Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

INVESTIGACIÓN OPERATIVA

"Sentires, pensares y actuares en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de prevención combinada del VIH, de personas HSH, TS, TRANS, PID y migrantes venezolanos, en 14 ciudades de Colombia, que hacen parte del proyecto de Acuerdo de Subvención No. COL-H-EnTerritorio 3042"

INFORME INVESTIGACIÓN OPERATIVA

INVESTIGADORA PRINCIPAL

YAIRA YOHANNA PARDO MORA RN PhD

CONTRATO

Diseñar, validar, producir, implementar y monitorear una estrategia de comunicación, educación y movilización social para prevención combinada de VIH, que promueva el autocuidado y el cuidado de sí, de la población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), personas trans (TRANS), personas que ejercen el trabajo sexual (TS), personas que se inyectan drogas (PID) y personas migrantes venezolanas, de 14 ciudades de Colombia (Armenia, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Cúcuta, Dosquebradas, Ibagué, Medellín, Pereira, Manizales, Santa Marta, Barranquilla y Villavicencio), en el marco del acuerdo de subvención Col-H-EnTerritorio 3042 (convenio no. 222005) suscrito con el Fondo Mundial.

2 DE OCTUBRE DE 2024

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

Contenido

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN 5
2. ANTECEDENTES 5
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN 10
3.1. Pregunta principal 10
3.2. Preguntas secundarias 10
4. OBJETIVOS 11
4.1. Objetivo General 11
4.2. Objetivos específicos 12
5. METODOLOGÍA 12
5.1. Diseño 12
5.2. Población y Participantes 15
5.3. Criterios de inclusión y exclusión 20
5.4. Técnica de recolección de información. 21
5.4.1. Guion de grupo focal 22
5.5. Lugares de ejecución de la investigación 24
5.6. Consideraciones éticas 25
5.6.1. Principios éticos 25
5.6.2. Consentimiento informado 26
6. RESULTADOS 30
6.1. Cumplimiento del cronograma propuesto 30
6.2. Procesos de codificación abierta 31
6.3. Proceso de codificación axial, selectiva y analítica 44
6.4. Resultados por grupo de población 47
6.4.1. Población HSH (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres) 47
6.4.2. Población Mujeres y hombres Trans 49
6.4.3. Población Mujeres y hombres trabajadorxs sexuales 50
6.4.4. Población Mujeres y hombres migrantes de nacionalidad venezolana 51

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

6.4.5. Población PID (personas que se inyectan drogas) 52
6.5. Resultados por objetivos propuestos 53
6.5.1. Sentires 53
6.5.2. Pensares 54
6.5.3. Actuares 55
6.6. Comunicación modos, medios, lenguajes y mensajes 55
6.7. Resultados respecto a la prevención combinada como estrategia 56
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS 57
7.1. Vivencia Humanizada de la Sexualidad 57
7.2. El VIH como condición médica crónica 58
7.3. Educación para una sexualidad humanizada 58
7.4. Desmitificación del VIH y superación del estigma 59
7.5. Acceso a recursos biomédicos y acompañamiento psicosocial 59
7.6. Toma de decisiones y estrategias de prevención combinada de VIH 62
7.7. Performatividad de la Comunicación para la Prevención del VIH 64
7.8. Elementos teorizantes a modo de conclusión 68

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de grupos claves por ciudad y por elemento de énfasis del componente biomédico. 17
Tabla 2. Distribución de grupos focales por elemento de prevención combinada a indagar. 19
Tabla 3. Distribución de grupos focales por elemento de prevención combinada a indagar. 19
Tabla 4. Tabla de criterios de inclusión y exclusión. 20
Tabla 5. Distribución de las categorías encontradas en la codificación abierta general. 31
Tabla 6. Distribución de categorías con alta recurrencia encontradas en la codificación abierta general. 39
Tabla 7. Distribución de categorías con alta recurrencia encontradas en la codificación abierta según población de interés y presentadas de acuerdo con el orden de frecuencia 42
Tabla 8. Reducción de categorías en la codificación axial, selectiva y analítica para las poblaciones de interés HSH, TS, TRANS, MIG y PID 44
Tabla 9. Sentires, pensares y actuares de las poblaciones de interés respecto a la prevención combinada del VIH. 60
Tabla 10.. Estrategias de prevención del VIH en poblaciones de interés. 63
Tabla 11. Recomendaciones para la comunicación sobre prevención combinada de VIH. 66

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Analizar los sentires, pensares y actuares que tienen los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada para VIH en 14 ciudades de Colombia.

2. ANTECEDENTES

Desde el comienzo de la epidemia de la infección por el VIH, se ha establecido la necesidad de acelerar el avance hacia el fin de las epidemias de SIDA e ITS como problemas de salud pública, es así como en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud se ratificó la nueva Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021, en la que insta a los países de la región de las Américas como uno de las orientaciones estratégicas y como acción específica el conocimiento de la epidemia y la respuesta que desde las mismas poblaciones se pueden hacer al respecto.

