discriminación y el estigma al que se enfrentan día a día por parte de la sociedad, por lo tanto lograr que aceptaran participar en el estudio fue un gran reto, pues sentían temor e inseguridad ante la idea de que sus datos acerca de la enfermedad pudieran ser divulgados.

8. CONCLUSIONES

Mediante este estudio se logró describir la caracterización sociodemográfica de las mujeres con VIH, de lo cual se puede resaltar que el promedio de edad es de 38,5 años, la mayoría es de procedencia urbana, solteras y son amas de casa, con un nivel educativo preponderante de secundaria incompleta, pertenecen en una gran proporción al régimen subsidiado con un estrato socioeconómico de uno; estas características aumentan la prevalencia de la enfermedad por el conjunto de factores que las vuelve más vulnerables, pues hay limitaciones en el acceso a la información y su autoanálisis, especialmente en áreas como su propia sexualidad.

Las mujeres manifiestan sentirse en buen estado de salud, sin embargo asisten con frecuencia a consultas para el cuidado de su salud sin sentir cambios en esta, según la mayoría de la población. En cuanto a los diferentes ciclos vitales, las jóvenes son una parte vulnerable de la población, por necesitar del resto de la comunidad para subsistir y encontrarse en una etapa donde se están preparando para construir su futuro y respecto a lo hallado no están inscritas en el programa del joven pues desconocen su existencia.

En cuanto a la población en edad fértil la mayor parte de las encuestadas no asisten al programa de planificación familiar, cabe resaltar que gran parte se realizan la citología cumpliendo con el esquema, logrando de esta manera identificar oportunamente aquellas con resultados anormales, respecto a los procedimientos de tamizaje de cáncer de mama, el autoexamen de mama fue una práctica deficiente pues la mayoría no se la realiza, y en cuanto a la mamografía para la población mayor de 50 años generalmente tienen conocimiento sobre esta, pero no todas se han realizado este examen. Las mujeres acuden más a consultas médicas por rutina que por P y P, lo que demuestra la falta de conocimiento ante estos programas y no sentir la necesidad de asistir.

Al finalizar esta investigación, se pudo llegar a la conclusión de que a pesar de tener una gran cantidad de mujeres inscritas a algún programa de promoción y prevención, esta utilización no es adecuada pues solo asisten en su mayoría únicamente al programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino omitiendo los demás programas por falta de interés o desconocimiento.

9. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en el estudio permiten plantear las siguientes recomendaciones:

A las participantes:

- Que se muestren más interesadas por su estado de salud en general y no solo de su diagnóstico de VIH, inscribiéndose y asistiendo a los diferentes programas de promoción y prevención.
- Que sigan asistiendo a los controles de rutina y que continúen con su tratamiento ya que les permite tener una mejor calidad de vida y aumentar su expectativa de vida.

A la institución de salud:

- Educar a las usuarias sobre lo fundamental que es asistir a los programas de promoción y prevención, haciéndoles saber la importancia que tienen los programas para el mantenimiento de su salud y el mejoramiento de su calidad de vida mediante la detección temprana de cualquier alteración.
- Incentivar a las participantes jóvenes a asistir al programa de detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven.
- Educar a las mujeres sobre la importancia de realizarse la citología vaginal en el esquema 1-1-1 para detectar oportunamente cualquier alteración.
- Realizar estrategias informativas y demostrativas dirigidas a sus usuarias sobre la importancia y la adecuada realización del autoexamen de mama de manera mensual, para así detectar oportunamente cualquier anomalía.

