



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali

con Acreditación
Institucional
de Alta Calidad
por **8** años

BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA NO REALIZACION DE LA PRUEBA DEL VIH
EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE POPAYAN Y PASTO

AURA MARIA VERA LOPEZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, 1 DE FEBRERO DE 2019

BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA NO REALIZACION DE LA PRUEBA
DEL VIH EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE POPAYAN Y PASTO

Aura María Vera López

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Magíster en
Psicología de la Salud

Paula Andrea Hoyos Hernández

Directora del Trabajo de Grado

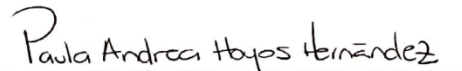
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI, 1 DE FEBRERO DE 2019

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

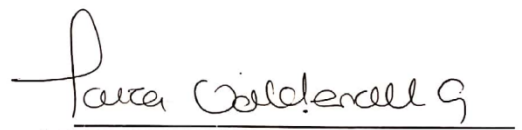
“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Nota de Aceptación

ACEPTADA


PAULA ANDREA HOYOS HERNÁNDEZ
Director Trabajo de Grado


DIEGO EMIRO CORREA SÁNCHEZ
Jurado


LAURA JULIANA VALDERRAMA ORBEGOZO
Jurado

Santiago de Cali, 1 de febrero de 2019

DEDICATORIA

A mi madre Francia Elena López Cujíño por ser mi ejemplo y mi fortaleza y a mi hija, Sara Elena Navarro Vera quien desde su llegada a mi vida ha sido mi mayor orgullo y motivación, la luz de mis ojos y mi felicidad completa.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su infinito amor, por haber permitido este logro en mi vida, a mi madre Francia Elena López Cujíño quien con su apoyo incondicional me ha ayudado a cumplir mis sueños. A mi hija Sara Elena Navarro Vera, que con dulzura alegra mi vida y me motiva a ser cada día un mejor ser humano.

A mis familiares, amigos, compañeros y colegas que han hecho parte de mi historia y de quienes me llevo los mejores aprendizajes.

A mi directora Paula Andrea Hoyos Hernández, por su apoyo, su comprensión y su gestión. A la comunidad académica Pontificia Universidad Javeriana Cali, por su calidez humana y permitirme creer profesionalmente y a todos aquellos docentes, evaluadores, asesores y apoyos externos quienes con colaboración permitieron que el presente trabajo de grado se haya realizado.

A todos gracias y bendiciones.

Aura María Vera López

Tabla de contenido

Introducción.....	1
Método.....	20
Diseño de investigación.....	20
Participantes	20
Instrumentos	21
Tratamiento y Análisis de datos	23
Procedimiento.....	23
Consideraciones éticas	25
Resultados.....	26
Datos sociodemográficos	26
Prueba diagnóstica.....	¡Error! Marcador no definido.
Fuentes de información sobre la existencia de la prueba de detección del VIH. ..	30
Motivos por los que los participantes no se han realizado la prueba.	¡Error!
Marcador no definido.	
Discusión	34
Referencias	45
ANEXOS.....	55

Listado de tablas

Tabla 1. Porcentaje de participantes diferenciados por sexo y datos socio-demográficos.....	32
Tabla 2. Porcentaje de participantes que han tenido relaciones sexuales últimos seis meses, diferenciados por sexo.....	35
Tabla 3. Porcentaje de participantes que no se han realizado la prueba diagnóstica del VIH, diferenciado por sexo.....	36
Tabla 4. Información sobre la existencia de la prueba diagnóstica del VIH, diferenciada por sexo.....	36
Tabla 5. Fuentes de información sobre la prueba diagnóstica del VIH, diferenciadas por sexo.....	38
Tabla 6. Motivos por los que los participantes no se han realizado la prueba diagnóstica del VIH	38

Lista de anexos

Anexo 1. Protocolo de Investigación

Anexo 2. Consentimiento Informado para Padres

Anexo 3. Asentimiento Informado

Anexo 4. Consentimiento Informado para mayores de 18 años

Anexo 5. Cuestionario de información general

Anexo 6. Cuestionario de barreras hacia la Prueba del VIH

Resumen

Objetivo: esta investigación describió las barreras percibidas para la no realización de la prueba voluntaria para el VIH, en adolescentes entre los 15 y 18 años en las ciudades de Popayán y Pasto. Método: estudio cuantitativo con diseño descriptivo transversal, que contó con la participación de 175 estudiantes de dos instituciones educativas municipales de Pasto y Popayán, de los cuales 86 pertenecen a la ciudad de Pasto y 89 a la ciudad de Popayán. El análisis de la información se realizó a través del programa SPSS, versión 23.0, realizando un análisis descriptivo, que tuvo la finalidad de conocer las barreras percibidas para la no realización de la prueba diagnóstica voluntaria del VIH por parte de los estudiantes. Resultados: se encontró que los profesionales de la salud son la principal fuente de información con un 32.6%, seguido se encuentran las instituciones de salud con un 29.7% y el internet que registra un 29.1% de las fuentes de información consultadas. Por otra parte, se encontró que, en lo referente a las barreras asociadas a la no realización de la prueba, un 40.6% asegura que nunca le han ofrecido realizarse la prueba de VIH, otro factor asociado a estas barreras percibidas por los adolescentes es que el 30.3% aseguran no haber tenido relaciones sexuales, otras barreras encontradas son haber tenido relaciones sexuales, pero siempre con condón 29.7% y un 25.1% refiere que piensan que no es posible que tengan VIH, lo cual disminuye la probabilidad de realizarse la prueba. Se encontró también que de la totalidad de los participantes el 29.7% aceptaron haber iniciado su vida sexual y finalmente se registra una cifra relevante en cuanto a la no realización de la prueba con un porcentaje de 93.1% de la totalidad del adolescente, todo esto atendiendo a las barreras percibidas mencionadas anteriormente. Conclusión: el tener conocimiento sobre la prueba diagnóstica del VIH, no determina la realización de la misma, así como el acceso a fuentes de información confiables y el exceso de confianza en sus parejas sexuales, lo cual evidencia la falta de prácticas sexuales de cuidado en los adolescentes. Además de reconocer que en la vivencia de la sexualidad influyen aspectos como la autoestima, el auto-concepto, el desarrollo de una personalidad positiva y el acogimiento de valores y creencias que movilicen el respeto por los derechos sexuales.

Palabras claves: Barreras percibidas, adolescencia, sexualidad, fuentes de información, prueba diagnóstica del VIH.

Introducción

La sexualidades concebida como un elemento fundamental de la personalidad, que se encuentra a lo largo del curso de vida de todo ser humano, desde el día de su nacimiento hasta el día de su muerte y se vivencia de manera diferente en cada sujeto, lo cual depende del ciclo de vida en el que se encuentre (Calero, Rodríguez y Trumbull, 2017).

Si bien cada etapa del desarrollo presenta cambios y desafíos importantes para el ser humano, su familia y la comunidad, la adolescencia ha sido considerada como una etapa comprendida entre la niñez y la adultez, caracterizada por notables cambios a nivel psicológico, social y biológico. Aunque es percibida como una de las etapas de ciclo vital más saludables, también es una de más complejas debido a todos los cambios que surgen en ella. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) describe la adolescencia como un ciclo del desarrollo humano comprendida entre los 10 y los 19 años. Para la presente investigación, se manejará ese mismo rango, puesto que hay diferentes teorías y pronunciamientos respecto a las edades que compromete ese momento de la vida, los cuales se exponen en la presente investigación.

Partiendo de lo anterior y entendiendo que la presente investigación se llevara a cabo con población adolescente, se hace necesario definir el concepto de adolescencia a fin de identificar algunas características específicas de esta etapa del ciclo vital, de tal manera, que facilite una mayor comprensión de la relación entre adolescencia y sexualidad.

Se considera que la adolescencia es una etapa de exploración de nuevos comportamientos sociales y sexuales (Espada Sánchez, Quiles y Méndez Carrillo, 2003). De esta manera, se estima que la vivencia de la sexualidad, toma un escenario supremamente importante, y es lo que algunos autores (García, Fung, Leon & Sanchez, 2011) han llamado como la etapa del despertar sexual, especialmente, por esos cambios que se presentan y porque es aquí en donde la mayoría de las personas comienzan su vida sexual.

Irala et al. (2011), afirman que actualmente los adolescentes comienzan su vida sexual cada vez a menor edad, aunque biológica y psicológicamente aún no estén

preparados, de igual forma refieren que algunas fuentes de información consultadas dificultan que los adolescentes adquieran la información apropiada sobre salud sexual y salud reproductiva. Esto, considerando que solo unos cuantos tienen relaciones sexuales de manera segura y responsable. En aquellos que no, se considera que ello desencadene problemas sociales y de salud pública como embarazos adolescentes, la interrupción del embarazo e infecciones de transmisión sexual entre las que se encuentra el VIH/SIDA.

Reconociendo este panorama, según los reportes de La Semana Andina en el 2017 realizados por El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA Colombia 2014), se reportó que el 17% de las mujeres colombianas entre los 20 y 24 años afirmaron haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años. En relación con el VIH, manifiestan que los adolescentes tienen poca percepción de vulnerabilidad frente al VIH, siendo para muchos el sida la causa probable de muerte (OMS, s. f.). Explican también que, en todo el mundo, la población joven, personas entre los 15 a 24 años, constituyen el 60% del total de jóvenes que viven con VIH, y el 58% del conjunto de nuevas infecciones.

Igualmente, otros actores como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNAIDS, 2011) afirman que, a finales de 2010, había en el mundo aproximadamente 34 millones de personas viviendo con el VIH, evidenciando un incremento de 17% en comparación al año 2001. Aunque los casos por VIH anual siguen siendo altos, se observa una reducción en comparación de los casos reportados a finales de la década de los 90. Esto como resultado del diagnóstico oportuno y del aumento en el acceso al tratamiento antirretroviral, lo que contribuyó a la reducción de muertes como consecuencia del sida.

El descubrimiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que en consecuencia desencadenó la pandemia de sida, marcó un hecho histórico no solo para la humanidad sino para la ciencia y los nuevos retos que esta plantearía. Desde junio de 1981, cuando en Estados Unidos se registraron primeros casos clínicos de infección por VIH en adultos y posteriormente en niños, las investigaciones se centraron en la vía de transmisión a fin de evitar su propagación. De esta manera, esos primeros estudios encontraron que en los

adultos la principal vía de transmisión es sexual y en los niños, es transmitida verticalmente de la madre quien vive con el virus a su hijo (Miranda et al., 2009).

De igual manera, también fue de gran importancia el descubrimiento de otras vías de transmisión del virus a través de productos contaminados como agujas y jeringas. Este descubrimiento, generó el desarrollo de diversas investigaciones, las cuales permitieron avanzar en el conocimiento y la comprensión del VIH, su patogénesis y su epidemiología. Poco tiempo después estos avances lograron crear la prueba diagnóstica serológicas, lo que hasta el día de hoy ha sido un gran aporte a la salud pública (Sarngadharan, Popovic, Bruch, Schupbach y Gallo, 1984).

En la asamblea general de las Naciones Unidas en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA llevada a cabo en el 2011, se observa con gran preocupación que, a pesar del avance significativo en la lucha contra el VIH, esta enfermedad convertida en pandemia sigue siendo una tragedia para la humanidad. Se estima que más de 30 millones de personas han muerto a causa de SIDA y otros 33 millones de personas viven con este virus, así mismo advierten que cada día se producen más de 7.000 infecciones nuevas por VIH, además se cree que menos de la mitad de las personas que viven con el VIH saben de su enfermedad. (ONUSIDA, 2008).

En relación con lo anterior, es importante resaltar que en Colombia existe una Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos dentro de un Marco Jurídico internacional y nacional sustentado en la PNSDSDR 2014-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). En el ámbito internacional se han llegado a acuerdos sobre las continuas transformaciones necesarias a la hora de abordar la experiencia de la sexualidad y la reproducción, también se conocen los progresos en cuanto a los indicadores sobre la salud sexual y la salud reproductiva en Colombia, evidenciando una reducción de la fecundidad general, mayor control en la propagación de algunas infecciones de transmisión sexual, la autonomía en el uso de anticonceptivos, la creación de servicios específicos para adolescentes o y la atención integral del VIH (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

La normatividad internacional establece también unos objetivos dentro de la Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre los cuales se encuentra, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Dentro de los objetivos de Desarrollo de Sostenibles adoptados en Colombia, el país solo pudo cumplir en lo referente a la disminución de la mortalidad infantil. Por el contrario, en cuanto a la mortalidad por VIH, los progresos no lograron la meta propuesta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Aunque en el país las cifras de muerte por VIH han reducido, en los últimos 10 años los casos por contagio se han incrementado, principalmente en las capitales. Se observa también el aumento en la tasa de mortalidad de mujeres con VIH, la cual paso del 17% al 24%.

Otras cifras reveladas en Colombia frente a esta problemática son que la prevalencia de VIH se concentra entre los 15 a 49 años de edad representando el 0,45% para el 2013. En el caso de las gestantes, la prevalencia de VIH es de 0,22%. Se determinó que las edades con mayor prevalencia del virus están en un promedio de edad de entre 20 a 39 años con un 53% casos notificados. Se observa también un cambio notable en cuanto a la notificación de casos con VIH, en relación hombre – mujer, debido a que en la década de los noventa la proporción era de una mujer notificada por cada 10 hombres, actualmente se notifican por una mujer, dos hombres. Sin embargo, el acceso a la aplicación la prueba voluntaria aun es restringido, teniendo como resultado que solo el 11% de las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años se hicieron la prueba (Ministerio De Salud y Protección Social, 2016).

Según el Boletín Epidemiológico VIH/Sida, Colombia publicado en el año 2013 por el ministerio de salud y de la protección en Colombia se analizó el impacto del virus según la edad y el sexo, encontrando que, con relación a la edad, los casos notificados con VIH y Sida se concentran principalmente entre los 15 a 49 años en un 71%, seguido del grupo de 50 y más años con un 8,4% y los de 0 a 14 años con un 2.3%. En relación a la una distribución por sexo, para el periodo comprendido entre 1983-2012, de 74,6% corresponde a hombres y 25,3% para mujeres.

En Colombia entidades como la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia, 2016) generaron sus propios estudios sobre la prevalencia tanto en hombres como en mujeres que se habrían realizado la prueba para el diagnóstico del VIH,

encontrando que para el año 2015 la población entre los 13 a 49 años que se han realizado la prueba de VIH/Sida, con un 50.9% para mujeres y un 30.2% para los hombres. Igualmente, se tiene que mujeres y hombres de estas mismas edades con conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida, manejan un porcentaje de 37.1% mujeres 33.7% hombres, revelando así que, aunque son las mujeres quienes más conocimiento tienen sobre la enfermedad y que de igual manera son quienes más se realizan la prueba diagnóstica, también es la población en quien se ha incrementado el número de casos de nuevos de VIH (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Profamilia, 2015).

Con respecto a la prueba voluntaria para el diagnóstico del VIH, el Decreto 1543 de 1997 del Ministerio de Salud Colombiano, establece que la prueba para VIH puede realizarse únicamente si el paciente manifiesta su aprobación y en casos en que la ley lo solicite. Lo anterior con el propósito de brindar una asesoría apropiada antes y después de la aplicación de la prueba. Así mismo el Ministerio de Salud y de la Protección formuló, en la Resolución 003342 del 22/09/2006, la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes creada en el 2014, como herramienta para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con VIH/sida.