Según el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia[1], en el año 2022 se reportaron 19.183 casos nuevos de infección por VIH al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, de los cuales 15.529 (80,9%) se reportaron en hombres y 3.654 en mujeres (19,1%). El grupo etario más afectado corresponde a las personas entre 25-29 años, con 4.201 casos (21,9%), seguido por el grupo de 20 a 24 años con 3.584 casos (18,68%) y la forma de transmisión más frecuente se sigue dando por relaciones sexuales desprotegidas: Un 98,6% de los casos se dieron por esta vía.

[1] Información tomada de página web oficial https://www.minsalud.gov.co/Paginas/el-liderazgo-comunitario-clave-en-la-respuesta-nacional-al-vih-sida.aspx#:~:text=Listas-,El%20liderazgo%20comunitario%20es%20la%20clave,respuesta%20nacional%20al%20VIH%2FSIDA&text=En%20Colombia%2C%20en%20el%20a%C3%B1o,mujeres%20(19%2C1%25). Consultada el 10 de julio de 2024.

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

En este mismo reporte, se informa que los departamentos y distritos con mayor reporte de casos en el 2022 fueron Bogotá (3.915), Medellín (1.649), Cali (1.483), Barranquilla (912), Cartagena (536) y Pereira (353); y en cuanto al cumplimiento de las metas 95-95-95, (diagnosticar al 95% de las personas que se estiman, viven con el virus; de los mismos, poner al 95% en tratamiento y de los que están en tratamiento, que el 95% alcancen carga viral indetectable), sobre un estimado de 183.356 personas viviendo con VIH un 77% conocen su diagnóstico, de estos un 88% están bajo tratamiento y de estos un 90% han alcanzado niveles de supresión del virus en su sangre. Este último valor es importante dado que, si se obtienen niveles indetectables del virus en los exámenes complementarios de laboratorio, estas personas no transmiten el virus, por lo que se entiende que el tratamiento, por tanto, tiene un efecto preventivo.

Igualmente, la mayor presentación de casos se da en población masculina con un 81,4 % (10 906 casos), se encuentran notificadas en el sistema 224 gestantes con VIH que corresponden a un 1.6 % y se han reportado 42 casos de transmisión materno-infantil. Respecto al mecanismo probable de transmisión, la vía sexual continúa siendo la de mayor presentación, tanto de contacto heterosexual como bisexual y homosexual, siendo estos dos grupos de gran importancia para los departamentos con gran concentración urbana. Finalmente, 12.522 casos se encuentran en estadio clínico VIH y 1220 casos han sido reportados como estadio SIDA, en este último, el síndrome de emaciación es la principal enfermedad asociada con 337 casos seguida de la candidiasis esofágica con 287 casos y la tuberculosis pulmonar con 228 casos reportados.

Teniendo en cuenta esta situación, organismos internacionales enfatizan en sus recomendaciones la necesidad de mantener las intervenciones de salud pública que, para el caso de VIH deben estar enfocadas en el acceso al diagnóstico, la garantía del

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

tratamiento, la adherencia, y de acciones que propendan por los derechos humanos de las poblaciones y el enfoque de género de tal forma que se disminuya el estigma y la discriminación.

Para generar los nuevos manejos y más efectivos de cada uno de estos elementos, la comunidad tiene mucho que ofrecer en la preparación y la resiliencia que se requieren para realizar procesos comunicacionales y comportamentales. Lo que hace necesario retomar o replantear aprendizajes generados por diferentes sectores, entre ellos, la comunidad, los prestadores de servicios de salud, los tomadores de decisiones, los grupos organizados de la sociedad civil de VIH, a lo que se suma sin lugar a dudas, el rol de los medios de comunicación masivos, comunitarios, institucionales o social media, que se constituyen en aliados importantes para la implementación de acciones de prevención.

Según ONUSIDA (2015), los enfoques integrales de prevención del VIH a partir de estrategias combinadas lograrían poner freno a las más de 7.400 infecciones nuevas cada día, con lo que el mundo podría detener la epidemia de sida, por lo que se insta a los países para que instauren, utilicen estrategias y los métodos propios disponibles que garanticen la protección de los derechos humanos. Es así como un enfoque de prevención integral del VIH debe llevar a cabo un conjunto de acciones y tácticas de comportamiento, biomédicas y estructurales según las necesidades de las personas más expuestas al riesgo de infección, de la misma manera que la combinación y la proporción adecuadas de medicamentos para el tratamiento.

Es así como los preservativos son una parte esencial de la prevención combinada, sin embargo, la innovación está en los elementos relacionados con el acceso a la información sobre el VIH, al tratamiento, a las medidas de reducción del daño, a la circuncisión

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

masculina, a la defensa de los derechos humanos y a la reducción del estigma entre otros, todo esto en un marco de una educación sexual integral.

Según la estrategia de prevención combinada de PrEP para Colombia, la respuesta al VIH desde el enfoque de prevención combinada debe estar basada en los derechos, en la equidad de género, en la evidencia y en la comunidad. Así mismo, implica apropiar y poner en práctica seis (6) elementos que son cruciales para alcanzar las metas comunes: el compromiso, el enfoque, las sinergias, la innovación, el alcance y la rendición de cuentas. Para ello, la prevención combinada entrelaza el uso estratégico y simultáneo de intervenciones desde los enfoques de abordaje biomédico, comportamental y estructural.