A futuras investigaciones:

- Realizar estudios más profundos en donde se pueda medir el impacto de los servicios de salud preventivos en la calidad de vida y la salud de las mujeres diagnosticadas con VIH.
- Realizar estudios de enfoque cualitativo para profundizar las razones de las mujeres para no asistir a los programas de promoción y prevención.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Política nacional de atención básica. portaria n° 2.488, de 21 de octubre de 2011, [internet] acceso 15 de febrero de 2018. disponible en: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3347>
2. Ayala J. la salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Banco de la republica 2014 [Consultado 13 febrero 2018]. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
3. Figueroa D, Cavalcanti G. accesibilidad a los servicios públicos en salud: la visión de los usuarios de la estrategia salud de la familia. *Enferm. glob.* 2014; 13 (33): 267-278
4. Bravo G, Mogro S. Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador. *Sciencie Direct.* 2017; (33): 292-301.
5. Reyes D, Bancet C y Palmeros J. Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2015
6. Reina Y. Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). Banco de la república. 2014
7. Berbesí D, Agudelo L, Castaño C, Galeano M, Segura A, Montoya L. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *CES Salud Pública.* 2014; 5 (3): 147-153.
8. Díaz C, Zapata Y, Aristizabal J. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali*. *Revista gerencia y políticas de salud.* 2011; 10 (21): 153-175.
9. Jenkins L, Forero I, Hembling J. Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos modernos en la población panameña sexualmente activa entre los 15-59 años de edad en el año 2009. *Invest. pens. crit.* 2014; 2(5): 51-62.
10. Castillo IY, Aguilar KM, Balaguera D, González HL, Mejía AM. Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvico-uterina por mujeres de Cartagena (Colombia). *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2): 123-134.

11. Castillo IY, Vélez B, Alfaro E, Julio C. Práctica adecuada de autoexamen de mama en mujeres de una localidad de Cartagena. Universidad de Cartagena. 2014
12. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Q.* 2005; 83(4): 1100 -.1111
13. Instituto nacional de salud. Informe VIH/SIDA Colombia 2017.
14. Ariza Y, Siegel E, Moreno A. Condiciones de vida de mujeres que viven con VIH en contextos de pobreza en la región Pacífica colombiana. Universidad Icesi. 2016; 14
15. Ministerio de la protección social. Decreto 1543 de 1997.
16. Piedrahita L, Moya L, Posada I, Román V. Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Revista Ciencias de la Salud.* 2017; 15(1): 59 -70
17. Díaz A, Salvá A, García R, Acosta S, Jova R, De Vos P, Stuyfs P. Utilización de los servicios médicos en un área de salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología.* 2013; 51 (1): 27-39.
18. Mera A, Roca Y, Medranda E. Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi, Jaramijó y Manta (Ecuador). *Margen N°19.* 2016
19. Herrera C, Flores R, Palacio L, Duarte M. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Scielo.* 2015; 31(12): 2635-2648
20. VIH/sida. OMS. [online] disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
21. Casos notificados de VIH/Sida y muerte por Sida, Colombia, semanas epidemiológicas 01-42, 2015-2016, Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2016
22. Factores que afectan el acceso y la utilización de los servicios de atención prenatal con énfasis en la atención a mujeres y niños de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Estudio cualitativo en veinte departamentos, Colombia, 2011- 2012. [internet] disponible en: [http://sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/vinculos/ref9-Barreras-de-
Acceso.pdf](http://sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/vinculos/ref9-Barreras-de-Acceso.pdf)