Las investigaciones alrededor de dichas barreras para la realización de la prueba diagnóstica de VIH en adolescentes son pocas, Peralta et al. (2007), realizó un estudio en donde observó algunas barreras e incentivos que llevaron a adolescentes y jóvenes americanos con edades entre los 12 y 24 años a realizarse la prueba de VIH. Ellos encontraron como resultado, una baja vulnerabilidad hacia el VIH y la poca promoción para la realización de esta, según refirieron la mayoría de los participantes. Dicho lo anterior, es de resaltar la importancia de la identificación de estas barreras en la población adolescente y joven a fin de generar la creación de estrategias preventivas orientadas al diagnóstico temprano de VIH (Fernández-Balbuena et al., 2016; Hoyos et al., 2013).

Según el Ministerio de Salud y de la Protección Social en convenio con UNFPA (2014) dentro del contexto colombiano, la toma de la prueba se hace de manera voluntaria, confidencial y gratuita para toda la población. La cual debe estar acompañada por una asesoría previa y posterior, que tiene como objetivo principal brindar información,

orientación y gestionar el acceso a aquellos servicios de salud que requiera la persona teniendo en cuenta sus necesidades e intereses. En este sentido la asesoría previa está enfocada en reconocer los factores de riesgo frente al VIH, se identifican aspectos relacionados con la salud sexual y salud reproductiva, así como las posibles vías de transmisión y se promueve de manera enfática el uso del condón como método de protección hacia la adquisición del virus, finalmente se reconocen la red de apoyo tanto familiar como social.

Otro importante avance en esta área es la generada en el acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: las infecciones de transmisión sexual y VIH/sida (Resolución 3442 de 2006), la cual está dirigida a jóvenes en contextos de vulnerabilidad, a fin de que estos adquieran hábitos saludables y de autocuidado. Con el propósito de lograr este objetivo, se crearon estrategias que tienen un impacto positivo en esta población, que comprende un rango de edad entre los 12 y 26 años para brindar mayor alcance, garantizando la financiación y el cumplimiento de las actividades, procedimientos y atención de enfermedades de interés en salud pública.

Según la Guía de Prevención VIH/Sida del 2011, aunque los jóvenes entre los 15 y 19 años se encuentren en el mismo ciclo vital, es importante señalar que existen algunas diferencias, debido a que atraviesan por procesos diferentes, en las esferas físicas, sexuales y psicológicas. Estas intervienen en la construcción del conocimiento y creencias; e intervienen además aspectos como la ubicación geográfica (rural o urbana), así como el contexto social y la dinámica familiar. Dichas diferencias suponen panoramas distintos en cuanto al acceso de la información, prácticas sexuales, embarazo adolescente y proyecto de vida, incrementando los factores de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexuales y VIH. Teniendo en cuenta la caracterización hecha de la población joven y adolescente, ha de abordarse estos temas desde un enfoque diferencial en el que no solo se reconozcan, sino que dé respuestas a las distintas necesidades desde el contexto en el que se desarrollan (UNFPA Colombia, 2011).

Considerando que la población joven y adolescentes, presenta un incremento en la tasa de nuevos casos de VIH, Castillo et al. (2016) realizaron en la ciudad de Cartagena de Indias Colombia, una investigación sobre conocimientos, actitudes, susceptibilidad y

autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes. Encontrando que esta población presenta carencia de información sobre el virus, quienes además debido al ciclo vital en el que se encuentran tiene una baja percepción del riesgo, incidiendo así en la realización de prácticas negativas que incrementan la posibilidad de nuevos casos de VIH. Por lo que resulta fundamental profundizar en este aspecto, debido a que la cantidad de información que los adolescentes poseen sobre el virus no es un factor determinante para que adopten prácticas de autocuidado y preventivas, sin embargo, si puede ayudar a resolver dudas o creencias erróneas que se tengan.

El anterior estudio concuerda con la investigación realizada en la ciudad de Cali por Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita y Vergara (2009), que contó con la participación de 222 adolescentes y que tuvo como resultado que si bien el conocimiento por sí solo no promueve practicas preventivas, si disminuye la cantidad de creencias erróneas sobre la enfermedad.

Además, según el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano en el 2015, fueron diagnosticados con el virus del VIH 135 mil personas en el año inmediatamente anterior. De los cuales solo el 40% lograron tener un diagnóstico a tiempo y acceder al tratamiento antirretroviral. Durante este informe también se afirmó que los adolescentes y jóvenes que viven con el virus comprenden un rango de edad entre los 15 y 24 años conformando el 22% de todos los casos reportados (Sanabria, Hoyos y Bravo, s.f.).

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015) se obtuvo que aproximadamente el 75% de los ciudadanos colombianos entre los 13 y los 24 años no se han tomado la prueba voluntaria para el diagnóstico del VIH.

De este porcentaje, el 65% conocen los sitios donde realizan la prueba deciden no realizársela, sin embargo, también reportan una cifra importante y es que el 25% de estas personas se han realizado a prueba diagnóstica y un 20% aún desconocen su estado serológico dificultando tener cifras reales de la propagación de la epidemia, así como también dilatando el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral (Sanabria et al., s.f.).

En un estudio llevado a cabo por Salamanca y Romero (2015), sobre el comportamiento ante la transmisión del VIH/sida en adolescentes y jóvenes en universidades privadas de Villavicencio, Meta, Colombia , en el año 2015 y que contó con

la participación de 357 estudiantes entre adolescentes y jóvenes, reveló que en lo referente a la prueba para detectar el VIH, los resultados están directamente relacionados con los servicios de salud: teniendo como factor principal la baja cobertura para la realización de la prueba diagnóstica, que en el último año logro una cobertura de tan solo el (17,4 %); así como en consejería para la prueba antes (13,7 %) y después (11,8 %). Se observó además una relación positiva entre tener algún tipo de conocimiento sobre VIH/sida y la realización de la prueba, lo cual muestra coherencia con otros estudios, que afirman que los adolescentes y jóvenes dejan de lado otros elementos muy importantes que se encuentran dentro los programas de salud sexual y reproductiva, como lo son, la consejería para el uso del condón, el sexo seguro y la consejería para la prueba de VIH (Valencia, 2012).

Otra investigación hace referencia a la situación de los adolescentes y jóvenes con respecto al VIH, es la realizada por Dávila, Tagliaferro, Bullones y Daza (2018) en el departamento del Valle del Cauca de la cual formaron parte 208 estudiantes de secundaria. Ellos encontraron que, a los nuevos casos de contagio de VIH están aumentando en la población menor de 22 años, haciendo del conocimiento de las medidas de prevención y control sobre el VIH/SIDA un factor determinante para disminuir el riesgo de transmisión en esta población. Así mismo se encontró que el inicio de las relaciones sexuales a cada vez menor edad, el número de parejas sexuales, la baja frecuencia en el uso del preservativo y el contexto social, facilitan el incremento del riesgo para la población adolescente de contraer VIH.

En el mismo sentido se encuentran otros factores que influyen sobre las creencias y comportamiento, como lo son los medios de comunicación que juegan un papel fundamental en cuanto a la influencia para generar situaciones de cuidado o de riesgo, sobre todo en la población adolescente debido a que muchos de estos medios se difunden de forma masiva, sin dar tiempo suficiente para cuestionar y validar su contenido, por lo cual en muchas ocasiones no cumplen una función orientadora, sino que por el contrario motivan a esta población a adquirir conductas de riesgo como la ingesta de alcohol, mayor actividad sexual y muy poco va orientado a prevenir riesgos o fomentar practicas saludables (Martínez, 2007).

De igual manera, Martínez (2007) afirma que cuando se habla con adolescentes sobre sus prácticas sexuales, estos manifiestan que han usado el condón como método de protección en una o más ocasiones, pero no de manera constante durante todas sus relaciones, de hecho, admiten que no lo usa la mayoría del tiempo. Justamente, esta falta de percepción del riesgo y vulnerabilidad frente al VIH, abre la puerta para que muchos de ellos se expongan, debido a las fuentes de información a las que acuden para indagar sobre el VIH/Sida.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) plantea que los servicios de asesoría y pruebas de detección del VIH, deben ser priorizados en los programas nacionales de lucha contra el SIDA, esto permitiría brindar mayor cobertura en cuanto a programas para la prevención, orientación y tratamiento de VIH/ SIDA. Teniendo en cuenta que el objetivo de esta organización es garantizar de forma fácil y oportuna la toma de la prueba diagnóstica y el acceso al tratamiento antirretroviral, dentro de los lineamientos establecidos por la OMS, resulta imperante incrementar la oferta de servicios de asesoramiento y pruebas diagnósticas del VIH.

Dicho lo anterior puede afirmarse que los profesionales de la salud, como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, son de vital importancia en la creación de estrategias y programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a los adolescentes. Debido a que están en frecuente contacto con estos temas y tiene la posibilidad de fortalecer el conocimiento y las habilidades que poseen los jóvenes y adolescentes para evitar conductas de riesgo y por el contrario promover actitudes y conductas de autocuidado sostenibles a largo plazo (Uribe y Orcasita 2011).

Así mismo el panorama para América Latina respecto a la epidemia de VIH se ha mantenido estable durante los últimos años, luego de la reducción de nuevos contagios desde 1996; la propagación del virus sigue siendo de aproximadamente 100 mil casos nuevos cada año. Para el año 2010 la distribución de quienes vivían con el virus era de un 36% mujeres y en relación con uno de los grupos más vulnerables, los menores de 15 años, se ha observado una disminución considerable de nuevas infecciones y muertes por VIH/sida entre 2001 y 2010 (UNAIDS, 2011).

En el Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (*MMWR*), publicado por Centro Nacional para el VIH / SIDA (2014). En las mujeres afroamericanas heterosexuales las cifras de contagio del VIH son más altas que en el resto de la población femenina que reside en ese país. Según refieren el principal factor de riesgo de nuevos contagios para estas mujeres el no uso del preservativo durante las relaciones sexuales con hombres. En este informe se afirma además que para el año 2010 las poblaciones afroamericanas comprenden del 12.6% de los habitantes de Estados Unidos (EEUU). Resulta preocupante que, respecto a esta cifra, sean estas mujeres quienes configuran el 45% de la totalidad de casos nuevos de VIH en EE.UU. en este mismo informe también resalta que el 63.5% de nuevos contagios por VIH se concentra en mujeres afroamericanas mayores de 13 años, representando una tasa entre 15 y 3 veces mayor con respecto a las mujeres blancas y latinas residentes en este país. Finalmente, hacen un estimado de la población mujer afro que vive con el virus de VIH y sostienen que de ellas el 15% se infectó por el uso de drogas inyectables y en el 85 % restante la vía de transmisión fue durante las relaciones sexuales heterosexuales.

Cabe resaltar que el impacto de este virus y sus graves consecuencias para la salud pública a nivel mundial, ha sido objeto de numerosos de estudios realizados desde un enfoque interdisciplinario, permitiendo mayor acercamiento y comprensión de este fenómeno, aun cuando falta mucho por hacer en cuanto a la prevención y el diagnóstico temprano por medio de la realización de la prueba, debido al temor generado por el resultado y el estigma social que este supone.

Actualmente, las pruebas para el diagnóstico del VIH han sido ajustadas para su realización en adolescentes y adultos entre los 13 y 64 años de edad, quienes hayan tenido alguna conducta sexual de riesgo, tengan antecedentes médicos de otras enfermedades o infecciones de transmisión sexual, personas quienes usen drogas vía intravenosa, quienes la soliciten de manera voluntaria, entre otros factores que puedan suponer un riesgo de contagio, sin importar el rango de edad. Así mismo se ofrece a las mujeres gestantes a fin de evitar un posible contagio a través de la madre al hijo en caso de que esta viviera con el virus. Uno de los impactos positivos de la toma de la prueba de VIH a personas que no presentan ningún síntoma, es que les brinda tanto la oportunidad de un mayor tiempo de

vida, como la prevención de nuevos contagios por desconocimiento del estado de su salud (Centers for Disease Control and Prevention, 2006).

En la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos del 2014, se establecen modelos para la realización de la Asesoría y Prueba Voluntaria, a través de los enfoques diferencial y de vulnerabilidad, con lo cual se intenta generar herramientas conceptuales básicas a todos aquellos trabajadores de la salud, quienes desde su quehacer cotidiano se ven enfrentados a la realidad de personas contagiadas de VIH y que asisten a los médicos y asistenciales. En ese sentido, la Asesoría y Prueba Voluntaria tiene como meta principal la prevención del VIH y resaltar el rol del profesional de la salud como persona y como garante de derechos del/la consultante (UNFPA, 2014).

En la actualidad el ministerio de la sanidad pública española realiza la prueba de 4^a generación o prueba combinada, mediante extracción de sangre del brazo. Para el diagnóstico de VIH en la gran mayoría de los centros de salud de este país. Dicha prueba radica en la detección, de los anticuerpos del VIH-1 y del VIH-2 así como del antígeno P24 del virus con la misma muestra de sangre obtenida inicialmente (Cruz Roja Española, 2008).

El avance tecnológico y científico han logrado que estos ensayos de cuarta generación detecten antígenos y anticuerpos del VIH, permitiendo a su vez la detección temprana del virus, mediante la combinación de precisión y especificidad, favoreciendo en muchos casos el diagnóstico temprano (Cruz Roja Española, 2008). Teniendo en consideración las diferentes alternativas para el diagnóstico del VIH, es complejo dar razón del porque se sigue presentando el diagnóstico tardío del virus, debido a que esta situación sigue siendo uno de los principales problemas para la prevención de la epidemia y el progreso de quienes viven con el virus. Según Adler, Mounier-Jack y Coker(2009), este panorama facilita la aparición de nuevos casos de contagio, lo que a su vez disminuye los años de vida como consecuencia de la poca efectividad del tratamiento antirretroviral en etapas avanzadas, así como la aparición de las llamadas enfermedades oportunistas, que deterioran aún más la salud del paciente (Dai et al., 2015).

Según un estudio realizado por El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España en 2014, sobre el diagnóstico tardío se encontró que, un 46.6% de los casos positivos por el virus se detectó en esta etapa, en donde el conteo de las células CD4 estaban por debajo de 350. Esto indica que la adquisición del virus se dio durante el ciclo vital de la adolescencia, pero no fue sino hasta la adultez en donde finalmente se realizan la prueba diagnóstica para su detección. Resaltando así la importancia de realizarse la prueba de manera oportuna, ante la práctica de conductas sexuales de riesgo u otros factores que pudieran suponer el contagio de VIH.

En el mismo estudio anterior, se encontró que para el año 2014 las personas menores de 29 años reportaron el 28% de los nuevos diagnósticos por VIH. Uno de los planteamientos que se hacen frente a estas cifras es promocionar la realización de la prueba entre la población que registra un incremento de nuevos casos de contagio. Respecto a estos casos se observa además que durante la adolescencia y juventud el riesgo de contraer VIH es relativamente alto debido a la realización de prácticas sexuales sin el uso del preservativo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2014).

En algunos países como Alemania, Dinamarca, Suecia y Noruega han afrontado este problema de salud pública, apostando a la realización temprana de la prueba, promoviendo la atención primaria de forma gratuita y confidencial, brindando además atención especializada para la prevención y tratamiento de sida de manera anónima, evitando así la discriminación y el estigma social (European Center for Disease Prevention and Control, 2010).