Por su parte la OPS, considera que las estrategias de prevención combinada bien diseñados deben adaptarse a las necesidades nacionales y locales en función de la información epidemiológica. Además, insiste que los programas deben concentrar los recursos, combinando las actividades donde más se necesiten por lo que es importante conseguir que las comunidades afectadas se vinculen plenamente a estos programas, mediante la movilización de la comunidad, el sector privado y los recursos del gobierno, a fin conseguir la participación, la cobertura y la sostenibilidad necesarias y maximizar el impacto. Es por esto que realizar una investigación que identifique lo que la población clave, considera esencial para la movilización y conocimiento sobre las combinaciones de estrategias que pueden ser más útiles para el contexto de las 14 ciudades a indagar, para la autocuidado y cuidado de si de esta población.

Esta situación lleva a deducir que el diseño y la implementación de una estrategia que, desde la comunicación en sus diferentes formas y la movilización social apalanquen acciones de prevención de los diferentes segmentos poblaciones que integran la comunidad. Para lo cual es importante tener en cuenta, no solo los lineamientos técnicos y

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

jurídicos generados por el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales de salud de los municipios ámbito de las diferentes intervenciones, para el caso las ciudades en donde se implementa el proyecto de Fondo Mundial, sino también sus contextos sociales y culturales.

Para cumplir estos propósitos se hace necesario tener en cuenta experiencias registradas en diversos estudios que han demostrado que la comunicación en todos los niveles -masiva, comunitaria, interpersonal y social media tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas y valores y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

El proceso para que estos cambios se produzcan es deductivo, es decir que debe ir de lo particular (individual) a lo general, lo cual se logra teniendo en cuenta dos aspectos: los diferentes mecanismos de recaudo de información debe permitir la identificación clara de las acciones que por tradición, por restricciones materiales del medio, por creencias, por carencias o cualquier otra circunstancia llevan a cabo los actores y las acciones propuestas deben ser introducidas en el corpus de normas sociales, políticas, culturales y derivadas de la tradición.

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias y teorías de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. En teoría tiene como elementos que marcan el norte de su tarea cuatro elementos clave del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal. Todo esto, sumado a un fuerte componente de investigación y participación comunitaria (Coe, Gloria 1997).

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

Todo lo anterior sugiere la necesidad de diseñar la estrategia para una apropiada implementación de un programa de salud, implica entonces, partir de un ejercicio mínimo de exploración, visto como un proceso en el cual se recolecta toda la información requerida para elaborar la estrategia de comunicación y movilización que requiere, responder a las necesidades epidemiológicas y sociales, de tal manera que se refleje el sentir, pensar y actuar de las personas. En este punto, la "comunicación para el cambio social" es la clave, pues facilita el empoderamiento comunitario a partir del diálogo con las comunidades vinculadas y comprometidas.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Pregunta principal

¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que tienen los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), personas que ejercen trabajo sexual (TS), personas trans (Trans), personas que se inyectan drogas (PID) y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH en 14 ciudades de Colombia?

3.2. Preguntas secundarias

- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares de un grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) sobre la toma de decisiones en la adopción de estrategias comportamentales de prevención combinada en relación con los lenguajes, medios, modos, mensajes y biomédicos respecto a la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP y el uso de condón y lubricantes en 12 ciudades de Colombia?

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que posee un grupo de personas Trans sobre la toma de decisiones en la adopción de estrategias comportamentales de prevención combinada en relación con los lenguajes, medios, modos, mensajes y biomédicos respecto a la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP y el uso de condón y lubricantes en 4 ciudades de Colombia?
- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que posee un grupo de personas trabajadxs sexuales sobre la toma de decisiones en la adopción de estrategias comportamentales de prevención combinada en relación con los lenguajes, medios, modos, mensajes y biomédicos respecto a la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP y el uso de condón y lubricantes en 4 ciudades de Colombia?
- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que posee un grupo de mujeres y hombres migrantes de nacionalidad venezolana sobre la toma de decisiones en la adopción de estrategias comportamentales de prevención combinada en relación con los lenguajes, medios, modos, mensajes y biomédicos respecto a la prueba rápida, el autotest, y el uso de condón y lubricantes en 6 ciudades de Colombia?
- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que posee un grupo de personas inyectoras de drogas en 2 ciudades de Colombia, sobre la toma de decisiones para el uso de métodos de prevención combinada prueba rápida y kits de inyección segura y no reutilización de material de inyección y en relación con los lenguajes, medios, modos y mensajes?

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Comprender los sentires, pensares y actuares de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se

inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para el uso de estrategias de la prevención combinada del VIH en 14 ciudades de Colombia.