23. Guardia-Medrano A, Lenis-Restrepo P, Toro-Castaño DC, Marín-Gallego K, Higueta-Gutiérrez LF. Estigma y discriminación por VIH/Sida: perspectiva de los trabajadores del sector salud y un grupo de personas que vive con la infección, Medellín, Colombia, 2015. *Curare*. 2015; 2(1): 9-22.
24. Soler R, Malfrán M, Carbonell I, Soler A, Díaz C. Calidad de la atención médica a las personas que viven con VIH/sida. *MEDISAN* 2013; 17(8): 3010-3017.
25. Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina [internet] consultado el 3 de julio 2018 disponible en: http://www.msal.gob.ar/sida/images/stories/4-publicaciones/pdf/2014-11_informe-final-mujeres-VIH.pdf
26. Hernandez S, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. 1997
27. IPS vivir bien. Cartagena Colombia: IPS vivir bien; 2015. Disponible en: <http://www.vivirbienips.com/>
28. Hechos y cifras: el VIH y el SIDA. ONU mujeres. [Internet] Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>
29. Lopera M, Martínez J, Ray T. Acceso de las personas con VIH al sistema de salud colombiano y sus costos relacionados desde una perspectiva individual y familiar, Bogotá, 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n20/v10n20a06.pdf>
30. HIV atención y apoyo. UNISIDA 2016. [Internet] Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf
31. Valera D, Sanjurjo L, Blanco F. La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4093900>
32. Vélez E. Investigación en Enfermería, fundamento de la disciplina. [Internet] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-investigacion-enfermeria-fundamento-disciplina-13139769>
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-investigacion-enfermeria-fundamento-disciplina-13139769>

33. Rodríguez, S.; Roldán, P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe. *Revista Economía del Caribe*. 2008 (2): 106-129
34. Rodríguez, A. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Trabajo de investigación programa de master de investigación en economía aplicada, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona. 2010
35. Cassamassimo M. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com hiv/aids atendidas em hospital dia. 2012 disponible en: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/101465/duarte_mtc_dr_botfm.pdf?sequence=1
36. Blanco J, Oteo J. VIH y edad: una relación en evolución. *Gerokomos* 2008; 19 (3): 118-120.
37. Tovar V, Vivas H, Araujo A, González L, Guerra M, Guerra M. Amas de casas en riesgo de adquirir VIH/SIDA. *Acta odontológica venezolana*. 2011. 49 (1): 3-4
38. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. La Mujer y el VIH/SIDA: concienciación, prevención y fomento del poder de decisión. 2001. Disponible en: https://www.un.org/es/events/women/iwd/2004/aids_background.html
39. Moreno J, Barragán A, Martínez M, Rodríguez A, González A. Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con HIV en Bogotá, Colombia. *Biomédica*. 2018; 38 (4): 577-585.
40. Morales S, Arboleda O, Segura A. Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Rev. salud pública*. 2014; 16 (1): 27-39.
41. Moral J, Segovia M. Discriminación y afectos negativos en mujeres que viven con VIH. *Boletín de Psicología*, No. 111, Julio 2014. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N111-5.pdf>.
42. Galindo J, Tello IC, Mueses HF, Duque JE, Shor-Posner G, Moreno G. VIH y Vulnerabilidad: una comparación de tres grupos en Cali, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011; 29(1): 25-33.
43. Ostrach B, Singer M. At special risk: Biopolitical vulnerability and HIV/STI syndemics among women. *Health Sociology Review* 2012; 21(3): 258- 271

44. Autonomía Económica y Acceso a Activos. [internet] consultado el 2 de junio 20189 Disponible en: <https://mujeresantioquia.gov.co/observatorio/autonomia-economica-y-acceso-activos>
45. Frutos C, Aquino N, Amado D, Ferreira M, Díaz C. Quality of Life in Patient with HIV in the Medical Clinic, Central Hospital-Institute of Social Welfare Paraguay-2015. *Rev. Inst. Med. Trop* 2016; 11(1); 10-21.
46. Meneses M, Mayorca C. Self-care practices and adherence to TARGA in people living with HIV at a national hospital Lima. *Rev enferm Herediana*. 2014; 7(2): 87-96.
47. Affeldt A, Freitas M, Siqueira R. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24 (1): 79-86
48. vih en españa 2017: políticas para una nueva gestión de la cronicidad más allá del control virológico. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; 92: 1135-5727.
49. Velez N, Guapacha C, Pulgarin E, Quintero C, Martínez J. Estrategia efectiva para mejorar la detección temprana y protección específica de los riesgos de salud identificados en la población del hospital santa cruz de Trujillo valle del año 2016. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1525/Natalia%20Carolina%20Velez%20Z.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. Disponible en <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/normcacu.htm>. Consultado el 3 junio 2019.
51. American Cancer Society. ¿Cómo se relacionan el VIH y el sida con el cáncer?. . [internet] consultado el 2 de junio 2019 Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/agentes-infecciosos/infeccion-con-vih-sida/como-se-relacionan-vih-y-sida-con-cancer.html>
52. Kaplan JE, Masur H, Holmes KK. Guidelines for preventing opportunistic infections among HIV-infected persons--2002. Recommendations of the U.S. Public Health Service and the Infectious Diseases Society of America. 2002 14; 51(8): 1-52.