De igual manera, en un informe administrado por el departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos en 2017, se afirma que algunos de los factores determinantes a la hora de generar estrategias de prevención del VIH son el acceso a la realización de las pruebas generalizadas de VIH, el diagnóstico temprano, la adherencia al tratamiento y sobre todo la atención oportuna. Por lo cual los esfuerzos del Gobierno de los Estados Unidos van encaminados no solo a la prevención de esta enfermedad sino también a mejorar las condiciones de salud de aquellas personas que viven con este virus.

En el mismo informe administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en 2017 y respaldado por el Fondo de Iniciativas para el SIDA de las Minorías del Secretario (SIMAIF). Sostienen que para el año 2014, la única manera de lograr identificar uno de cada siete casos de ciudadanos estadounidenses que vivían con el virus del VIH sin saber de su condición fue gracias a la realización de la prueba diagnóstica. Esto impacta de manera positiva en la salud pública de este país, debido a que se disminuye el riesgo de nuevos contagios, así como la muerte prematura en estas personas. Actualmente, como resultado de los avances científicos y tecnológicos se ha logrado crear pruebas diagnósticas que identifica el virus en su primera etapa de contagio lo cual permite una intervención más efectiva cuando la carga viral es más alta y el riesgo de contagio es mayor.

Otro aspecto a tener en cuenta son las barreras de acceso para la realización de la prueba diagnóstica del VIH, las cuales han sido investigadas en personas que presentan un mayor riesgo de contraer el virus. Una de estas barreras es la falta de información acerca de dónde pueden realizarse la prueba, así mismo destaca la baja percepción de riesgo frente al VIH, el temor a un resultado positivo, así como falta de acceso a los servicios de salud. (Deblonde et al., 2010).

El desconocimiento de la enfermedad y de la prueba diagnóstica, así como el exceso de confianza en los compañeros sexuales son algunos de los factores de riesgo asociados a la adquisición del VIH en población joven y adolescente. De igual manera, se reconoce que el estigma social vinculado al VIH aumenta las posibilidades de que los jóvenes con una alta percepción del riesgo generen un número más alto de conductas de evitación hacia la prueba (Decker et al., 2015; Espada, Escribano, Morales, & Origlés, 2017; Fuster et al., 2014).

Según Cobos et al. (2014), en un estudio realizado en Nicaragua, con la participación de 1.812 estudiantes encuestados, sobre los conocimientos como factor de protección frente al VIH, afirman que tener conocimientos o formación sobre el virus no asegura que los adolescentes adopten prácticas de autocuidado a largo plazo; y que por el contrario otros factores más del contexto como la familia, la escuela y los pares, resultan

trascendentales en el aprendizaje de elementos culturales relacionados con la educación sexual.

Resulta de gran importancia entonces, señalar que las fuentes de información consultadas por los adolescentes son determinantes a la hora no solo de crear conocimiento sobre el VIH y la prueba diagnóstica sino también en cuanto a las prácticas preventivas o de riesgo que realizan. Por su parte Uribe et al. (2009), asegura que es imperante crear estrategias dirigidas específicamente a la modificación de conductas, comportamientos en adolescentes, teniendo en cuenta siempre las particularidades propias de esta edad, así como el grado de escolaridad, la identidad de género y la situación socioeconómica. Logrando así un impacto positivo y a largo plazo en la adopción de prácticas de cuidado.

Respecto a la realización de la prueba diagnóstica del VIH, adolescencia y las fuentes de información consultadas, es relevante contextualizar algunos aspectos, sobre la ciudad de Popayán donde se realizó la presente investigación, a fin de lograr relacionar los elementos teóricos planteados con los resultados de esta.

Según reporta la Secretaria de Salud de Popayán para el año 2011 este municipio cuenta con una población adolescente, de 107.834 lo cual conforma el 43.96%, correspondiente a un rango de edades entre los 15 y 44 años. Por lo cual esta entidad desarrolló un Programa de Salud Sexual y Reproductiva, dentro del cual se priorizaron temas como embarazo en adolescentes y la prevención infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, para lo cual fue necesario caracterizar la población entre 10 y 19 años de edad, a fin de dar respuestas a sus dudas y necesidades. Cabe señalar que la presente investigación se realiza de manera articulada al proyecto: “Caracterizar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y los significados sociales y culturales, que tienen adolescentes y jóvenes de instituciones educativas de la ciudad de Cali, Popayán y Pasto sobre el VIH, el Sida y la realización de la prueba diagnóstica”. Atendiendo a las variables de la realización de la prueba para VIH en adolescentes, así como las razones para no realizársela, con una población muestra en las ciudades de Popayán y Pasto logrando conocer los resultados con la diferencia cultural y social de estas ciudades respecto a Cali. Todo esto en continuidad del estudio de Muñoz y Guerra (2018) como trabajo de grado de la Maestría en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, donde se identificó la percepción

de riesgo de contraer VIH que tienen estudiantes entre 15 y 18 años de edad en estas ciudades y quienes identificaron quienes se habían realizado y quiénes no.

Muñoz y Guerra (2018) encontraron en su estudio que el 81% de los adolescentes no tienen percepción de riesgo frente al VIH, sin una diferencia significativa entre hombres y mujeres, más si expresaron preocupaciones por la posibilidad de contraer VIH. Sin embargo, se evidencio también que a pesar de esta preocupación y de contar con conocimientos previos sobre conductas de riesgo y sexualidad, esto no es suficiente para que adopten prácticas sexuales de autocuidado y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Teniendo en cuenta lo referente a la prueba diagnóstica en adolescentes, los casos reportados de VIH, las fuentes de información, es fundamental identificar algunas características de Popayán y Pasto ciudades en la que se realizarán la presente investigación, logrando vincular los aspectos teóricos con los resultados de esta misma. Estas ciudades se encuentran ubicadas en la zona sur de Colombia, un país lleno de historia y multiculturalidad religiosa y geográfica (Sistema Nacional de Información Cultural, 2017). Al ser ciudades intermedias y ubicada al interior del país tienen una gran riqueza en cuanto a las creencias religiosas, las cuales, mediante sus celebraciones anuales, como la semana santa o semana mayor ha sido como patrimonio inmaterial de la humanidad.

La ciudad de Popayán se encuentra ubicada al Suroccidente Colombiano, es la capital del departamento del Cauca, con un total de 277.540 habitantes, ahí convergen dos grandes pueblos indígenas como lo son los resguardos de Guambia y Páez, también entre sus habitantes se encuentran personas de otras regiones de Colombia y de municipios cercanos quienes acuden a esta ciudad tras las secuelas de conflicto armado y el desplazamiento forzado (El Departamento Administrativo Nacional de Estadística[DANE], 2005).

Es necesario resaltar, que, aunque en el departamento del Cauca las cifras de contagio por de VIH es baja, en comparación con otras zonas del país (Instituto Nacional de Salud, 2017), surge la necesidad de llevar a cabo investigaciones que aporten a reducir la brecha del conocimiento que se tiene sobre esta temática en la ciudad Popayán, debido a la

poca información que hay registrada, no necesariamente significa que no haya una prevalencia significativa.

Igualmente, la ciudad de Pasto reporta una población adolescente y joven que se encuentran entre los 12 a 26 años, para un total de 112.386 personas (29.2%). Representando la cuarta parte de la población total de este municipio, siendo esto un número significativo de habitantes, según la distribución por sexo 54.754 son hombres y 57.632 son mujeres. De la totalidad de habitantes viven en la zona urbana el 81% (Dirección Administrativa de Juventud y Fundación Arca de Noé, 2011).

Según esta misma entidad (Dirección Administrativa de Juventud y Fundación Arca de Noé, 2011), entre los años 2007 y 2009, el VIH fue la principal problemática en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes del municipio de San Juan De Pasto. En el 2007 se registraron 16 nuevos casos correspondiente al (42.1%); en el año 2008 hubo 4 nuevos casos equivalente al (41.3%) y en el año 2009 se presentaron 10 nuevos casos en población joven y adolescente entre los 12 y 26 lo cual represento el (21.7%) para un total de 30 nuevos casos de VIH. A fin de dar respuesta a esta problemática de salud pública, para el año 2017 la alcaldía de Pasto dentro del componente de salud sexual presento una serie de acciones orientadas a la atención de infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, las cuales consistieron en la promoción de factores protectores y de prevención de riesgos, disminuir las barreras de acceso para la detección y el tratamiento oportuno, así como el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública. Todo eso articulado a los protocolos y estándares nacionales indicado en la Guía de Atención del VIH/SIDA, Decreto 1543 de 1997 en la cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia adquirida

Teniendo en cuenta los antecedentes descritos sobre la situación de estas ciudades en cuanto al VIH y a la toma de la prueba, específicamente, en continuidad del estudio de Muñoz y Guerra (2018) la presente investigación se centró en trabajar con quienes no se habían realizado la prueba de VIH, y por ello, está orientada a responder la siguiente pregunta: ¿Qué barreras se asocian a la no realización de la prueba voluntaria del VIH en adolescentes escolarizados entre los 15 y 18 años de edad de las ciudades de Popayán y Pasto? Con la cual se pretendió dar respuesta a dicha pregunta por medio del siguiente

objetivo general: Caracterizar la no realización de la prueba voluntaria del VIH por parte de estudiantes entre los 15 y 18 años de la ciudad de Popayán y Pasto Colombia. Este objetivo se cumplió a partir de los siguientes objetivos específicos: a) describir socio demográficamente los estudiantes entre los 15 y 18 años de las ciudades de Popayán y Pasto, Colombia que no se han realizado la prueba voluntaria para el diagnóstico del VIH, b) describir las barreras asociadas a la no realización de la prueba, y c) detallar las fuentes de información sobre el VIH y la prueba diagnóstica que consultan.

Aunque Popayán y Pasto presenta cifras bajas en cuanto a la prevalencia de casos de VIH en relación a Cali, posiblemente por sub-registros, y porque muchos se trasladan a ciudades cercanas como Cali, para hacer los diagnósticos y recibir la atención, es de gran importancia desarrollar investigaciones que aporten al conocimiento de este tema, con el fin de impulsar el desarrollo de proyectos que incentiven la toma de la prueba, logrando el diagnóstico temprano reduciendo las cifras de muertes por sida y posibles nuevos casos. Además, ha de tenerse en cuenta factores culturales y sociales propios de esta región debido a su herencia tradicional, la cual hace que su sistema de creencias sea cerrado y por ende el estigma social y el desconocimiento de la enfermedad generen resistencia hacia la realización de la prueba. Después de revisar la literatura no se encontró un registro riguroso de la toma de muestras en jóvenes o adolescentes en estos municipios, por lo cual se genera un vacío en cuanto a las cifras de las muestras tomadas en adolescentes y los nuevos casos de contagio.

Dicho lo anterior la presente investigación, pretende incentivar estrategias eficaces que aporten información basada en la evidencia la cual permita promover políticas públicas orientadas a la promoción del cuidado y la prevención del VIH. Dando a conocer los resultados obtenidos ante los agentes promotores de salud tales como las Secretarías de Salud Departamental y Municipal, así como en instituciones educativas del municipio.

Según la Secretaría Departamental de Salud (2016) en el caso particular del departamento del Cauca, este registra aproximadamente 600 personas diagnosticadas con el virus del VIH hasta el año 2014. En el transcurso del 2015 se ha reportado 159 casos nuevos, de los cuales el 30% son mujeres, entre ellas 10 gestantes y el restante 70% corresponde a hombre. Igualmente, el reporte hecho por esta entidad territorial asegura que tan solo en la

ciudad de Popayán, capital del departamento, se encuentra el 56% de los casos. Por lo cual se han tomado medidas para disminuir la mortalidad como consecuencia de la adquisición del virus, sin embargo, reconoce una de las principales dificultades para mejorar estos indicadores es la tasa baja del diagnóstico temprano.

Por ende, esta investigación se ubica desde la psicología de la salud, la cual autores como Bloom (1988) consideran que está ligada con el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, permitiendo mayor comprensión de las creencias que motivan o no a los adolescentes a realizarse la prueba. Otra de sus contribuciones es la aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a las problemáticas resultantes del sistema de salud, abarcando no solo el sistema de atención a la salud, sino también otros conceptos como la salud pública, la educación para la salud, la planeación de salud, la legislación sobre la salud y otros componentes de este tipo del sistema total. Identificando y describiendo específicamente, elementos de los conocimientos correctos, ideas erróneas, temores, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida como variables imprescindibles en el diagnóstico temprano y posterior intervención (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2008).

Esta problemática es abordada siguiendo los modelos promotores de la salud, los cuales para la presente la investigación procura describir la realización de la prueba para la detección de VIH en adolescentes., las razones que los llevan o no a hacerlo y las fuentes de información de las que obtienen conocimientos sobre el tema. El Modelo de Creencias en Salud, es uno desde los cuales se puede explicar las conductas en salud y prevención de la enfermedad, sustentado desde sus fundamentos teóricos. A su vez este modelo tiene un enfoque cognitivo/comportamental, por lo cual manifiesta que dichas conductas son el resultado de un conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto construye desde la experiencia (San Pedro y Rosales, 2003).

Finalmente, puede decirse que la psicología de la salud permite abordar de manera integral tanto las conductas sexuales de riesgo o cuidado, como la asesoría y apoyo para quienes se han realizado o desean realizarse la prueba para detección de VIH, contribuyendo al diagnóstico oportuno, otro aspecto importante es el proceso de asesoría pre y post test para la realización de la prueba , el cual debe cumplir a cabalidad con los

estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Formando parte del equipo multidisciplinario necesario para facilitar la realización de la prueba brindando atención integral pertinentes de forma individualizada, teniendo en cuenta las características, sociales, culturales, religiosas y económicas de la población (UNFPA 2014).

Método

Diseño de investigación

Investigación cuantitativa la cual contó con un diseño descriptivo transversal, teniendo en cuenta que se utilizó la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, a fin de establecer patrones de comportamiento, permitiendo cuantificar y entender qué tan generalizado está el problema, implementando una serie de instrumentos como cuestionarios y escalas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). A su vez, tuvo la finalidad de conocer las barreras para la no realización de la prueba diagnóstica voluntaria del VIH por parte de los estudiantes. Este estudio se llevó a cabo en un tiempo y lugar definidos, es decir en una institución educativa de la ciudad de Popayán y Pasto.

Participantes

La población de estudio de esta investigación, estuvo conformada por adolescentes de edades entre 15 y 18 años, todos ellos estudiantes de dos instituciones educativas públicas pertenecientes a las ciudades de Pasto y Popayán respectivamente. La muestra se escogió por conveniencia, se invitó a 200 estudiantes a participar, sin embargo, algunos decidieron no hacerlo. De esta manera, la muestra quedó conformada por 86 de Pasto y 89 de Popayán, consolidando un total de 175 participantes, los datos fueron recogidos durante el mes de agosto del 2017.

Para la selección de la población se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: estudiantes entre 15 y 18 años matriculados en las instituciones educativas escogidas para ambas ciudades y que manifestaron su interés en la participación del estudio, de igual manera se contó con la firma del consentimiento informado del padre y de la madre, y el debido asentimiento informado para el caso de menores de edad, así como también la firma del consentimiento informado para los estudiantes de 18 años. Referente a los criterios de exclusión tomados en cuenta para la selección de esta población, fueron que los estudiantes sean menores de 15 años y mayores de 18 años, y que fuese algún adolescente que la institución o padres de familia consideraran no apto para participar, lo cual no se presentó.