4.2. Objetivos específicos

- Describir los sentires, pensares y actuares de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para usar un método de tamizaje para VIH (Prueba rápida o el autotest).
- Describir los sentires, pensares y actuares de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para usar un método de prevención para el VIH (PrEP, PEP, kit de inyección segura y/o condón y lubricante).
- Describir los sentires, pensares y actuares en relación con los lenguajes, medios, modos y mensajes de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño

La investigación se realizó de tipo cualitativo, con una orientación metodológica de la teoría fundamentada. La Teoría fundamentada (Grounded Theory) apareció en 1967, propuesta por Barney Glaser y Anselm Strauss en su libro The discovery of Grounded Theory

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

(Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014, p.472) epistemológicamente, parte del pragmatismo de la Escuela de Chicago y del Interaccionismo Simbólico de Blumer, una corriente de pensamiento que permite la comprensión de la sociedad a través de la comunicación como un hecho instrumental (Strauss y Corbin, 2002).

La Teoría Fundamentada permite tener el máximo alcance en la investigación social teorizar. Es un diseño apropiado para esta investigación ya que: (a) es muy probable que teorías previas o investigaciones realizadas no sean adecuadas para explicar el fenómeno en el contexto del estudio; (b) permite un profundo análisis de las miradas, ideas y/o representaciones sociales tanto a nivel de significados como estructuralmente y (c) genera una teoría sustantiva -local- que explica el fenómeno en el contexto concreto y desde la perspectiva de los diversos participantes (Cuesta, C, 2006; Pernalete, Peña y Pérez, 2015).

En este diseño, los participantes se determinaron a través de un "muestreo teórico", el cual surgió del conocimiento del fenómeno del interés y de las personas que son representativas para describir el fenómeno, según la exigencia de la interpretación, el análisis de datos y la ampliación de la información que llega a un momento de saturación. Se espera con esta información formular las teorías sustantivas que expliquen las relaciones de los datos, por todo lo anterior, las proposiciones teóricas surgirán de los datos obtenidos en la investigación, más los estudios previos existentes sobre el tema (Hernández et al., 2011; Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Según Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2014), la propuesta metodológica de la Teoría Fundamentada tiene como actividad principal la codificación de los datos, que se está realizando de la siguiente manera:

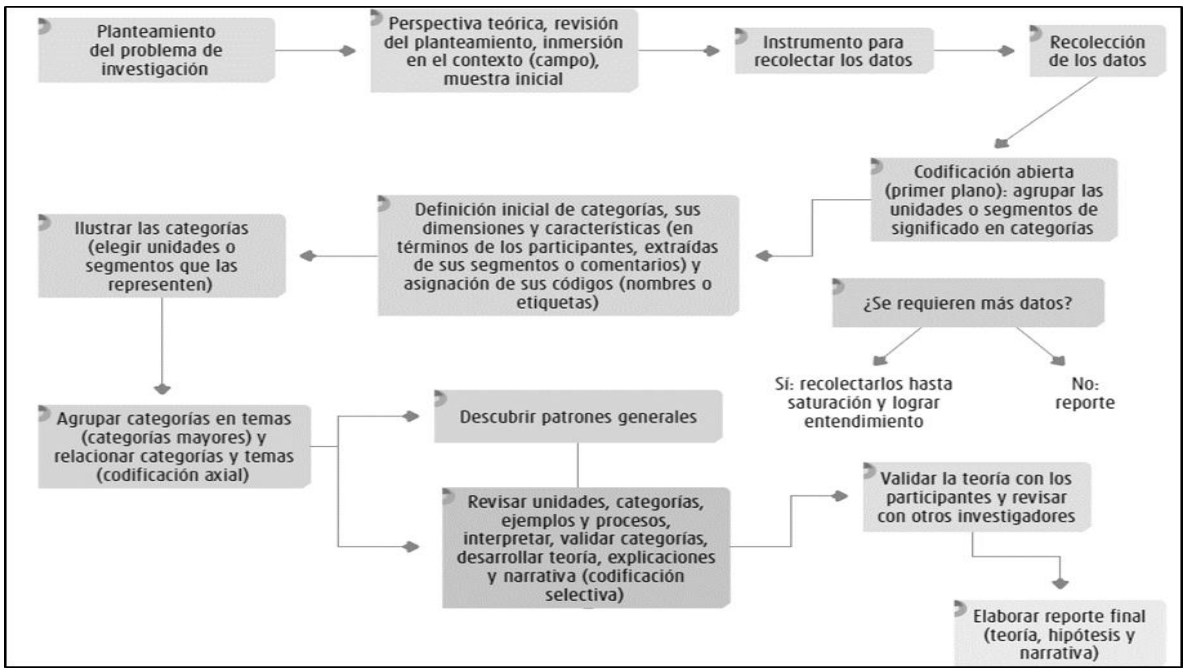
Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

1. Codificación abierta: identificación comparativa de los conceptos más abstractos o categorías descomponiendo el discurso en partes discretas que son examinadas minuciosamente (por ejemplo: análisis lineal o análisis de oración/párrafo) y comparadas entre sí para hallar similitudes y diferencias estableciendo agrupaciones.
2. Codificación axial: organización de las categorías resultantes de la codificación abierta en un modelo de interrelaciones entre las dimensiones y las propiedades de las categorías; esta integración es concebida como un proceso de organización/articulación lo que permite el desarrollo creciente de la teoría.
3. Codificación selectiva: es la elección de una categoría central o nuclear que se relaciona con todas las demás para integrar la teoría que explica el proceso o fenómeno de estudio de manera parsimoniosa.
4. Codificación teórica: uso de ideas y conceptos para presentar la teoría emergente e incluye la revisión de literatura. El resultado es una teoría sustantiva que refleja las realidades humanas singulares en uno o varios grupos particulares.