53. Yépez Ramírez D, De la Rosa AG, Guerrero Albarran C, Gómez Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2012; 20(2): 79-84.
54. Santos Y. Conocimiento sobre el cáncer de mama, técnica de autoexamen, actitudes y su asociación con la práctica en mujeres derechohabientes a la UMF 66. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Yaren.pdf>
55. Rodríguez J, Rodríguez A, Triana A, Mendoza R. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto La Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela. *Rev haban cienc méd* 2012 11(s5): 673-683
56. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e Enfermería Global N° 44 Octubre 2016 Página 11 Saúde reprodutiva Cadernos de Atenção Básica, nº 26. 1. ed., 1. reimpr. Brasília (DF), 2013.
57. Guía de atención de personas con VIH/SIDA en la práctica de la odontología en la Caja Costarricense de Seguro Social. [Internet] consultado el 3 de junio 2019 Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_COR_AtencVIHPractOdontSegSoc.pdf
58. Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del vih y de la sífilis congénita.[Internet] consultado el 3 de junio 2019 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20PROCEDIMIENTOS%20ESTRATEGIA.pdf>
59. American Cancer Society. ¿Qué es VIH y qué es SIDA?. [internet] consultado el 13 de junio 2019 Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/agentes-infecciosos/infeccion-con-vih-sida/que-es-vih-y-sida.html>
60. Castillo AI. Caracterización de personas que conviven con VIH en la ciudad de Cartagena. *Cienc. innov. Salud.* 2014; 2 (1): 4-10.
61. Loreto Lara C, Rosina Cianelli A, Lilian Ferrer L, Margarita Bernales S, Natalia Villegas R. Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja social. *Horiz Enferm.* 2008; 19 (2): 35–43.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por estudiantes de enfermería de la Universidad de Cartagena. La meta de este estudio es Determinar los servicios preventivos utilizados por las mujeres diagnosticadas con VIH en la IPS Vivir bien de la ciudad de Cartagena 2018.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por estudiantes de enfermería de la universidad de Cartagena. He sido informada de que la meta de este estudio es Determinar los servicios preventivos utilizados por las mujeres diagnosticadas con VIH en la IPS Vivir bien de la ciudad de Cartagena 2018.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el

proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 2
INSTRUMENTO
UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS CON VIH, CARTAGENA, COLOMBIA, 2018

Objetivo: determinar la utilización de los servicios de salud preventivos en mujeres diagnosticadas con VIH, Cartagena, Colombia, 2018

Variables socio-demográficas

1. Edad: _____ años cumplidos
2. Sexo: femenino ___ transgénero ___ homosexual ___ otro ___ cual ___
3. Procedencia: rural ___ urbana ___ venezolana ___ otra ___
4. Estado civil: soltera ___ casada ___ viuda ___ divorciada ___ separada ___
U. libre ___
5. Nivel educativo: analfabeta ___ primaria incompleta ___ primaria completa ___
sec. completa ___ sec. incompleta ___ técnico ___ tecnólogo ___ universitario ___
6. Seguridad social: subsidiado ___ contributivo ___ especial (fuerzas armadas,
Ecopetrol, magisterio) ___ no está afiliado ___ no sabe ___
7. Estrato social: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___
8. Ocupación: ama de casa ___ empleada ___ independiente ___ desempleada ___
estudiante ___
9. Ingreso familiar mensual _____ ingreso personal si ___ no ___ cuanto _____
10. Número de personas con las que convive: _____