Instrumentos

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de información general para caracterizar datos socio-demográficos como la edad, el sexo, la orientación sexual, el nivel socioeconómico, los ingresos familiares, el año académico, la religión y las personas con las que viven.

Igualmente, se utilizó el cuestionario sobre Barreras hacia la Prueba del VIH, diseñado por Peralta (2007) el cual contiene un listado de 16 barreras clasificado en seis bloques que permitió a los estudiantes señalar las razones por las cuales no se han realizado la prueba diagnóstica del VIH. Este cuestionario fue validado en jóvenes estadounidenses (Peralta, 2007) y españoles (Morales et al., 2016) entre los 14 y los 24 años y cuenta con un alfa de Cronbach de 0.71. En la presente investigación se incluyó, de manera adicional, un listado relacionado con las fuentes de información sobre la prueba el cual consta de 11 ítems y que fue adaptado por Sanabria y Hoyos en el 2017).

A continuación, se presentan las variables analizadas en este estudio.

Tabla 1.

Definiciones conceptuales y operacionales de las variables de investigación.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Ítems
Barreras hacia la Prueba del VIH	Las barreras percibidas, "externas o internas, son obstáculos que impiden que la persona adopte un estilo de vida saludable; las barreras externas son estímulos ambientales e interacciones significativas, mientras que las barreras internas son aspectos físicos y emocionales" (Andrade et al., 2013).	Se tomará el resultado de los 16 ítems que exploran las razones por las cuales los adolescentes no se han realizado la prueba diagnóstica del VIH. (Peralta, 2007).	16 Cuestionario Barreras hacia la prueba del VIH
agentes de sociabilización frente al VIH/SIDA	Fuentes o canales como padres de familia, pares, redes sociales, medios de comunicación masivos, colegio y otros escenarios donde se trasmite información, valores, normas, creencias, pautas y modelos de comportamientos, que intervienen en la vida de las personas (Pallarés, 2014). Fuentes de información sobre el VIH y SIDA y la prueba diagnóstica del VIH Principales redes de apoyo Informativas.	Se tomará el resultado de los 11 ítems del listado adicional adaptado específicamente relacionado con las fuentes de información sobre la prueba del VIH.(Sanabria y Hoyos, 2017)	11 Cuestionario fuentes de información sobre la prueba del VIH.

Tratamiento y Análisis de datos

Para el análisis descriptivo de las variables en este estudio se manejó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 23.0 para Windows. Se utilizó una estadística descriptiva para la caracterización de la muestra y determinar si el comportamiento de los datos responde a la distribución normal de probabilidades. Además, se calcularon y describieron los puntajes para cada una de las dimensiones evaluadas en los cuestionarios. A mismo, para el análisis descriptivo de las variables categóricas correspondientes a barreras hacia la prueba del VIH y fuentes de información sobre la prueba.

Procedimiento

Esta investigación se desarrolló a partir de las siguientes fases: primero, realizar una revisión bibliográfica acerca de los temas de interés, seguido del planteamiento de los objetivos, para lo cual se tuvo en cuenta la elección de una metodología que facilitara su alcance. Posteriormente se determinó la población, la cual fue escogida intencionalmente, la cual se conforma por dos instituciones educativas municipales, una en la ciudad de Popayán y una en la ciudad de Pasto, las cuales se eligieron debido al representativo número de estudiantes que facilitaba tomar la muestra necesaria para ello se realizó una reunión con los rectores de cada institución para exponer los objetivos de la investigación y expresar el interés de desarrollarla con la población de adolescentes perteneciente a ella.

Ya obtenida la autorización para realizar la investigación, se entregó una carta explicando las generalidades y solicitando el espacio para el desarrollo de la misma, el cual fue firmado por la directora de la investigación y del presente trabajo de grado Mg. Paula Andrea Hoyos Hernández. Una vez se obtuvo el permiso de las instituciones se contactó al docente orientador y el área de coordinación académica para exponer el proceso que se llevaría a cabo con este estudio y solicitar la base de datos de estudiantes matriculados que cumplen con el criterio de inclusión. Seguidamente, se pasó salón por salón socializando el objeto de estudio de esta investigación, para que aquellos estudiantes que desearan participar se inscribieran y se les entregara el respectivo consentimiento y asentimiento informado. La recolección de los datos se realizó una vez los padres firmaron el consentimiento y los adolescentes el asentimiento.

Estas dos instituciones públicas fueron escogidas debido a que culturalmente comparten características similares en cuanto a las creencias religiosas, lo que hace que temas como la sexualidad sea un tabú para estos chicos.

Durante la segunda fase, se realizó la validación de los instrumentos, lo cual estuvo a cargo del grupo de investigación del proyecto macro quienes realizaron ajustes en la redacción con el fin de mejorar la comprensión en los estudiantes. Una vez finalizados estos ajustes se realizó la prueba piloto, en población de estudiantes universitarios y de colegio de la ciudad de Cali, a fin de reconocer la comprensión y la percepción que tienen de las preguntas de los instrumentos. Sumado a lo anterior, se realizaron aplicaciones de la prueba en 3 adolescentes (para cada ciudad, Pasto y Popayán) entre 15 a 18 años, con el propósito de conocer el nivel de comprensión de la prueba, finalmente los participantes no manifestaron dificultades en la resolución.

En la tercera fase, se siguió el protocolo establecido por el grupo de investigadores del proyecto macro, “*Barreras hacia la Prueba del VIH*”, para la aplicación de los instrumentos de investigación (ver Anexo 1).

Finalizada la recolección de los datos se inició con la sistematización de estos por medio de la herramienta de lector óptico, permitiendo una organización de los datos para el respectivo análisis en el aplicativo SPSS, con la finalidad de obtener las tablas correspondientes a la categoría descriptiva, llevando a cabo un análisis descriptivo de la misma, por último se realizó la discusión de la investigación teniendo en cuenta los referentes conceptuales y la revisión de antecedentes en un ejercicio de constante confrontación entre los resultados obtenidos y los fundamentos justificados.

Las instituciones educativas que participaron en esta investigación tendrán como retroalimentación sesiones en donde se hará la devolución de los resultados obtenidos. Los cuales se socializarán con los estudiantes, personal docente y cuidadores a fin de orientar hacia un ejercicio de la sexualidad saludable. Esta retroalimentación se llevará a cabo en dos momentos diferentes, un primer momento en el cual se brindará un informe al personal administrativo y docente durante una reunión institucional y un segundo momento en el que se brindará una jornada de información enfocada en salud sexual y reproductiva, que

abracará los siguientes temas: Derechos sexuales y reproductivos, vivencia de la sexualidad y 3. Prevención de ITS – VIH.

Consideraciones éticas

Esta investigación se encuentra enmarcada en la resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud, y en la ley 1090 de 2006 y reglamentada por el Congreso de la Republica de Colombia, las cuales se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y se regula el ejercicio del profesional de la psicología, se dicta el código deontológico, bioético y otras disposiciones, respectivamente. De esta forma, esta investigación cuenta con acciones que aportan al conocimiento de procesos psicológicos de los adolescentes, a la prevención y control de los problemas de salud y al conocimiento de los factores que influyen en el proceso de salud-enfermedad.

La investigación se llevará a cabo considerando los principios éticos y metodológicos para su aplicación, teniendo como prioridad la seguridad de los participantes, por lo cual se considera que es de riesgo mínimo, debido a que no supone procedimientos complejos y que coloquen en riesgo la salud física o mental de los participantes. A su vez, la aplicación de los instrumentos estará a cargo exclusivamente de los profesionales en psicología, quienes pueden responder eventualmente a las dificultades e incomodidades que los instrumentos puedan generar.

La aplicación de los instrumentos solo se llevará a cabo únicamente al obtenerse la autorización de padres y madres para quienes son menores de edad, por medio de la firma del consentimiento informado (ver Anexo 2). Sumado a la firma del asentimiento para menores de edad (ver Anexo 3) y consentimiento informado para mayores de edad (ver Anexo 4).

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la investigación obtenidos de la aplicación de los instrumentos Cuestionario de información general adaptados, utilizando tablas de frecuencia para la descripción de: a. características sociodemográficas en cuanto a las variables: edad, ciudad, estatus socioeconómico, grado, orientación sexual, situación sentimental, tiempo en relación, con quien viven, religión y si es practicante de esta misma; b. Barreras hacia la Prueba del VIH. Este instrumento, diseñado por Peralta (2007), que cuenta originalmente con un listado de 16 barreras clasificado en seis bloques en donde los participantes deben señalar todas las razones por las que no se han realizado la prueba diagnóstica del VIH. Así mismo se presentan las descripciones de las variables: “motivos por los que los participantes no se han realizado la prueba diagnóstica del VIH y Fuentes de información sobre la prueba diagnóstica del VIH”.

Datos sociodemográficos

La muestra final obtenida fue de 175 estudiantes, de los cuales el 50.9% pertenecían a Popayán y el 49.1% a Pasto. Con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años ($M = 16.41$; $DT = 0.976$), que pertenecían a noveno (24.7%), décimo (36.5%) y undécimo (38.8%) grado.

De ellos el 45.7% vivían con ambos padres, el 29.7 % con la madre un 18.9% con otros familiares, 5.1% con el padre y el 0.6% vive solo. El 48.1% pertenecían al estrato 3 y 4, el 27.8% al estrato 1 y 2 y el 24.1% al estrato 5 y 6.

Referente a la relación sentimental, se encontró que el 61.1% no estaban en ninguna relación de pareja estable y el 38.9% tenían una relación. De este porcentaje, el 73.5% afirmó tener una relación sentimental de menor a un año, el 19.1% entre uno y tres años y el 7.4% desde hace más de tres años. Frente a la orientación sexual, el 93.7% aseguraron ser heterosexuales, el 2.3% homosexuales, el 2.3% bisexuales y otra orientación sexual (no se especifica en el cuestionario) el 1.7%. En cuanto al factor religioso un 65.1% dijeron pertenecer a la religión católica, el 20.6% a ninguna religión, el 12.6% a la cristiana y el 1.7% a otras, de esta muestra el 64% aseguraron practicar su religión, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1

Porcentaje de participantes diferenciados por sexo y datos sociodemográficos

	Edad					
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	n	%
15 años	22	20.8	9	16.1	31	19.1
16 años	39	36.8	20	35.7	59	36.4
17 años	29	27.4	17	30.4	46	28.4
18 años	16	15.1	10	17.9	26	16
Total	106	100	56	100	162	100
	Ciudad					
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	N	%
Pasto	51	44.7	35	57.4	86	49.1
Popayán	63	55.3	26	42.6	89	50.9
Total	114	100	61	100	175	100
	Estatus socioeconómico					
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	N	%
Bajo	25	24.3	20	33.9	45	27.8
Medio	51	49.5	27	45.8	78	48.1
Alto	27	26.2	12	20.3	39	24.1
Total	103	100	59	100	162	100
	Grado					
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	N	%	N	%
Noveno	28	25.2	14	23.7	42	24.7
Décimo	40	36	22	37.3	62	36.5
Undécimo	43	38.7	23	39	66	38.8
Total	111	100	59	100	170	100

Orientación sexual

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Heterosexual	108	65.9	56	34.1	164	93.7
Homosexual	3	2.6	1	1.6	4	2.3
Bisexual	3	2.6	1	1.6	4	2.3
Otra	0	0	3	4.9	3	1.7
Total	114	100	61	100	175	100

Situación sentimental

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	69	60.5	38	62.3	107	61.1
En relación	45	39.5	23	37.7	68	38.9
Total	114	100	61	100	175	100

Tiempo en relación

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 año	37	82.2	13	56.5	50	73.5
Entre 1 y 3 años	6	13.3	7	30.4	13	19.1
Más de 3 años	2	4.4	3	13	5	7.4
Total	45	100	23	100	68	100

Viven con

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Solo padre	6	5.3	3	4.9	9	5.1
Solo madre	26	22.8	26	42.6	52	29.7
Ambos padres	59	51.8	21	34.4	80	45.7
Otros familiares	22	19.3	11	18	33	18.9
Solo	1	0.9	0	0	1	0.6
Total	114	100	61	100	175	100

	Religión					
	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Católica	70	61.4	44	72.1	114	65.1
Cristiana	19	16.7	3	4.9	22	12.6
Otras	1	0.9	2	3.3	3	1.7
Ninguna	24	21.1	12	19.7	36	20.6
Total	114	100	61	100	175	100
	Practicante					
	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí	52	57.8	37	75.5	89	64
No	38	42.2	12	24.5	50	36
Total	90	100	49	100	139	100

En cuanto al número de estudiantes adolescentes que manifiesta haber iniciado su vida sexual, se observa un total de 29.7%, siendo los hombres quienes lo aceptan en un porcentaje más alto con un 32.5% que el registrado por las mujeres un 24.6%. Esto posiblemente se encuentra asociado al valor cultural, moral y religioso que se le ha otorgado a la virginidad en las chicas, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2

Porcentaje de participantes que han tenido relaciones sexuales

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
No he tenido relaciones sexuales	34	29.8	19	31.1	53	30.3
He tenido relaciones sexuales, pero siempre he utilizado condón	37	32.5	15	24.6	52	29.7

De la muestra total de participantes en esta investigación, se reporta un alto porcentaje de chicos que por diversas razones no se han realizado la prueba diagnóstica, correspondiente al 93.1% los cuales desconocen su estado actual de salud, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 3

Porcentaje de participantes que no se han realizado la prueba diagnóstica del VIH, diferenciado por sexo

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
No	108	94.7	55	90.2	163	93.1
Total	114	100	61	100	175	100

Acerca del conocimiento sobre la existencia de la prueba de detección del VIH. En su mayoría tanto hombres como mujeres aseguraron sí tener información sobre la existencia de ésta, registrando un 69.3% los hombres y un 68.6% las mujeres, donde la diferencia no es significativa. Lo cual supondría que saber de la existencia de la prueba no es razón suficiente para que esta población acceda a realizársela. Esto se muestra a continuación.