A continuación, se presenta un esquema general del proceso que se desarrolla en la Teoría Fundamentada y que servirá de base para la construcción de la categoría analítica final:

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es



Principales acciones para conducir un diseño de Teoría Fundamentada. Extraído de Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014, p.477.

5.2. Población y Participantes

Para la investigación se tuvo como población, personas que hicieron parte de los grupos de población clave que son grupos definidos que, según los estudios, sus comportamientos específicos de riesgo representan una especial susceptibilidad a contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local. Además, suelen enfrentarse a mayor estigma y discriminación que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Los grupos de población clave son importantes para la dinámica de la transmisión del VIH y se constituyen como asociados esenciales para lograr una respuesta eficaz a la epidemia.

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

En América Latina, los dos grupos de población clave más afectados son los hombres homosexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), las mujeres transgénero y las trabajadoras sexuales. Pese a esta situación, los servicios de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH dirigido a los grupos de población clave son aún inadecuados en gran medida. Abordar estas insuficiencias en el marco de la prevención combinada de la infección por el VIH, sobre todo en los grupos de población clave, puede contribuir a un control eficaz a la epidemia y alcanzar la salud para todos para el 2030.

Teniendo en cuenta lo anterior se realizaron grupos focales con cada población de la siguiente manera:

- 2 grupos con personas que se inyectan drogas – PID, en las ciudades de Cúcuta y Dos quebradas.
- 4 grupos con mujeres Trans en las ciudades de Barranquilla, Cali, Cartagena y Medellín.
- 12 grupos con Hombres que tiene relaciones con otros hombres – HSH en las ciudades de Bogotá, Bucaramanga, Armenia, Cali, Cartagena, Ibagué, Medellín, Pereira, Manizales, Santa Marta, Villavicencio, Barranquilla.
- 4 grupos con personas que ejercen el trabajo sexual en las ciudades de Pereira, Villavicencio, Armenia e Ibagué.
- 6 grupos con personas migrantes de nacionalidad venezolana en las ciudades de Manizales, Cúcuta, Dos quebradas, Bucaramanga, Santa Marta y Bogotá.

En las siguientes tablas se resumen la distribución de los grupos focales por ciudad, por grupo clave y por método y paquete de prevención que se indagará con énfasis.

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

Tabla 1. Distribución de grupos claves por ciudad y por elemento de énfasis del componente biomédico.

CIUDAD	GRUPO CLAVE	ELEMENTO DE ENFÁSIS COMPONENTE BIOMÉDICO
BOGOTA	HSH	Prueba rápida - autotest
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Prueba rápida - autotest
BUCARAMANGA	HSH	Prueba rápida - autotest
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Prueba rápida - autotest
ARMENIA	HSH	Prueba rápida - Autoest
	TS	Paquete prevención: Lubricantes y condones
CALI	HSH	PREP- PEP
	TRANS	Prueba rápida - autotest
CARTAGENA	HSH	Paquete prevención: Lubricantes y condones
	TRANS	Prueba rápida - autotest
CÚCUTA	PID	Paquete prevención: Uso de jeringas
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Prueba rápida - autotest

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

DOSQUEBRADAS	PID	Paquete prevención: Uso de jeringas
	MIGRANTES	Prueba rápida - autotest
IBAGUE	HSH	Prueba rápida - autotest
	TS	PREP – PEP
MEDELLIN	HSH	Prueba rápida - autotest
	TRANS	PREP – PEP
PEREIRA	HSH	PREP – PEP
	TS	Prueba rápida - autotest
MANIZALES	HSH	PEP – PREP
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Paquete prevención: Lubricantes y condones
SANTA MARTA	HSH	Prueba rápida - autotest
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Prueba rápida - autotest
VILLAVICENCIO	HSH	PREP- PEP
	TS	Prueba rápida - autotest
BARRANQUILLA	HSH	Prueba rápida - autotest

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

	TRANS	Paquete prevención: Lubricantes y condones

Tabla 2. Distribución de grupos focales por elemento de prevención combinada a indagar.

Elemento de prevención combinada a indagar	Número de grupos focales
Prueba rápida Autotest	16
PREP PEP	6
Paquete prevención: Lubricantes y condones	4
Paquete prevención: Kit de inyección segura	2
Total grupos focales	28

Tabla 3. Distribución de grupos focales por elemento de prevención combinada a indagar.

Grupo clave	Número de grupos focales	Ciudades
HSH	12	Bogotá, Bucaramanga, Armenia, Cali, Cartagena, Ibagué, Medellín, Pereira, Manizales, Santa Marta, Villavicencio, Barranquilla
TRANS	4	Cali, Cartagena, Medellín y Barranquilla
TS	4	Armenia, Ibagué, Pereira y Villavicencio
MIGRANTES VENEZOLANOS	6	Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Manizales, Santa Marta, Dosquebradas
PID	2	Cúcuta, Dosquebradas

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Total, grupo focales	28

El número de convocados fueron entre 15 y 20 personas para lograr tener un grupo de participantes entre 7 a 10 personas, aunque en algunos (dato final que se presentará en el informe preliminar de análisis) se tuvo participación de 11 a 17 personas.