Factores capacitantes

11. Como trabajador está afiliado a una administradora de riesgos profesionales (ARP)?
Si ___ no ___ no sabe ___
12. recibe alguna pensión: si ___ no ___

Necesidad de salud

13. Como cree que es su estado de salud en general: excelente__ muy bueno__ bueno __ regular__ malo__

14. Diagnósticos (diferentes al VIH) _____

15. Hace cuanto fue diagnosticada con VIH _____

16. Recibe tratamiento: si __ no __ por qué?

17. Hace cuanto recibe tratamiento _____

18. Ha observado cambios en el estado de salud en los últimos 6 meses: si __ no __

19. En los últimos 6 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud? sí __ no__

20.Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica? caso Leve__ falta de tiempo __ servicio queda lejos __ transporte muy costoso__ servicio muy costoso__ servicio de mala calidad __ fue pero no lo atendieron __ no confía en médicos __ muchos trámites __ no sabe dónde prestan el servicio__ horarios de consulta no le sirven __ demora en la asignación de citas __ demora en la atención en el sitio __ no sabía que tenía derecho__ otra __ cual

21. Asiste al programa de planificación familiar: si__ no__ por qué? No me gusta planificar__ no me gusta usar condón__ oposición de la pareja__ falta de información__ otra__ cuál?_____

22. usa preservativo (condón)? Sí _____ No _____ por qué?

23. Qué otro método de planificación familiar utiliza? Sí _____ No _____ cuál?

Si tiene entre 18 y 29 años responda las siguientes preguntas, de lo contrario pase a la pregunta 25

24. Asiste al programa control del joven: si__ no__ por qué? No lo conoce__ falta de tiempo__ transporte costoso__ queda muy lejos__ fue pero no la atendieron__ no quiere__ otra__ cuál?_____

25. Usted ha oído hablar de la citología vaginal? Sí _____ No _____
26. alguna vez se ha realizado una citológica vaginal? Sí _____ No _____
27. Con qué frecuencia se hace usted la citología vaginal? más de una vez al año _____
cada año _____ cada tres años _____ se la ha hecho sólo una vez _____
otro _____ (Especifique)
28. reclamo los resultados: si _____ no _____ por qué?

29. Cuál fue el resultado de la última citología vaginal? Normal _____ Anormal _____
No recuerda _____

30. Cuál es la razón principal por la cual no le han hecho una (nueva) citología vaginal?
servicio queda lejos _____ transporte muy costoso _____ servicio muy costoso _____
servicio de mala calidad _____ fue pero no la atendieron _____ no confía en médicos _____
muchos trámites _____ no sabe dónde prestan el servicio _____ horarios de consulta no le
sirven _____ demora en la asignación de citas _____ demora en la atención en el sitio no sabía
que tenía derecho EPS no la ha autorizado _____ no le explicaron que era importante _____
creé que puede esperar _____ miedo/temor _____ pereza/descuido _____ médico no se la ha
ordenado _____ a su edad cree que no es necesario _____ no tiene una vida sexual activa
_____ no se siente enferma _____ otro _____ cuál?

31. Sabe usted qué es el autoexamen de seno? Sí _____ No _____

32. Se ha hecho usted este autoexamen? Sí _____ No _____

33. Con qué frecuencia se realiza usted el autoexamen de seno? cada mes _____ cada seis
meses _____ se lo ha hecho una sola vez _____ otro _____ cuál?