Tabla 4

Información sobre la existencia de la prueba diagnóstica del VIH, diferenciada por sexo

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	79	69.3	41	67.2	120	68.6
No	35	30.7	20	32.8	55	31.4
Total	114	100	61	100	175	100

Uno de los objetivos de la presente investigación es conocer las fuentes de información consultadas por los estudiantes adolescentes sobre la prueba diagnóstica del VIH. En la tabla 5, se observa con preocupación que, aunque los profesionales y las instituciones de salud registran un alto porcentaje con un total de 61.3%, aparecen otras fuentes de información consultadas como el internet y pares, los cuales pueden brindar información confusa o incierta acerca del tema, incrementando factores de riesgos en los chicos. Posiblemente, lo más preocupante de estos resultados es que la familia es una de las fuentes de información menos consultadas con apenas un 17.1%, lo cual expone vacíos en los canales de comunicación familiar y los lazos de confianza padre-madre-hijo no construidos o poco elaborados, siendo la familia el primer entorno de todo ser humano y donde se construyen y transmiten prácticas, valores y saberes que se adoptan a lo largo de la vida. Estos resultados se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 5

Fuentes de información sobre la prueba diagnóstica del VIH, diferenciadas por sexo

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Programas de TV o de radio	25	21.9	9	14.8	34	19.4
Artículos en revistas o periódicos	7	6.1	6	9.8	13	7.4
Publicidad en las calles	2	1.8	4	6.6	6	3.4
Instituciones de salud	30	26.3	22	36.1	52	29.7
Instituciones educativas	30	26.3	16	26.2	46	26.3

Amigos/conocidos	17	14.9	10	16.4	27	15.4
Familia	20	17.5	10	16.4	30	17.1
Internet	37	32.5	14	23	51	29.1
Profesionales de la salud	35	30.7	22	36.1	57	32.6

Referente a los motivos por los que, los participantes no se han realizado la prueba diagnóstica del VIH, diferenciada por sexo, el 40.6% de los chicos y chicas aseguran que nunca le han ofrecido realizarse la prueba diagnóstica, evidenciando un bajo impacto de las campañas y programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a esta población por parte de las entidades correspondientes. Igualmente se encuentra un número significativo de estudiantes que aseguran no haber iniciado su vida sexual (30.3%), lo cual puede estar relacionado a temas de vergüenza y culpa asociado a las características culturales y religiosas de estas ciudades, en donde hablar abiertamente sobre sexualidad es motivo de señalamiento. Como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 6

Motivos por los que los participantes no se han realizado la prueba diagnóstica del VIH, diferenciado por sexo.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
No he tenido relaciones sexuales	34	29.8	19	31.1	53	30.3
He tenido relaciones sexuales, pero siempre he utilizado condón	37	32.5	15	24.6	52	29.7
Pienso que el VIH solo afecta a trabajadores sexuales/homosexuales	2	1.8	0	0	2	1.1

No quiero que mis papás sepan que he tenido relaciones sexuales	5	4.4	8	13.1	13	7.4
Estoy seguro(a) de que mis parejas sexuales no tienen VIH	25	21.9	11	18	36	20.6
Nunca me han ofrecido hacerme la prueba de VIH	47	41.2	24	39.3	71	40.6
Me asustaría tener un resultado positivo de VIH	17	14.9	11	18	28	16
Me preocupa no saber cómo actuar si me detectan VIH	11	9.6	9	14.8	20	11.4
Me preocupa morirme si me diagnostican VIH	6	5.3	4	6.6	10	5.7
No quiero que nadie sepa si tengo VIH	8	7	4	6.6	12	6.9
Me da miedo que me saquen sangre	5	4.4	6	9.8	11	6.3
Tengo que pagar por hacerme la prueba	3	2.6	3	4.9	6	3.4
No quiero esperar a recibir los resultados	3	2.6	1	1.6	4	2.3
Pienso que no es posible que tenga VIH	28	24.6	16	26.2	44	25.1
No sé qué beneficios tiene hacerme la prueba VIH	7	6.1	1	1.6	8	4.6
Hay cosas más importantes que hacerme la prueba de VIH	0	0	0	0	0	0
Tengo VIH y considero innecesario realizármela	0	0	0	0	0	0
Confío en las parejas sexuales que he tenido	24	21.1	12	19.7	36	20.6

Discusión

El objetivo general de esta investigación fue caracterizar la no realización de la prueba voluntaria del VIH por parte de estudiantes entre los 15 y 18 años de la ciudad de Popayán y Pasto, Colombia. Se presenta a continuación la discusión de los resultados obtenidos mediante los instrumentos Cuestionario de información general para caracterizar datos sociodemográficos y el Cuestionario de Barreras hacia la Prueba del VIH, diseñado por Peralta (2007) y el cuestionario de agentes de sociabilización frente al VIH/SIDA (Pallarés, 2014).

Estos instrumentos fueron aplicados a fin de dar respuesta a los objetivos de la presente investigación tiene como objetivo general: Caracterizar la no realización de la prueba voluntaria del VIH por parte de estudiantes entre los 15 y 18 años de la ciudad de Popayán y Pasto Colombia y como objetivos específicos: a) describir socio demográficamente los estudiantes entre los 15 y 18 años de las ciudades de Popayán y Pasto, Colombia que no se han realizado la prueba voluntaria para el diagnóstico del VIH, b) describir las barreras asociadas a la no realización de la prueba, y c) detallar las fuentes de información sobre el VIH y la prueba diagnóstica que consultan.

Si bien la sexualidad en la población adolescente se desarrolla con unas características particulares permeadas por la cultura en conjunto con el factor biológico, los cambios en la conducta se viven de manera individual en cada persona (Enríquez y Ramírez, 2010). Teniendo en cuenta que los participantes de la presente investigación pertenecen a las ciudades de Popayán y Pasto, distribuido en proporciones similares, cabe señalar que estos municipios presentan algunas similitudes en cuanto a su ubicación geográfica al suroccidente colombiano, cuentan con una población menor a los 600.000 habitantes. Además de ello, históricamente comparten algunas creencias religiosas, que influyen en su comportamiento (El País, 2014). Este aspecto es importante debido a que en el presente trabajo se encontró un 75% de todos los participantes manifiestan tener una creencia religiosa, lo cual influye en la comprensión, el desarrollo y la vivencia de la sexualidad.

Los resultados encontrados frente a las características socio demográficas estuvo conformada por 175 estudiantes, entre los 15 y 18 años de edad quienes se encuentran en el ciclo vital de la adolescencia, que según la (OMS, 2017) es aquel periodo en el que se experimenta crecimiento y desarrollo humano y que se ubica antes de la etapa de la niñez y antes de la adultez, se dan cambios biopsicosociales importantísimos en las personas que pueden incrementar conductas de riesgo y mayor vulnerabilidad (Rojas et al., 2016). Como esta etapa se reconoce de despertar sexual, es clave todo el acompañamiento que se les pueda brindar a los adolescentes y, de hecho, ellos están ávidos de información lo cual se confirma en el presente estudio.

Los estudiantes participantes, hacen parte de instituciones públicas de una región de Colombia, que, por razones religiosas y socioculturales, es frecuente que se hable poco del tema de sexualidad, al considerar tabú y, por ende, algo que no se habla o que debe ocultarse. De esta manera, en el presente estudio, de los 175 chicos encuestados, el 30.3% reportaron haber no iniciado su vida sexual. Estos datos encontrados, versus lo que la Semana Andina, del 2017 (UNFPA Colombia 2017), indica que es probable que ellos si hayan comenzado exploración o prácticas sexuales, pero sintieron vergüenza o miedo a decirlo en la presente investigación, lo cual, es una limitante que puedo estar presente, pese a que se intentó manejar a través de la confidencialidad en el instrumento, por la firma del consentimiento y la empatía que se intentó desarrollar al momento de la aplicación.

Por otra parte, se encontró que, respecto al segundo objetivo de esta investigación referente a las barreras asociadas a la no realización de la prueba, un 40.6% asegura que nunca le han ofrecido realizarse la prueba de VIH, otro factor asociado a estas barreras percibidas por los adolescentes es que el 30.3% aseguran no haber tenido relaciones sexuales, otras barreras encontradas son haber tenido relaciones sexuales, pero siempre con condón 29.7% y un 25.1% refiere que piensan que no es posible que tengan VIH. En secuencia a lo anterior, se encontró también que de la totalidad de los participantes el 29.7% aceptaron haber iniciado su vida sexual y finalmente, se registra una cifra relevante en cuento a la no realización de la prueba con un porcentaje de 93.1% de la totalidad de los participantes. Esto nos muestra que si bien, ellos refieren hacer uso de un método de barrera, como es el condón, que, si protege en gran medida de la posibilidad de adquirir el

VIH, es importante profundizar sobre el uso correcto de este, además de las razones en las que se soportan para no considerar que sea posible que lo tengan. Es muy frecuente que las personas, en especial, los jóvenes, tengan ideas incorrectas sobre el VIH, quién es vulnerable a tenerlo o no, además de la frecuente baja percepción de riesgo asociada a estas edades.

Como lo evidencia una investigación realizada por Vinaccia et al. (2007), en Medellín Colombia, la cual se llevó a cabo con un grupo de adolescentes, teniendo como resultado que la percepción de riesgo de adquirir VIH es baja, debido a que en una escala de 0 a 100 la media fue de 38,8.

Al abordar estos resultados es posible inferir que los adolescentes no cuentan con los suficientes conocimientos sobre el VIH y la prueba diagnóstica, que le permitan construir pautas de autocuidado, en donde otorguen la importancia que tiene la realización de la prueba una vez hayan iniciado su vida sexual. Además, cabe mencionar que, si bien un alto porcentaje afirma que siempre ha usado el condón durante la relación sexual, en muchos casos no conocen la manera correcta de su uso, no conocen la fecha de vencimiento, así como la forma adecuada de almacenamiento, lo cual puede exponer el condón a un daño y en el momento de usarlo no cumple a cabalidad con su función de proteger (Muñoz y Guerra 2018).

En cuanto al tercer objetivo de detallar las fuentes de información sobre el VIH y la prueba diagnóstica que consultan los adolescentes, se encontró que, sobre la prueba diagnóstica del VIH, que los profesionales de la salud son la principal fuente con un 32.6%, seguido se encuentran las instituciones de salud con un 29.7%. Lo anterior supone que los padres de familia no son la principal fuente de información de los adolescentes en temas referentes a la sexualidad, el VIH y la prueba voluntaria, esto se traduce además en falta de comunicación y de confianza, lo cual puede estar relacionado también el tema de la vergüenza debido a la tradición religiosa de estas ciudades. De igual manera, esta falta de información por parte de los padres de familia, puede ser causada también por la falta de conocimiento en el tema, por tanto, no hay una trasmisión de saberes sobre el mismo. En Colombia, y más en estas regiones del país, no es usual que se toque el tema de la sexualidad, dado que se considera que es un tema tabú.

Así mismo el porcentaje de 29.1% que registra el internet como fuente de información sobre esta temática, resulta preocupante debido a que, en este sitio, si bien hay alguna información con bases científicas, hay otra incontable información que no es fiable y que no tiene ningún tipo de filtro y puede llegar a incidir de manera desfavorable en la construcción de sexualidad y de mitos sobre el VIH y la prueba diagnóstica en los adolescentes.

Profundizando sobre posibles aspectos que influyeron en los resultados anteriores, vale la pena resaltar que la familia es una de las fuentes de información menos consultados por los participantes, pese a que es con quienes comparten gran parte de su día, es además el contexto familiar en donde se crea y trasmite información que el niño integrara en su vida de manera paulatina, moderando su comportamiento y conductas. Surge la inquietud sobre qué esta pasando al interior de estas familias, en donde hablar sobre un tema fundamental en toda persona como la vivencia de la sexualidad resulta censurado, dejando vacíos que pueden ser llenados por otras fuentes de información poco fiables y que no dan cuenta de una vivencia saludable de la sexualidad, Pasto y Popayán se caracterizan nacional e internacionalmente por sus celebraciones religiosas, lo que puede influir en la forma comprender y abordar este tema.

La doble moral, el pecado, la vergüenza y la culpa son factores que influyen en los padres y adolescentes a la hora de hablar sobre la sexualidad, tendría que pensarse entonces como investigador una estrategia que permita permear estas barreras, respetando claro está los diferentes credos que ahí confluyen, fortaleciendo los canales de comunicación, promoviendo la asertividad y los lazos de confianza familiares construidos a fin de asumir la sexualidad como algo natural y positivo en la vida de toda persona, permitiendo que los chicos acudan a su familia como primer referente ante cual duda, aun cuando no hayan iniciado su vida sexual.

De igual manera, queda el interrogante del impacto y el alcance real tanto de las instituciones prestadoras de servicios de salud como de las instituciones educativas sobre el tema de la sexualidad en jóvenes y adolescentes, pareciera ser que la falencia no esta directamente relacionada con la falta de información sino con la confianza por parte de los chicos hacia estas entidades, debido a que no están recurriendo a ellas ni apropiándose de

los contenidos e información brindada. Muchos jóvenes y adolescentes aun cuando acceden a toda la información disponible acerca de la prueba diagnóstica del VIH, no sienten la necesidad de realizársela, como tampoco de saber sobre su estado actual de salud.

Teniendo en cuenta estos resultados, mejorar esta situación implicaría una ardua labor de las entidades prestadoras de los servicios de salud por difundir y hacer llegar información confiable a esta población. Además de brindar acompañamiento para la inclusión en programas como servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), el cual busca generar espacios de atención integral a quienes están entre los 10 y 29 de edad, brindando además un enfoque diferencial a fin de garantizar en esta población los derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Por los resultados obtenidos, es evidente que no se está abordando el tema en los colegios y que los jóvenes y sus familias no tienen conocimiento sobre los servicios a los que tienen derecho.

Frente a este panorama, se hace necesario el fortalecimiento conceptual de autocuidado de los adolescentes, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como también en las familias, la comunidad, las instituciones de salud y las instituciones educativas, debido que es en este contexto donde los adolescentes permanecen gran parte de su día, además es donde se generan relaciones interpersonales que a su vez comparte saberes, información y conductas asociadas a la sexualidad. Aquí se resalta, que es clave que quienes lideren esos procesos sean los agentes educadores principales llamados a ello, es decir, la familia, y en caso de que ellos y las instituciones educativas no cuenten con programas integrales centrados en competencias, los adolescentes no tendrán las herramientas para tomar decisiones, y buscarán dicha información a través de las redes sociales o el internet, en donde se acceden a todo un mar de información, mucha de ella no científica y que en una alta probabilidad no está ajustada a su momento del ciclo vital.

Debe tenerse en cuenta que en otras investigaciones realizadas (Palma y Nantua, 2012). Se ha encontrado que los jóvenes y adolescentes tienen una baja percepción de riesgo frente al VIH, por lo cual difícilmente adoptan prácticas de autocuidado, aunque en esta investigación no se aborda el tema de percepción de riesgo, se hace necesario mencionarlo debido a que esto hace vulnerable a esta población, no solo por la falta o el

tipo de conocimiento que tienen, sino también por el exceso de confianza en sus parejas sexuales, muchos de estos adolescentes manifiestan que sus parejas se ven saludables y por esos no creen que puedan tener VIH. De igual forma, el sentirse saludables ellos mismos no lo ven como una cualidad propia de su edad, sino como un factor protector frente al virus.

Se hace fundamental insistir en el acompañamiento por parte de los padres de familia frente al tema de la sexualidad, debido a que son el primer entorno del niño al nacer y en donde se fomentan e interiorizan una serie de valores y conocimientos que en su mayoría se harán presentes a lo largo de la vida. Por tanto, es en ese primer entorno en donde debe haber espacios de confianza y escucha, en donde las personas puedan adquirir esos valores, pero también los conocimientos necesarios sobre su cuerpo, su sexualidad y sus derechos, todo esto acuerdo al ciclo vital en el que se encuentren. Lo anterior anclado a lo expuesto por Morales et al. (2016), en donde se manifiesta que los programas de educación sexual y reproductiva juegan un papel fundamental desde la primera infancia a fin de aportar a la calidad de vida y el bienestar de los adolescentes, disminuyendo no solo el embarazo en esta población, sino también educando nuevos casos de contagio de ITS y el VIH, todo esto anclado a las políticas públicas establecidas según el país; lo cual tiene como propósito facilitar la inclusión, atención y el acceso oportuno a los programas de salud sexual y salud reproductiva.