5.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios que se tuvieron en cuenta para la convocatoria fueron los siguientes:

Tabla 4. Tabla de criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión: **Personas pertenecientes a las poblaciones clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen el trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas, migrantes de nacionalidad venezolana), mayores de 18 años y de diferentes estratos socioeconómicos.**	
Condición externa (condición de participación) • **4 personas de 18 y 28 años** • **2 personas de 29 a 40 años** • **2 personas de 41 a 60 años** • **Estratos socioeconómicos diferentes (1,2,3 ó 4)** • **Nivel de conocimiento sobre VIH bajo por autovaloración.**	**Composición Interna** • Pertenecer a las poblaciones clave.
Criterios de exclusión: • **Personas con problemas de cognición.** • **Personas que lideren o pertenezcan organizaciones de base comunitaria** • **Personas que tengan relación con la implementación del proyecto ENTerritorio S.A del Fondo Mundial.**	

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

5.4. Técnica de recolección de información.

Como técnica de recolección de datos, se utilizó la estrategia de grupos focales que son "una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador" (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009, p.52). A través de esta entrevista grupal semiestructurada se propone obtener una multiplicidad de miradas, ideas, actitudes, creencias, experiencias y procesos emocionales dentro del contexto del grupo (y la manera cómo se relacionan las posturas individuales con las grupales -mayoritarias-) alrededor de un tema de interés y/o discusión (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

En la ejecución del grupo focal la interacción y la comunicación no verbal son claves para el análisis y fue posible dado la convocatoria que existiera un grado importante de homogeneidad dentro del grupo y que no existieran relaciones jerárquicas; además, la moderadora, que fue la investigadora principal, tuvo papel neutral y menos directivo, aunque fue necesario para marcar el 'ritmo' de la discusión guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009).

Como fortaleza de la técnica de grupos focales se tuvo que: a) motivó la participación de las personas que no les gusta ser entrevistadas individualmente; (b) facilitó la expresión de opiniones por parte de personas que creían que no tenían nada que decir; (c) garantizó que las y los integrantes se involucraran en un futuro proceso de cambio; (d) permitió conocer los valores y normas del grupo; (e) se obtuvo información de análisis rápidamente y (f) logró aumentar la participación y compromiso de las personas en la problemática de estudio (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009; Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Se realizaron los grupos focales como se había establecido desde el protocolo y estuvieron conformados por un máximo de 17 personas y un mínimo de 6 con una duración entre 60 y 120 minutos. La moderadora tuvo una participación mínima y evitó ser considerada como una figura intimidatoria para las y los participantes al momento de abordar las preguntas y aunque la literatura sugiere que la moderadora esté acompañada por un observador encargado de realizar el registro de información y apoyar al moderador en diversas actividades (Ibertíc, s.f.; Rodríguez y March, 2002; Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014) en la presente investigación no se contó con una persona de apoyo para el registro de la información; esta solo se realizó por medio de las notas de campo de la moderadora y por las grabaciones de audio de las sesiones.

5.4.1. Guion de grupo focal

Los grupos focales tuvieron una duración: 1 hora y 30 minutos a 2 horas. Los primeros 30 minutos estuvieron destinados para el encuadre del grupo incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado y de la ficha de caracterización sociodemográfica, posteriormente se inició con la fase de indagación que duró en promedio 1 hora y 15 minutos y finalmente los últimos 30 minutos se dedicaron para resolver dudas sobre la prevención combinada a las y los participantes y para la entrega del incentivo a las y los participantes.

Los elementos que se tuvieron en cuenta para el momento de encuadre del grupo focal fueron:

- Bienvenida
- Presentación de la moderadora
- Presentación del objetivo

- Firma del consentimiento informado y resolución de preguntas
- Presentación de los participantes
- Mapa de ubicación de participantes

Posterior se contó con una (1) hora de intercambio con la moderadora para el desarrollo de las preguntas del grupo focal, el cual contempló algunas de las siguientes preguntas de la batería establecidas en el protocolo:

i. ¿Ustedes conocen que es la prevención combinada?
ii. ¿Qué métodos de prevención conocen para la transmisión del VIH?
iii. ¿Ustedes conocen si las personas que tienen prácticas o preferencias de riesgo acceden a servicios de prevención y diagnóstico de VIH?
iv. Recuerde las últimas veces en que uso o accedió (la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP, el condón y el lubricante): ¿Cuáles son los sentimientos o emociones que han acompañado esas experiencias?
v. En una de las situaciones de riesgo mencionadas, ¿Qué les ha impulsado o les impulsaría a tomar la decisión de usar o tomarse o utilizar (¿la prueba rápida o el autotest o la PrEP o la PEP o el uso de condón y lubricante? Para el caso de las personas que se inyectan drogas, ¿el uso exclusivo de una jeringa y otros materiales sin compartir con personas cercanas?
vi. ¿Cuál de los anteriores métodos puede ser de preferencia para el grupo clave? ¿Por qué?
vii. ¿Conocen qué es la prevención combinada del VIH? ¿Han escuchado o visto información al respecto por algún medio de comunicación? ¿Qué considera que debería contener esta información para movilizar a las personas al uso de estos métodos?