Si tiene más de 50 años responda las siguientes preguntas, de lo contrario pase a la pregunta 38

34. Usted ha oído hablar de la mamografía? Sí _____ No _____

35. alguna vez le han hecho a Usted una mamografía? Si _____ No _____

36. Usted reclamó el resultado de la última mamografía? Sí _____ No _____ por qué?

37. Cuál fue el resultado de la mamografía? Normal ___ anormal___ No recuerda___

Utilización de los servicios

38. Con qué frecuencia asiste a una consulta médica al año? 1-2 veces ___ 3-4 veces ___ más de 4 veces___

39. Cuál ha sido el motivo de consulta al médico? Asistencia a un programa de P y P___ Urgencia___ rutina___

40. Está inscrito a alguno de los programas de Promoción y prevención? Sí___ No___ cuál? _____

41. En los últimos 12 meses se ha realizado el examen de agudeza visual: si ___ no ___ porqué? Falta de tiempo ___ no me lo han ordenado ___ otra ___ cuál? _____

42. En los últimos 6 meses ha asistido a citas odontológicas: si ___ no ___ porqué? _____

43. Durante sus embarazos asistió a las citas de control prenatal? sí ___ no ___ Formula gestacional: G___ P___ C___ A___

ANEXO 3

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres con VIH participantes del estudio. Cartagena, 2019.

INDICADORES	N	%
PROCEDENCIA		
Rural	37	25,2
Urbana	110	74,8
ESTADO CIVIL		
Casada	14	9,5
Divorciada	1	0,7
Separada	7	4,8
Soltera	67	45,6
Unión libre	50	34
Viuda	8	5,4
NIVEL EDUCATIVO		
Analfabeta	9	6,1
Primaria completa	26	17,7
Primaria incompleta	21	14,3
Secundaria completa	26	17,7
Secundaria incompleta	38	25,9
Técnico	20	13,6
Tecnólogo	4	2,7
Universitario	3	2
SEGURIDAD SOCIAL		
Contributivo	13	8,8
Subsidiado	134	91,2
ESTRATO		
1	123	83,7
2	21	14,3
3	3	2
OCUPACION		
Ama de casa	97	66
Desempleada	6	4,1
Empleada	22	15
Estudiante	4	2,7
Independiente	18	12,2
INGRESO PERSONAL		
1 SMLV	20	13,6
2 SMLV	2	1,4
Más de 1 SMLV	2	1,4

Más de 2 SMLV	1	0,7
Menos de 1 SMLV	16	10,9
N/A	106	72,1
AFILIACION ARP		
N/A	106	72,1
No	32	21,8
No sabe	4	2,7
Si	5	3,4
TOTAL	147	100

Tabla 2. Necesidad de salud de mujeres con VIH participantes del estudio. Cartagena, 2019.

INDICADORES	N	%
¿COMO CREE QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL?		
Bueno	65	44,2
Excelente	26	17,7
Muy bueno	33	22,4
Regular	23	15,6
CON QUE FRECUENCIA ASISTE AL MEDICO		
1 a 2 veces	3	2,0
Más de 4 veces	144	98,0
MOTIVO DE CONSULTA		
PyP y rutina	99	67,3
Rutina	48	32,7
DIAGNOSTICO DIFERENTE A VIH		
Asma	1	0,7
DM	7	4,8
Epilepsia	4	2,7
HTA	11	7,5
Migraña	2	1,4
Neuropatía periférica	1	0,7
No	118	80,3

TBC	1	0,7
Tiroide	2	1,4
RECIBE TRATAMIENTO		
No	4	2,7
Si	143	97,3
TOTAL	147	100

Uso de los servicios preventivos en salud en mujeres con VIH participantes del estudio. Cartagena, 2019.