Debido a que se manejan unos tabúes y se tiende a confundir los conceptos de sexualidad y genitalidad por lo cual se hace vergonzante abordar el tema, así mismo desde la religión esto suele estar asociado la amenaza, la culpa y el pecado, motivo por el cual desde el hogar se tiende a evitar hablar de ello, entre otras, porque consideran que hablar abiertamente del tema con sus hijos, es conceder el permiso para que inicien su vida sexual, sin dimensionar las consecuencias que ello puede tener. Es justamente en esta etapa de la vida donde las personas se muestran más curiosas frente al tema y buscaran información de otras fuentes sean o no fiables (Barrera y Vargas, 2002; Gil, Rodríguez y Oliva, 2007).

Lo anterior se articula con la investigación llevada a cabo por Uribe et al. (2009), en la que se encontró que el hecho de que los adolescentes tengan algún grado de conocimiento sobre la sexualidad y las prácticas de riesgo no garantiza que adopten

comportamientos de autocuidado que permitan prevenir o disminuir las problemáticas asociadas a la sexualidad. Por lo cual los programas de educación sexual se deben brindar con bases sólidas acerca de la sexualidad humana en sus respectivos ciclos vitales, promoviendo actitudes encaminadas hacia la prevención de prácticas sexuales de riesgo, así como el reconociendo de su sexualidad y el autocuidado, teniendo en cuenta el contexto de los adolescentes permitiendo además la posibilidad de crear sus propias prácticas de autocuidado (Ospina et al., 2013).

Para Martínez y Pereira (2014) las conductas de cuidado en cuanto a sexualidad, históricamente han estado atravesadas por costumbres y creencias sobre el proceso reproductivo. Sin embargo, la interiorización de cuidado debe trascender a la autoestima, autoconocimiento y contribuir así a la creación del proyecto de vida. En la presente investigación, se considera que esto es clave debido las cifras que se tienen en la actualidad, sin mencionar el sub registro de nuevos casos, Se estima entonces que en el mundo 33 millones de personas viven con este virus, gran parte de esta población es adolescentes y adultos jóvenes, impactando su vida de manera negativa, se ven afectadas las distintas esferas de su desarrollo como ser humano, la expectativa de vida se reduce y en la mayoría de los casos su calidad de vida también. Todo ello debido en parte a la falta de acceso a los servicios de salud, así como la no realización de la prueba voluntaria para el diagnóstico oportuno y a la carencia de prácticas de auto-cuidado. Estos elementos son esenciales de trabajar desde muy temprana edad en las personas, y allí cumple un rol activo la familia y los otros agentes educadores, como las instituciones educativas, en donde pasan varias horas del día de los niños y adolescentes, además de las instituciones de salud.

Todos los agentes educadores están llamados a formar parte de una red de apoyo interinstitucional que facilite a los adolescentes acceder no solo al conocimiento confiable sobre el tema del VIH y la prueba diagnóstica, sino también a generar valores, saberes, confianza y expectativas de vida que muevan en ellos la necesidad de cuidarse y cuidar al otro. Trabajando así desde la promoción del autocuidado y la prevención de la enfermedad. Queda además la labor de educarse y actualizarse sobre el tema para poder brindar mejor acompañamiento a estos procesos.

El acompañamiento psicológico entonces, resulta fundamental a la hora de promover la realización voluntaria de la prueba, así como el pre y pos asesoramiento de la

misma. En la actualidad se entiende que los problemas asociados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se relacionan con la iniciación de la vida sexual a cada vez menor edad, la falta de factores protectores y la baja percepción del riesgo. Evidenciando la necesidad de crear programas de salud con los que los adolescentes se sientan identificados y deseen participar de ellos, atendiendo a sus necesidades, especialmente con la conducta sexual y reproductiva como lo afirman Rodríguez y Álvarez, (2006).

Anclado a esto se evidencia que es indispensable la autoevaluación por parte de aquellos adolescentes que han iniciado su vida sexual, muchos de ellos no reconocen la conducta de riesgo que llevan a cabo lo cual aumenta su vulnerabilidad y propone una responsabilidad grande tanto a trabajadores del área de la salud, como a docentes y sobre todo familiares. Hacer visible los riesgos a los que se exponen y sus consecuencias puede prevenir de manera efectiva la propagación del VIH, abarcando de manera integral la prevención de esta enfermedad, la intervención deberá estar dirigida a dar respuesta a las necesidades tanto de los individuos como de las comunidades, implementando enfoques múltiples de prevención en articulación con otros profesionales para que sean efectivos (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2015).

Habiendo presentado y analizados los hallazgos de esta investigación, se concluye que el tener conocimiento sobre la prueba diagnóstica del VIH, no determina la realización de la misma, así como el acceso a fuentes de información confiables y el exceso de confianza en sus parejas sexuales, lo cual expone la falta de prácticas sexuales de cuidado en los adolescentes. Se considera que es un reto trabajar educación para la salud, y más para la salud sexual de las poblaciones, cuando lo que se observa que no hay una relación significativa entre el conocimiento y la práctica. Debido a que como se evidencia en la presente investigación, los adolescentes tienen alguna información al respecto, pero no sienten tener las razones suficientes para realizarse la prueba y no consideran que sea algo que deba hacerse. Ello puede deberse a la cultura de la cual hacen parte, el miedo a ser señalados por hacerse la prueba, a que sus padres se den cuenta o que realmente sienten que no cumplen esos criterios que ellos perciben o creen que los hacen aptos para hacérsela. Este tema debe profundizarse en otros estudios a nivel cualitativo y cuantitativamente, para

poder reconocer las experiencias de los jóvenes, desde sus casos, experiencias cotidianas y reales.

Los datos llevan a reconocer que en la vivencia de la sexualidad influyen aspectos como la autoestima, la autoeficacia, el auto-concepto, el desarrollo de una personalidad positiva y el acogimiento de valores y creencias que movilicen el respeto por los derechos sexuales. De esta manera, es clave que se trabaje en el desarrollo de habilidades que les permita hacerse cargo de su salud y de todo aquello que les permita fortalecerla, y generarles bienestar y calidad de vida. Esto es fundamental y mejor en edades tempranas, porque como lo indicó (Ospina, Gómez y Carrillo, 2013), la salud de esos años de vida, es central para las trayectorias de vida de más adelante de su curso de vida y para la salud de las futuras generaciones.

Las limitaciones presentes en esta investigación fueron, que debido a sus características culturales y religiosas los adolescentes manifiestan miedo y vergüenza cuando se abarcan temas como la sexualidad, lo cual pudo influir en el momento de contestar los cuestionarios. De igual forma, se encontró poca comunicación con sus padres acerca de este tema, generando así la fácil influencia de otras fuentes de información en la toma de decisiones. Por lo cual se recomienda que futuras investigaciones tengan como objetivo integrar a los padres de familia y a la comunidad educativa en procesos generadores de confianza y fluidez de la comunicación sobre las creencias, pensamientos y sentimientos asociados a la baja realización de la prueba diagnóstica del VIH.

Igualmente, se recomienda en la realización de próximas investigaciones abordar esta temática desde el método cualitativo, implementando entrevistas que permitan profundizar en esas barreras percibidas hacia la prueba, así como las prácticas de autocuidado que podrían funcionar de manera más eficaz en esta etapa del ciclo vital. Esto evitaría nuevos casos de contagio y permitiría además que quienes descubran que viven con el virus puedan acceder al tratamiento médico y farmacológico necesarios, para el mejoramiento de su calidad de vida.

Se recomienda a las entidades de salud pública de Popayán y Pasto llevar a cabo programas dirigidos a la comunidad educativa teniendo en cuenta el contexto cultural de

sus pobladores, dichos programas deben brindar un acompañamiento constante a los procesos que se hagan en las instituciones educativas, a fin de generar conocimientos validos sobre la sexualidad en adolescentes y jóvenes, facilitando la creación de hábitos de protección y cuidado. Por medio de conceptos claves como la autonomía, el amor propio y la toma de decisiones.

La recomendación a los padres de familia, va orientada a la participación activa y el acompañamiento al proceso de desarrollo y crecimiento personal de sus hijos, creando un vínculo cercano con la institución educativa. Además de promover en sus hogares espacios de confianza y dialogo, en los cuales puedan brindar a sus hijos saberes sobre una vida sexual saludable, para lo cual debe haber compromiso por parte de los padres de familia a informarse sobre el tema trascendiendo el miedo y la vergüenza.

Hacia las instituciones, como Colegios, Secretarias de Salud y Alcaldías Municipales la recomendación propuesta está encaminada a jornadas interinstitucionales donde se cuente con la presencia de entidades no solo de educación sino también de salud que puedan contribuir a la construcción de conocimientos sobre la sexualidad y la adquisición de hábitos de cuidado y de factores protectores, en estas jornadas en fundamental la asistencia no solo de los estudiantes sino también de los padres de familia y de la comunidad educativa en general, a fin lograr ser multiplicadores de esta información. Es igualmente importante gestionar en alianza con las secretarias de salud municipales jornadas de salud en donde se realice de manera gratuita la realización de la prueba voluntaria para el diagnóstico del VIH.

Entiendo que esta investigación se realizó dentro de instituciones educativas es valioso dar a conocer a la comunidad educativa las rutas de atención en caso de que se presente esta situación, desde Min Salud se maneja la guía para el manejo de VIH/SIDA Basada en la evidencia Colombia, la cual resulta fundamental para que los docentes y padres de familia, puedan aclarar dudas y conceptos brindando el manejo adecuado acudiendo a los servicios de salud velando por la integridad del joven o adolescente.

En relación a ello y como se mencionó anteriormente el periodo de la adolescencia supone cambios en la sexualidad, los cuales deben ser entendidos desde el ámbito social, debido a que es el contexto en participan más activamente, compartiendo con sus

compañeros, pareja y amigos, quienes pueden influir positiva o negativamente en la construcción de su autonomía. Alrededor de ellos se construyen valores, creencias, prácticas y verdades fortalecidas por el vínculo, formado durante años de socialización (Orcasita, et al., 2010). Es aquí donde padres de familia, docentes, psicólogos y toda la red de educadores debe intervenir y aprovechar los espacios que los mismos chicos generan para compartir información que sea valiosa para ellos en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos, así como también respecto a la prueba voluntaria, su importancia y las repercusiones que podría tener no realizársela.

Finalmente, se les recomienda a los adolescentes consultar fuentes de información confiables donde puedan adquirir conocimientos seguros sobre sexualidad, fuentes como servicios amigables de salud, orientadores y psicólogos de sus instituciones educativas, profesionales de la salud, EPS y centros de salud. Todo esto con el propósito de que logren experimentar de forma segura y responsable su sexualidad, igualmente se enfatiza en la importancia de realizarse la prueba diagnóstica del VIH a fin de identificar infecciones de manera temprana, brindando el respectivo acompañamiento médico y psicológico, así como disminuirlas cifras de nuevos contagios.

Referencias

- Administrativo Nacional de Estadística-DANE. (2005). *Boletín Censo General Popayán-Cauca*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/cauca/popayan.pdf>
- Alcaldía de Pasto. (2017). *Salud Sexual*. Recuperado de http://www.saludpasto.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=67
- Alvarado, J. (2012). Universidad Anáhuac. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 15, núm. 2, pp. 75-92. Recuperado de: iuribe@ucol.mx, isaac_uribe@hotmail.com
- Belza, J., Figueroa, C., Rosales, E., Ruiz, M., Vallejo, F., y De la Fuente, L. (2014). *Low Knowledge and Anecdotal Use of Unauthorized Online HIV Self-Test Kits among Attendees at a Street-Based HIV Rapid Testing Programme in Spain*. *International Journal of Infectious Diseases*, 25, 196–200.
- Bloom, B. L. (1988). *Health Psychology: A psychosocial perspective*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>
- Calero, E., Rodríguez S., & Trumbull, A. (2017). *Abordaje de la sexualidad en la adolescencia*. *Humanidades Médicas*, 17(3), 577-592. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000300010&lng=es&tlng=es.

- Castillo, J., Yepes P., Caballero, M. y Arrieta K. (2017). *Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes de Cartagena, Colombia. Rev Univ. Salud, 19(1):26- 36.* Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.66>
- Centro Nacional para el VIH / SIDA, (2014). *La hepatitis viral, las enfermedades de transmisión sexual y la prevención de la TB, CDCSister Love, Inc., Atlanta, Georgia.* Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6301a4.htm>
- Cobos, D., López, J., Morón, M., y Reyes M. (2014). *Actitudes, conocimientos y prácticas de riesgo ante el Virus de la Inmunodeficiencia Humana entre la población universitaria de Chontales (Nicaragua) Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 23, 173-197* Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social Sevilla, España. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1350/135029519009.pdf>
- Cruz Roja Española. (2008). *Informe General sobre Tipos de Pruebas para la detección del VIH.* Recuperado de <http://www.cruzroja.es/vih/Prueba-deteccion-VIH.html>
- Dávila E., Antonieta Z., Tagliaferro, X., Bullones., y Damelis, D. (2008). *Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/sida. Revista de salud pública Volumen 10(5):716-722.* Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a04.pdf>
- Deblonde J ., De Koker P., Hamers FF ., Fontaine J ., Luchters S ., Temmerman M .(2010). *Obstáculos para la prueba del VIH en Europa: una revisión sistemática.* Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20123683>

Declaración política sobre el VIH y el SIDA: *intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA sesión plenaria 10 de junio de 2011*. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_es.pdf

Decker, M. R., Rodney, R., Chung, S., Jennings, J. M., Ellen, J. M., & Sherman, S. G. (2015). *HIV Testing among Youth in a High-Risk City: Prevalence, Predictors, and Gender Differences*. *AIDS Care*, 27(5), 555–560. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25495522>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística y Comité Directivo Nacional ICER. (2006). *Informe de Coyuntura Económica Regional Departamento del Cauca*. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/icer/2006/an06/cauca_icer_an06.pdf

Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU. *Administrado por el Fondo de Iniciativas para el SIDA de las Minorías del Secretario (SMAIF) 2017*. Recuperado de <https://www.hiv.gov/federal-response/federal-activities-agencies/hiv-prevention-activities>

Dirección Administrativa de Juventud y Fundación Arca de Noé. *Aproximación A La Realidad De La Adolescencia Y Juventud Del Municipio De Pasto Desde El Enfoque Poblacional* (2010). Recuperado de file:///C:/Users/LUIISK/Downloads/diagnostico_juventud_marzo_2011.pdf

Domínguez J., Morales F., y Landeros M. (1999). *La psicología de la salud en el plan de estudio de la medicina: razones del cambio*. *Educación Médica Superior*, 13(1), 19-

27. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411999000100003&lng=es&tlng=es.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia, (2015). *Boletín informativo*.

Recuperado de <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2016/12/Presentaci%C3%B3n-ENDS-2015-DICIEMBRE-12-DE-2016..pdf>

Espada J, Méndez, Carrillo. (2003). *Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia Papeles del Psicólogo*, vol. 24, núm. 85 pp. 29-36. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808504>

Estrategia Regional de UNFPA para América Latina y el Caribe para la Prevención y el Abordaje de la Violencia Sexual contra las Mujeres 2011 – 2013. Recuperado de: https://oig.cepal.org/sites/default/files/estrategia_unfpa_violencia.pdf

Fernández S., Hoyos J., Rosales., Statkus E., Nardone A., Vallejo F., Ruiz M., et al. (2016). *Low HIV testing uptake following diagnosis of a sexually transmitted infection in Spain: Implications for the implementation of efficient strategies to reduce the undiagnosed HIV epidemic. AIDS Care*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592016000300135#B30

García M., Fung P., Mitsuky., Leon P., Hanny I., (2011). *Comportamiento sexual de las adolescentes que acuden al aborto voluntario* *MediSur*, vol. 9, núm. 5, pp. 38-41

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba2011. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/pdf/1800/180022344010.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas.