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

viii. ¿Cuáles son los espacios y los modos a través de los cuales se transmiten -y se masifican- los mensajes del grupo clave?

ix. ¿Cuáles son las personas más influyentes para transmitir y masificar mensajes en el grupo clave?

x. ¿Cómo se puede fomentar el uso de los paquetes de prevención (la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP, ¿el uso de condón y lubricante y del kit de inyección segura para el caso de las personas que se inyectan drogas) a través de la comunicación?

xi. En qué momentos sería apropiado transmitir los mensajes para favorecer la toma de decisiones frente a utilizar alguna de los paquetes de prevención.

xii. Según su experiencia ¿cómo motivaría a la población perteneciente al grupo clave (HSH o personas Trans) a acceder a servicios de prevención y diagnóstico de VIH?

xiii. ¿De qué modo se pueden trasmitir mensajes que llegue a todas las personas que tengan las preferencias o prácticas de riesgo dentro el grupo clave?

xiv. Si le quisiera enviar un mensaje a unx amigx o a otra persona que pertenezca al grupo clave o que se encuentre en situación de migración para animarle a que use alguno de los métodos de prevención del VIH ¿Qué le diría?

5.5. Lugares de ejecución de la investigación

Los espacios en los que se realizaron los grupos focales fueron lugares neutrales para encuentros de la comunidad cuya consecución y logística estuvo a cargo Raquel Sofía Amaya

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Producciones. La mayoría de estos fueron casas de encuentro comunitario y espacios educativos: colegios, universidades e instituciones de formación técnica.

5.6. Consideraciones éticas

5.6.1. Principios éticos

La investigación tuvo en cuenta lo dispuesto por el Consejo de Organizaciones de las ciencias médicas (CIOMS, 2012) en las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, la Ley 911 de 2004 (Congreso de la República, 2004), artículo 29 y se asumirá además la Resolución 008430 de 1993 (Ministerio de salud, 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, así como las normas de las instituciones de salud participantes.

Para proteger los derechos y bienestar de las personas participantes de la investigación se tuvieron en cuenta y operacionalizaron los siguientes principios éticos de:

a. Autonomía: con la aplicación del proceso de autorización y consentimiento informado a cada uno de los participantes.
b. Confidencialidad: se garantizó que la información obtenida se mantendrá en confidencialidad, sin revelar nombres verdaderos ni datos de las y los participantes, por lo que no se solicitó el nombre en la grabación de ninguna o ninguno de las y los participantes.
c. Beneficencia y no maleficencia: las personas participantes fueron tratados y tratadas con respecto por su experiencia relacionada con el VIH y no se juzgó en ningún momento sus actuaciones, preferencias o prácticas sexuales.

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

d. Veracidad: La información será custodiada en sus archivos originales por RSA Producciones por un término de 9 meses finalizada la investigación.
e. Fidelidad: la información suministrada a los participantes se mantendrá de acuerdo con el proyecto planteado y los acuerdos y compromisos adquiridos al momento de firmar el consentimiento informado con los participantes.
f. Reciprocidad: La estrategia de comunicación y movilización social, que se construirá a partir de algunos de los insumos dados por la presente investigación será dada a conocer a todos los participantes.

5.6.2. Consentimiento informado

A continuación, se describe el consentimiento informado que fue utilizado en la recolección de información:

Información General

Raquel Sofía Amaya Producciones (RSA) y ENTerritorio S.A, le invita a participar en un grupo focal en el cual se explorarán las "Sentires, pensares y actuares en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de prevención combinada para VIH, de personas HSH, TS, TRANS, PID y migrantes venezolanos, en 14 ciudades de Colombia.2024," que se realiza en el marco de una investigación operativa para generar elementos que permitan diseñar, validar, producir, implementar una estrategia de comunicación, educación y movilización social de prevención combinada del VIH, que promueva el autocuidado y el cuidado de sí, de la población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), personas trans (TRANS), personas que ejercen el trabajo sexual (TS), personas que se inyectan drogas (PID) y personas migrantes venezolanas, de 14 ciudades de Colombia (Armenia, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Cúcuta, Dosquebradas, Ibagué, Medellín, Pereira, Manizales, Santa Marta, Villavicencio y Barranquilla), en el marco del acuerdo de subvención Col-H-ENTerritorio S.A 3042 (convenio no. 222005) suscrito con el Fondo Mundial.

Objetivo

Esta fase de la estrategia tiene como objetivo comprender los sentires, pensares y actuares que tienen los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH en 14 ciudades de Colombia.