Tabla 3. Servicios de detección temprana

INDICADORES	N	%
ASISTE AL PROGRAMA DEL JOVEN		
N/A	109	74,1
No	38	25,9
RAZON DE NO ASISTENCIA AL PROGRAMA DEL JOVEN		
Falta de tiempo	5	3,4
N/A	109	74,1
No lo conoce	32	21,8
Queda muy lejos	1	,7
HA OÍDO HABLAR DE LA CITOLOGÍA?		
No	1	0,7
Si	146	99,3
SE HA REALIZADO LA CITOLOGÍA?		
No	13	8,8
Si	134	91,2
CON QUE FRECUENCIA SE REALIZA LA CITOLOGÍA?		
Cada 2 años	2	1,5
Cada 3 años	8	6,0
Cada 3 meses	1	0,7
Cada 4 años	1	0,7
Cada 5 años	1	0,7

Cada año	102	76,1
Más de 1 vez al año	16	11,9
Solo una vez	3	2,2

RECLAMO LOS RESULTADOS

No	2	1,5
Si	132	98,5

CUAL FUE EL RESULTADO DE LA CITOLOGÍA?

Anormal	5	3,7
Normal	117	87,3
No recuerda	12	9,0

RAZÓN DE NO USO DE LA CITOLOGÍA

Servicio queda lejos	3	23,1
Miedo/temor	3	23,1
Transporte muy costoso	2	15,4
No me lo han ordenado	2	15,4
Pereza/descuido	1	7,7
A su edad cree que no es necesario	1	7,7
No me gusta	1	7,7

SABE QUE ES EL AUTOEXAMEN DE MAMA?

No	32	21,8
Si	115	78,2

SE HA REALIZADO EL AUTOEXAMEN DE MAMA?

Si	71	48,3
No	76	51,7

CON QUE FRECUENCIA SE REALIZA EL AUTOEXAMEN DE MAMA?

1 vez al año	3	3,9
Cada 2 meses	1	1,3
Cada 3 meses	4	5,3
Cada 6 meses	14	18,4
Cada mes	40	52,6
Cada mes	1	1,3
Solo una vez	10	13,2
Todos los días	3	3,9

HA OÍDO HABLAR DE LA MAMOGRAFÍA?		
No	2	7,1
Si	26	92,9
SE HA REALIZADO LA MAMOGRAFÍA?		
No	11	39,3
Si	17	60,7
CUAL FUE EL RESULTADO DE LA MAMOGRAFÍA?		
Anormal	1	5,8
Normal	16	94,2
SE HA REALIZADO EL EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL		
No	102	69,4
Si	45	30,6
RAZÓN DE NO REALIZACION DE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL		
Descuido	3	2,0
Estoy esperando la cita	1	,7
Falta de dinero	1	,7
Falta de tiempo	11	7,5
N/A	45	30,6
No lo necesito	7	4,8
No me atienden	1	,7
No me lo han ordenado	76	51,7
Se lo acaban de ordenar	1	,7
Transporte muy costoso	1	,7
TOTAL	147	100

Tabla 4. Servicios de protección específica

INDICADORES	N	%
ESTA INSCRITO A UN PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN		
No	48	32,7
Si	99	67,3

ASISTE AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR		
N/A	28	19,0
No	101	68,7
Si	18	12,2
RAZON DE NO ASISTENCIA A PLANIFICACION FAMILIAR		
Apenas me voy a inscribir	1	,7
Estoy baja de peso	2	1,4
Estoy embarazada	1	,7
Falta de información	55	37,4
N/A	46	31,3
No lo necesito	33	22,4
No me gusta planificar	4	2,7
No tiene pareja	4	2,7
Quiero tener un bebe	1	,7
USA PRESERVATIVO		
No	56	38,1
Si	91	61,9
UTILIZA OTRO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR		
No	98	66,7
Si	49	33,3
EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HA ASISTIDO A CITAS ODONTOLÓGICAS?		
No	78	53,1
Si	69	46,9
DURANTE SUS EMBARAZOS ASITIO A CONTROLES PRENATALES		
N/A	9	6,1
No	22	15,0
Si	116	78,9
TOTAL	147	100

Fuente. Datos del estudio. Cartagena, 2018-2019.