(2008). *Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH – Región de Américas*. Documentos Técnicos. Políticas.

THS/EV recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/. Pdf

Nara P., Robey G., Gondat M., Carter S., y Fischinger P. (1987). *Immunology*

absence of cytotoxic antibody to human immunodeficiency virus-infected cells in humans and its induction in animals after infection or immunization with purified envelope glycoprotein proc. natl. acad. sci. USA vol. 84, pp.

3797-3801. Recuperado de

<https://pdfs.semanticscholar.org/0eed/a72952bc48413cb1396d7825173d8fab4993.pdf>

Irala J, Osorio A, Silva C., Ruiz M, López C. (2011). *Mean Age of First Sex: Do They*

Know What We Mean Archives of Sexual Behavior 40(5):17-30. Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-011-9779-4>

Instituto Nacional de Salud. Informe De Evento VIH sida, Colombia (2017). *Proceso*

Vigilancia y Análisis del Riesgo En Salud Pública. Recuperado de:

[https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf)

[SIDA%202017.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf)

Martínez, M. (2007). *Adolescentes y VIH/sida. Universitas, Revista de ciencias sociales y humanas, num.6, pp.73-106.* Universidad politécnica salesiana Cuenca, Ecuador
 Departamento recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476150825004>

Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA (2008). *Guía práctica basada en la evidencia adolescente y joven.* Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Infecciones de Transmisión Sexual ITS y VIH/SIDA.* Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/infecciones-trasmision-sexual/>

Ministerio de Salud y Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA *Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes con 13 años o más de edad) y adultos.* (2014). Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc%20%E2%80%93guia-completa-sifilis.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Boletín epidemiológico, situación del VIH/Sida Colombia (2013).* Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/boletin%20epidemiologico%20vih%201983-2012.pdf>

Ministerio De Salud y de la protección social. Resolución número 8430 de 1993 (Octubre 4). *Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.*

Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Miranda O., & Nápoles M. (2009). *Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. Revista Cubana de Medicina Militar, 38(3-4)*

Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es.

Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. *Guía para el manejo de*

VIH/SIDA basada en la evidencia. Colombia. Bogotá, 2005. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922006000400010

Muñoz J., y Guerra M. (2018). *Prácticas sexuales y percepción de riesgo frente al VIH en estudiantes entre los 15 y 18 años de edad.* Recuperado de

<http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/9/discover?query=pr%c3%81cticas+sexuales+y+percepci%c3%93n+de+riesgo+frente+al+vih+en+estudiantes+entre+los+15+y+18+a%c3%91os+de+edad&submit=>

ONUSIDA. (2008). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

Información básica Sobre VIH/SIDA. Recuperado de

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Panamericana de la Salud (2008). “*Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH – “Región de Américas”*”.

Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/ Acceso_al_diagnostico/1_Diagnostico_en_ITS_VIH_Sida/b.Proceso_diagnostico/Guia%20de%20Laboratorio%20para%20prueba%20de%20VIH.pdf

Pallarés, M. (2014). *Medios de Comunicación: Espacio para el Ocio o Agentes de*

Socialización Pedagogía Social. Revista Universitaria, 23, 231,252. Recuperado de

<http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/10504>en la Adolescencia.

Peralta L., Deeds G., Hipszer, S. y Ghalib, K. (2007). *Barriers and facilitators to*

adolescent HIV testing. AIDS Patient Care and STDs, 21, 400-408. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592016000300135#B30

Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre El VIH/Sida. *Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 21 de noviembre de 2011*. Recuperado de

http://www.unaids.org/es/resources/documents/2011/20111121_jc2216_worldaidsday_report_2011

- Salamanca E., Romero E. (2017). *Comportamiento ante la transmisión del VIH/sida en adolescentes y jóvenes en universidades privadas de Villavicencio (Meta, Colombia)*. *Investig Enferm Imagen Desarr.*; 19(2):53-67. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.ctva>
- Sanabria, J.P., Hoyos, P. A. y Bravo, F. (2019). Factores psicosociales asociados a la realización de la prueba diagnóstica del VIH en estudiantes universitarios colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, en prensa.
- San Pedro, E., y Rosales, J. (2003). El modelo de creencias de salud: *Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa.I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud*. *International journal of psychology and psychological therapy*, 3(1), 91-109. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Neff S.,Goldschmidt R. (2011). *Centers for Disease Control and Prevention 2006 Human Immunodeficiency Virus Testing Recommendations and State Testing Laws*. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1029046>
- Sarngadharan MG, Popovic M, Bruch L, Schupbach J, Gallo R. (2004). *Antibodies reactive with human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) in the serum of patients with AIDS*. *Science* 1984; 224: 506-8. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200001
- Sistema Nacional de Información Cultural SINIC, 2007. *Oficina Asesora de Planeación*. Recuperado de: <http://www.mincultura.gov.co/ministerio/oficinas-y->

grupos/oficina%20asesora%20de%20planeacion/sistema%20nacional%20de%20informacion%20cultural%20-%20SINIC/Paginas/default.aspx

Uribe A., Orcasita L. (2011) *Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud*. 271-284, Artículo de investigación. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35821>

Uribe A., Valderrama L., Sanabria A., Orcasita L., Vergara T., (2009). *Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y auto-eficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos*. Pensamiento Psicológico, vol. 5, núm. 12, pp. 29-43 Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/801/80111899003.pdf>

Vinaccia, S., Gil, M., Soto, A., Quiceno, J., Ballester, R., y Gaviria, A. (2007). *Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/Sida en Adolescentes Colombianos*. *Terapia Psicológica*, 25(1), 39-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525103>

ANEXOS

ANEXO 1: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Durante la ejecución y la aplicación del proyecto de investigación titulado: “*Conocimientos, actitudes, prácticas y significados socioculturales asociados al VIH/SIDA y la prueba diagnóstica del VIH en adolescentes de Cali*”, se emplearán una serie instrumentos (cuestionarios y escalas) y técnicas de recolección (grupos de discusión) como insumos que permitirán recolectar la información cuantitativa y cualitativa del estudio. En este punto, cabe resaltar que todos los participantes del proyecto, adolescentes entre los 14 y 19 años de edad, deberán encontrarse inscritos en alguna de las instituciones educativas que aceptaron participar en la investigación.

La aplicación de los cuestionarios contará con la presencia de dos o más personas (investigador/a, joven investigador/a, monitor/a o voluntario), con previa firma del consentimiento informado por parte de los representantes legales y el asentimiento informado de los participantes menores de 18 años. El diligenciamiento de la batería de los instrumentos tendrá una duración aproximada entre los 30 y 45 minutos. Los espacios de aplicación podrán ser aulas de clase, auditorios o algún otro lugar que cuente con sillas y mesas. En cuanto a los grupos de discusión, estarán conformados entre 5 y 7 estudiantes (hombres o mujeres) que hayan participado previamente en la aplicación de los instrumentos y que hayan diligenciado por completo el consentimiento y el asentimiento informado.

A continuación, se describen los procedimientos que se deben realizar durante la fase de recolección de datos del componente cuantitativo (cuestionarios, lista de recursos y estrategias de campo) y del componente cualitativo (grupos de discusión, lista de recursos y estrategias de campo).

COMPONENTE CUANTITATIVO

Procedimiento

1. Preparación para la aplicación de los instrumentos:
 - a. Informar o acordar con la institución educativa el día y hora de la aplicación. Estimar el número de personas que van a asistir y sus roles. Solicitar un espacio (salón, auditorio, u otro) para la aplicación. Se recomienda llegar entre 20 y 30 minutos antes de la hora acordada para alistar materiales, llamar a los alumnos o esperar a que los directivos puedan ayudarlos.
 - b. Corroborar que el consentimiento informado esté diligenciado por el representante legal, y que concuerde con el nombre de la lista de estudiantes (recomendación, realizar una lista de los representantes legales que dieron su consentimiento junto con los nombres de los estudiantes y solicitar una firma del participante donde confirme el nombre de su representante legal –ver tabla 1).

Tabla 1

Nombres y apellidos de los representantes legales	Nombres y apellidos participante	Firma participante

- c. Empacar en los sobres los cuestionarios y los asentimientos, y confirmar que cada sobre contenga ambos documentos por técnica del azar; es decir, tomar cuatro o cinco sobres de distinta ubicación del paquete completo y revisarlos nuevamente.
- d. Durante la aplicación, realizar la presentación del equipo y la investigación, realizar en conjunto una lectura-resumen del consentimiento informado, responder con ellos/as las primeras tres o cuatro preguntas por si llega a surgir alguna duda, avisar el tiempo de duración (30 a 45

minutos) y escribir en el tablero -si hay- los nombres para que los puedan identificar y las condiciones del cuestionario (individual, confidencialidad, duración, entre otros). Al finalizar la parte de la presentación, preguntar si entendieron y qué entendieron (tomar dos o tres participantes para que respondan) o si tienen dudas frente al asentimiento o los instrumentos. Recordar realizar registro fotográfico de los participantes y equipo en el diligenciamiento del cuestionario.

- e. Al terminar la aplicación, agradecer a los participantes y al personal del colegio que ayudo para llevar a cabo la aplicación (profesores, coordinadores, rectores).

2. Lista de recursos (profesionales, técnicos y físicos):

- a. Profesionales: investigadores, joven investigador, monitores o voluntarios.
- b. Técnicos: instrumentos, lapiceros, lista de estudiantes, cámara o celular para registro fotográfico, consentimientos o asentimientos en blanco, marcadores borrables, borrador.
- c. Físicos: espacio como un salón, auditorio o algún espacio donde tengan sillas o mesas.

3. Estrategias en campo:

- a. Reconocimiento y agradecimiento antes y después de la aplicación a los participantes. Ejemplo: *“Chicos y chicas (o estudiantes) agradecemos su participación en la investigación, es un aporte muy valioso para nosotros. Recuerden responder con total sinceridad, aquí no hay preguntas buenas o malas, válidas o inválidas, solo queremos saber lo que ustedes conocen del tema (mencionar el objetivo de la investigación de forma general y el aporte social de los resultados)”*.
- b. Observación del lenguaje corporal. Ejemplo: participantes que miren a los lados, que se queden en una misma parte del cuestionario, que se demoren para no asistir alguna clase. Se recomienda que, cuando suceda

algo así, acercarse y preguntar si tiene alguna duda o necesita algo. También, dado que el tema sigue siendo tabú para algunas personas, se recomienda que las mujeres investigadoras colaboren con la aclaración de dudas a las mujeres participantes e, igualmente, los hombres investigadores con los hombres participantes.

- c. Comunicación: referirse al acudiente, al cuidador o la pareja, puesto que hay estudiantes que pueden convivir con familiares y no con sus padres; o que se reconozcan con alguna orientación sexual o identidad de género diversa. Utilizar el tuteo, porque permite generar cercanía y confianza con ellos. Recordar utilizar un lenguaje no técnico, referirse a términos que ellos utilicen de manera respetuosa, y usar el sentido del humor para disminuir tensiones. El tono de la voz, a veces subirlo o bajarlo –no llegar al punto de gritar o hablar para sí mismo-, esto con el fin de que haya una mayor duración de la atención por parte de los participantes.
- d. Participante difícil, aquel que tiende a molestar, hacer comentarios burlescos o que no quiere hacer nada. Se recomienda darle un rol durante la aplicación, por ejemplo: que se encargue del orden, de la entrega de sobres y lapiceros, tomarlo como ejemplo para alguna explicación que se vaya a dar sin poner en riesgo su integridad.
- e. Tener en cuenta sus habilidades de creatividad, resolución de conflictos, adaptabilidad por si la institución no cuenta con algún espacio disponible, hay alguna actividad programada o alguna situación emergente que se presente.

4. Recomendaciones para el uso del lector óptico en los instrumentos:

- a. Se recomienda no usar ganchos ni clips en el instrumento, pues estos elementos pueden interferir en el procesamiento de información que se realizará en el escáner. Por tanto, los cuestionarios que presenten hojas parcial o totalmente deterioradas, no se escanearán.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Sr(a). Acudiente, un cordial saludo

Paula Andrea Hoyos Hernández, Linda Teresa Orcasita, Fabián Bravo Reyes, Paola Tascon, Juan Pablo Sanabria, del Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida, y Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, lo estamos invitando a participar de una investigación para caracterizar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y los significados sociales y culturales, que tienen adolescentes y jóvenes de instituciones educativas de la ciudad de Cali sobre el VIH, el Sida y la realización de la prueba diagnóstica.

Como parte de la investigación macro se va a extrapolar la investigación antes nombrada a la ciudad de Popayán y Pasto con el trabajo de grado denominado *“Barreras percibidas para la no realización de la Prueba Del VIH en estudiantes adolescentes de Popayán y Pasto”* desarrollado por la co-investigadora Aura María Vera López, estudiante de la maestría en psicología de la salud, vinculada al Grupos de Investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana (Seccional Cali).

Esta investigación permitirá que se generen actividades para los adolescentes y jóvenes con el fin de promocionar en ellos hábitos de vida saludables y el ejercicio de una sexualidad sana, segura y responsable, no solo para la prevención de embarazos a temprana edad sino también para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

La participación en la investigación consiste en que al firmar el presente documento su hijo o hija podrá hacer parte de la investigación, sin embargo, él o ella también podrán decidir si hacer o no parte de este. Su hija o hijo tiene derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto implique inconvenientes y no afectará de ninguna manera su permanencia en la Institución educativa a la que hace parte. La investigación no representa riesgos para la salud. Tampoco representará beneficios económicos (es decir, no recibirán dinero por la participación) ni costo alguno.

En esta investigación se esperan que participen cerca de 100 adolescentes quienes responderán tres cuestionarios con aproximadamente 100 preguntas que indagan sobre los conocimientos, las actitudes, las prácticas y los significados sociales y culturales, que tienen adolescentes y jóvenes sobre el VIH, el Sida y la realización de la prueba diagnóstica. Adicionalmente, si desean participar, se realizará un grupo de discusión con una duración aproximada de una hora, en el cual se realizará una conversación con algunos de los compañeros de su hija-hijo (no más de 12 personas) sobre los temas relacionados con el presente estudio. Si desean participar en el grupo de discusión, deberán indicar en la pregunta al terminar este consentimiento con una equis (X) en Sí.

Todas las preguntas respetaran la integridad y confidencialidad de su hijo o hija sobre lo que es su vivencia. Puede tener la seguridad de que la información que se suministre su hijo o hija no será relacionada en ningún momento con el nombre u otro dato personal de identificación. LOS CUESTIONARIOS, LAS BASES DE DATOS Y NOTAS DE CAMPO que se realicen, serán registrados con códigos de identificación que serán asignados en el momento de la recolección de los datos.

A toda la información sólo podrán acceder los investigadores del estudio, y en caso de publicación de los resultados (ya sea en el documento o en revistas científicas u otras formas de publicación y presentación), en ningún caso sus nombres y ni los de sus hijos o hijas aparecerán. La identificación que se registre será el código asignado.

En relación a lo anterior, de acuerdo con los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 15 y 16 de la resolución No. 008430 de 1993 que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque la presente investigación no implica riesgo alguno, a continuación se presenta una serie de informaciones que usted deberá tener en cuenta para firmar el presente consentimiento informado:

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación y la de su hijo o hija firme el siguiente Consentimiento Informado. Si ACEPTA, por favor COMPLETE la siguiente información

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para que mi hijo/a participe de la actividad. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para la aplicación de tres cuestionarios de mi hijo/a.

Yo, _____, identificado con CC _____ y padre de _____ del grado _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por la Pontifica Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, AUTORIZAMOS la participación de nuestro hijo(a) en esta investigación.

Firma del Acudiente _____ CC _____

Número de contacto: _____

Yo, _____, identificado con CC _____ y madre de _____ del grado _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por la Pontifica Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, AUTORIZAMOS la participación de nuestro hijo(a) en esta investigación.

Firma del Acudiente _____ CC _____

Número de contacto: _____

FIRMA**Paula Andrea Hoyos Hernández****Investigadora****Principal****Departamento de Ciencias Sociales | Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales****Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali - Colombia****Calle 18 N.º 118-250 Cali, Colombia****Tel.: (+57-2) 3218200 Ext.: 8585****paulahoyos@javerianacali.edu.co**

ANEXO 3: ASENTIMIENTO INFORMADO

La Pontificia Universidad Javeriana Cali a través de los Grupos de Investigación, Salud y Calidad de Vida; y Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad, en acuerdo con la institución educativa a la que te encuentras vinculado, está realizando la investigación: “caracterizar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y los significados sociales y culturales, que tienen adolescentes y jóvenes de instituciones educativas de la ciudad de Cali, Popayán y Pasto sobre el VIH”.

Antes de decidir si participas o no, debes conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, lo cual se conoce como asentimiento informado. Siéntate con total tranquilidad y libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que te permita aclarar las dudas que surjan de esta actividad académica.

Para la recolección de información deberás responder tres cuestionarios, aproximadamente 100 preguntas, la información que tú nos des es CONFIDENCIAL, por lo cual NO se usará tu nombre, y no se reportarán los datos individuales a la Institución. La información obtenida se usará ÚNICAMENTE con fines de investigación, donde la información recolectada será tratada bajo unos códigos asignados y pseudónimos. La DECISIÓN de participar o no en el estudio es PERSONAL y VOLUNTARIA, y te puedes retirar en cualquier momento. La participación requirió del CONSENTIMIENTO de tu ACUDIENTE.

En relación con lo anterior, los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 15 y 16 de la resolución No. 008430 de 1993 que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque la presente investigación no implica riesgo alguno, a continuación se presenta una serie de informaciones que deberás tener en cuenta para firmar el presente asentimiento informado:

ACLARACIONES SOBRE LA PARTICIPACIÓN

- Tu decisión de participar en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia para ti, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decides retirarte del proyecto, puedes hacerlo en el momento que lo desees, agradeciendo que nos informes las razones, pero con plena seguridad que serán respetadas.
- No tendrás que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirás pago por tu participación.
- En el transcurso del estudio tú podrás solicitar información actualizada sobre él mismo.
- La información obtenida en este proyecto, utilizada para la identificación de cada individuo, se mantendrá en estricta confidencialidad, identificándote sólo cuando los resultados lo requieran y sea autorizado por ti.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para la participación de la actividad. En tal sentido, la firma del asentimiento informado, implica autorización para la aplicación de un cuestionario.

Yo, _____, identificado con TI _____ y del grado _____, declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Firma del/la adolescente _____ Teléfono principal:
 _____ TI: _____

Paula Andrea Hoyos Hernández

Investigadora

Principal

Departamento de Ciencias Sociales | Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali - Colombia
 Calle 18 N.º 118-250 Cali, Colombia

Tel.: (+57-2) 3218200 Ext.: 8585
paulahoyos@javerianacali.edu.co

—
¿Desearías participar en grupos de discusión diseñados para adolescentes, en los que se conversarán estos temas con mayor profundidad?

SI _____ NO _____

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE 18 AÑOS

Sr(a). Estudiante

Paula Andrea Hoyos Hernández, Linda Teresa Orcasita, Fabián Bravo Reyes, Paola Tascon, Juan Pablo Sanabria, del Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida, y Bienestar, Trabajo, Cultura y Sociedad de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, lo estamos invitando a participar de una investigación para caracterizar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y los significados sociales y culturales, que tienen adolescentes y jóvenes de instituciones educativas de la ciudad de Cali sobre el VIH, el Sida y la realización de la prueba diagnóstica.

Como parte de la investigación macro se va a extrapolar la investigación antes nombrada a la ciudad de Popayán y pasto con el trabajo de grado denominado *“Barreras percibidas para la no realización de la prueba del VIH en estudiantes adolescentes de Popayán y pasto”* desarrollado por la co-investigadora Aura María Vera López, estudiante de la maestría en psicología de la salud, vinculada al Grupos de Investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana (Seccional Cali).

Esta investigación permitirá que se generen actividades para los adolescentes y jóvenes con el fin de promocionar en ellos hábitos de vida saludables y el ejercicio de una sexualidad sana, segura y responsable, no solo para la prevención de embarazos a temprana edad sino también para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

La participación en la investigación consiste en que al firmar el presente documento usted podrá hacer parte de la investigación, sin embargo, él o ella también podrán decidir si hacer o no parte de este. Usted tiene derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto implique inconvenientes y no afectará de ninguna manera su permanencia en la Institución educativa a la que hace parte. La investigación no representa riesgos para la salud. Tampoco representará beneficios económicos (es decir, no recibirán dinero por la participación) ni costo alguno.

En esta investigación se esperan que participen cerca de 100 adolescentes quienes responderán tres cuestionarios con aproximadamente 100 preguntas que indagan sobre los conocimientos, las actitudes, las prácticas y los significados sociales y culturales, que tienen adolescentes y jóvenes sobre el VIH, el Sida y la realización de la prueba diagnóstica. Adicionalmente, si desea participar, se realizará un grupo de discusión con una duración aproximada de una hora, en el cual se realizará una conversación con algunos de sus compañeros (no más de 12 personas) sobre los temas relacionados con el presente estudio. Si desean participar en el grupo de discusión, deberán indicar en la pregunta al terminar este consentimiento con una equis (X) en Sí.

Todas las preguntas respetaran la integridad y confidencialidad sobre lo que es su vivencia. Puede tener la seguridad de que la información que se suministre no será relacionada en ningún momento con el nombre u otro dato personal de identificación. LOS CUESTIONARIOS, LAS BASES DE DATOS Y NOTAS DE CAMPO que se realicen, serán registrados con códigos de identificación que serán asignados en el momento de la recolección de los datos.

A toda la información sólo podrán acceder los investigadores del estudio, y en caso de publicación de los resultados (ya sea en el documento o en revistas científicas u otras formas de publicación y presentación), en ningún caso sus nombres aparecerán. La identificación que se registre será el código asignado.

En relación a lo anterior, de acuerdo con los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 15 y 16 de la resolución No. 008430 de 1993 que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque la presente investigación no implica riesgo alguno, a continuación se presenta una serie de informaciones que usted deberá tener en cuenta para firmar el presente consentimiento informado:

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación firme el siguiente Consentimiento Informado. Si ACEPTA, por favor COMPLETE la siguiente información

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para que mi hijo/a participe de la actividad. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para la aplicación a usted de tres cuestionarios

Yo, _____, identificado con CC _____ y del grado _____, declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por la Pontifica Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, AUTORIZO mi participación en esta investigación.

Firma del/la adolescente _____ Teléfono principal:
_____ CC: _____

FIRMA

Paula Andrea Hoyos Hernández

Investigadora

Principal

Departamento de Ciencias Sociales | Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali - Colombia

Calle 18 N.º 118-250 Cali, Colombia

Tel.: (+57-2) 3218200 Ext.: 8585

paulahoyos@javerianacali.edu.co

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE INFORMACION GENERAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI

CUESTIONARIOS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ASOCIADAS AL VIH/SIDA

(Formato colegios)

En este momento se está realizando una investigación que tiene como objetivo conocer lo que piensan los jóvenes sobre diferentes temas. **TU PARTICIPACIÓN** es **MUY IMPORTANTE** para nosotros. Este cuestionario no es un examen, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas. Tus respuestas son **ANÓNIMAS**. Por favor, lee atentamente las instrucciones. Encontrarás a continuación y responde con **SINCERIDAD**. No escribas tu nombre en ninguna parte. Recuerda llenar **COMPLETAMENTE** el círculo correspondiente. Para cambiar una marca, señálala con una X y llena la nueva opción, como en el siguiente ejemplo:

NO

Estrato (según tu recibo público): 1 2 3 4 5 6	
Sexo: Hombre Mujer	Género: Femenino Masculino
Intersexo	Otro _____
Edad: 12 13 14 15	16 17 18
Ciudad: Cali	Popayán Pasto
Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Otra _____	
Colegio: Privado	Público
Curso: 6 7 8 9 10 11	
Situación sentimental:	Soltero/a En una relación
Otra _____	
Si respondiste que estás en una relación, ¿desde hace cuánto tiempo?	

0 a 6 meses 6 a 12 meses 12 a 24 meses 24 a 36 meses Más 36 meses						
¿Con quién vives?:	Padre	Madre	Ambos padres	Familiares	Amigos	Solo
	Otros _____					
¿Cuál es tu religión?:	Católica	Musulmana	Evangélica	Cristiana	Protestante	Judía
	Ninguna	Otra _____				
¿Eres practicante de tu religión?:	Sí	No	No aplica			

ANEXO 6. CUESTIONARIO DE BARRERAS HACIA LA PRUEBA DEL VIH

1. INSTRUMENTO PRUEBA DIAGNÓSTICA VIH/SIDA (Sanabria y Hoyos, 2017)

1. Durante los últimos 6 meses, ¿has recibido información sobre <u>PREVENCIÓN DEL VIH</u>?		Sí No
2.SI RESPONDES <u>SÍ</u> A LA <u>PREGUNTA ANTERIOR</u>, por favor, marca de la siguiente lista cuál fue la(s) fuente(s) de la información. Puedes marcar <u>VARIAS</u> opciones.		
1. Programas de TV o de radio 2. Artículos en revistas o periódicos 3. Publicidad en las calles 4. Instituciones de salud 5. <u>TU</u> universidad 6. Instituciones educativas	7. Amigos/conocidos 8. Familia 9. Internet 10. Profesionales de la salud 11. _____ _____	Otra
3. ¿Sabes si existe una prueba diagnóstica para <u>DETECTAR EL VIH</u>?		Sí No
4.SI RESPONDISTE <u>SÍ</u> A LA <u>PREGUNTA ANTERIOR</u>, por favor, marca de la siguiente lista cuál fue la(s) fuente(s) de la información. Puedes marcar <u>VARIAS</u> opciones.		
1. Programas de TV o de radio 2. Artículos en revistas o periódicos 3. Publicidad en las calles 4. Instituciones de salud 5. TU universidad 6. Instituciones educativas	7. Amigos/conocidos 8. Familia 9. Internet 10. Profesionales de la salud 11. _____ _____	Otra

5. ¿Alguna vez te has realizado la prueba para DETECTAR EL VIH ? Sí No	
SI RESPONDISTE <u>NO</u> A <u>ESTA PREGUNTA</u> , pasa directamente a la pregunta 9.	
6. SI RESPONDISTE <u>SÍ</u> A LA <u>PREGUNTA 5</u> , ¿cuántas veces te la has realizado?	1 2 3 4 Más 5
7. ¿Te has realizado la prueba para DETECTAR EL VIH ?	Sí No

8. SI RESPONDISTE <u>SÍ</u> A LA <u>PREGUNTA 5</u> , por favor, marca de la siguiente lista cuáles fueron los motivos por los que SÍ te la realizaste. Puedes marcar VARIAS opciones.	
1. Porque es importante para mi salud 2. Porque sentía que podía haber contraído la enfermedad 3. Porque sentía curiosidad 4. Porque he tenido varias parejas sexuales 5. Porque tuve relaciones sexuales sin condón 6. Porque tuve relaciones sexuales con un desconocido 7. Porque tuve relaciones sexuales con un(a) trabajador(a) sexual	8. Porque me lo recomendó alguien cercano 9. Porque me lo recomendó un profesional de la salud 10. Porque me la solicitaron en una institución/empresa 11. Porque mi pareja me la exigió 12. Porque desconozco el estado de salud de mi pareja 13. Porque sospecho que mi pareja me es infiel 14. Otra <hr/> —
9. SI RESPONDISTE <u>NO</u> A LA <u>PREGUNTA 5</u> , por favor, marca de la siguiente lista cuáles fueron los motivos por los que NO te la realizaste. Puedes marcar VARIAS opciones (Peralta, 2007).	

<p>1. No he tenido relaciones sexuales</p> <p>2. He tenido relaciones sexuales, pero siempre he utilizado condón</p> <p>3. Pienso que el VIH solo afecta a trabajadores sexuales u homosexuales</p> <p>4. No quiero que mis papás sepan que he mantenido relaciones sexuales</p> <p>5. Estoy seguro/a de que mis parejas sexuales no tienen VIH</p> <p>6. Nunca me han ofrecido hacerme la prueba del VIH</p> <p>7. No sé dónde puedo hacerme la prueba del VIH</p> <p>8. Me asustaría tener un resultado positivo para VIH</p> <p>9. Me preocupa no saber cómo actuar si me detectan VIH</p> <p>10. Me preocupa morirme si me diagnostican VIH</p>	<p>11. No quiero que nadie sepa si tengo VIH</p> <p>12. Me da miedo que me saquen sangre</p> <p>13. Tengo que pagar por hacerme la prueba</p> <p>14. No quiero esperar a recibir los resultados</p> <p>15. Pienso que no es posible que tenga VIH</p> <p>16. No sé qué beneficios tiene hacerme la prueba del VIH</p> <p>17. Hay cosas más importantes que hacerme la prueba VIH</p> <p>18. Tengo VIH y por eso considero innecesario realizármela</p> <p>19. Confío en las parejas sexuales que he tenido</p> <p>20. Otra</p> <p>_____</p> <p>—</p>
---	---

10. A continuación, vas a leer una serie de afirmaciones, por favor, marca aquella respuesta que consideres la mejor. Las opciones serán: **VERDADERO (V)**, **FALSO (F)**, **NO SÉ (NS)**. Recuerda elegir **SOLO UNA RESPUESTA** por cada frase.

	V	F	N S
1. Las personas que han tenido relaciones sexuales solo con una pareja no necesitan realizarse la prueba			
2. La única manera de saber con seguridad si tengo VIH es mediante la prueba			

diagnóstica			
3. Las pruebas rápidas de detección del VIH no son fiables			
4. Los resultados de la prueba del VIH son confidenciales			
5. La prueba de detección del VIH es gratuita			
6. Solamente puedo saber que tengo VIH mediante una prueba en sangre			
7. Si soy una persona de orientación heterosexual no necesito realizarme la prueba del VIH			
8. Solamente puedo hacerme la prueba de VIH si recibo una asesoría pre y posprueba			
9. Puedo solicitar la prueba del VIH en mi institución de salud (IPS-EPS)			
10. Si los resultados de la prueba de mi pareja son negativos, no es necesario hacerme la prueba			
11. Si los resultados de mi prueba salen negativos ya no tengo de qué preocuparme			
12. Los profesionales de la salud no pueden realizarme la prueba del VIH sin mi consentimiento			
13. Los resultados de las pruebas de detección del VIH son fiables			
14. Solamente las personas mayores de edad pueden realizarse la prueba del VIH			