Procedimiento: *El grupo focal tendrá una duración de 1 hora y media. En este tiempo se va a realizar preguntas abiertas relacionadas con los sentires, pensares y acciones de los participantes en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH. Se realizará la grabación en voz de la conversación y en el procesamiento de la información y análisis solo va ser realizado por la investigadora principal. No se tomarán fotos o videos de la sesión del grupo focal.*

Confidencialidad

Como producto de la investigación, se derivará un informe de resultados que RSA producciones tomará como insumo para la segunda fase de preproducción y creación de mensajes para la estrategia de comunicación y movilización social. En dicho informe no se hará uso de nombres para garantizar la confidencialidad y solo se manejarán, para efectos de reconocimiento de aspectos claves para el análisis, códigos alfa numéricos asociados a opiniones y sentires de las personas participantes del grupo.

Igualmente usted tiene el derecho de no manifestar opiniones o sentires o no responder alguna de las preguntas y puede retirarse en el momento que lo considere sin perjuicio del incentivo de transporte por el tiempo dedicado a su participación.

Riesgos de su participar

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

Este grupo focal no está acompañado de ningún procedimiento superficial o invasivo, por lo que no tiene riesgos de este tipo. Está limitado únicamente a que la persona que decida participar libre y espontáneamente y que pueda dedicar una hora y media a responder unas preguntas referentes a sentires, pensares y acciones de poblaciones clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres -HSH, personas que ejercen el trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas- PID y migrantes venezolanos) en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH.

Por la naturaleza de las preguntas usted podría sentirse incómodo con algunas de ellas, sin embargo, la información suministrada es totalmente confidencial y su nombre no será mencionado en ningún documento resultado de la investigación.

Beneficios de participar

Dado que el grupo focal tiene por objetivo conocer los sentires, pensares y acciones de poblaciones clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres -HSH, personas que ejercen el trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas- PID y migrantes venezolanos) en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH, medios y modos para la comunicación y movilización social, los datos obtenidos contribuirán en el diseño de una estrategia de comunicación, educación y movilización social para prevención combinada del VIH, que promueva el autocuidado y el cuidado de sí. Así directamente la población general podrá beneficiarse en el reconocimiento social de las poblaciones y en el conocimiento de la prevención combinada como una estrategia que aporte al manejo del VIH en Colombia.

Compensación

La presente investigación no realizará compensación económica por su participación, sin embargo, al finalizar el encuentro usted recibirá un incentivo de transporte por el tiempo dedicado a participar del grupo focal por valor de $10.000.

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Dudas e Inquietudes

En caso de dudas posteriores, comunicarse con Yaira Yohanna Pardo Mora a través del correo electrónico yypardom@gmail.com o con Alejandra Bohórquez de Raquel Sofía Amaya producciones a través del correo electrónico jennya78@hotmail.com.

Declaración de Autorización

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Fui informade de la naturaleza del estudio, objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido y autorizo que los resultados sean incluidos en las bases de datos para su análisis.
He sido informade y entiendo que los datos obtenidos pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, sin que esto comprometa la confidencialidad. Por lo que convengo en participar.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre del participante _____

Firma del participante_____

Fecha _____ (día/mes/año)

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado a _____la naturaleza y los propósitos del estudio; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica la participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procederá a firmar el presente documento.

Nombre del investigador: Yaira Yohanna Pardo Mora

Firma _____

Fecha _____ *(día/mes/año)*

6. RESULTADOS

Teniendo en cuenta el tratamiento de la información propuesto se realizaron las siguientes actividades:

a. Grabación en audio de los grupos
b. Transcripción literal de la grabación: en la que se ha realizado la codificación de la grabación y de los participantes. Los tiempos de audio van entre 35 y 120 minutos.
c. El análisis en el software se inició con 5 transcripciones y se realizó verificación de información saturada

6.1. Cumplimiento del cronograma propuesto

Para el desarrollo de la investigación se propuso 9 semanas, de la cuales 6 de estas fueron planeadas para la recolección de información y las 3 siguientes para el análisis y presentación de resultados.

Respecto a la recolección de información esta se realizó en 5 semanas y se inició con el proceso de análisis y construcción de resultados finales.

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

6.2. Procesos de codificación abierta

La codificación abierta consistió en dos etapas: (1) la información recolectada en cada uno de los grupos focales fue transcrita y analizada frase por frase utilizando el programa Atlas ti Versión Web 8.6.2 a través del cual se han encontrado un total de 325 categorías de las cuales 87 categorías lograron alta recurrencia en las poblaciones de interés; luego, (2) se construyó una matriz de comparaciones para identificar las similitudes y diferencias en la distribución de las categorías iniciales con alta recurrencia según cada población de interés.

Tabla 5. Distribución de las categorías encontradas en la codificación abierta general.

No.	Código
1	Actores
2	Cliente trabajo sexual: características
3	Comunicación: desinformación
4	Comunicación: exceso de información
5	Comunicación: lugares
6	Comunicación: religión
7	Conocimiento/Mensaje: cronicidad del VIH
8	Conocimiento: autotest VIH
9	Conocimiento: bisexualidad vs. curiosidad
10	Conocimiento: condiciones toma de pruebas VIH
11	Conocimiento: efectividad pruebas VIH
12	Conocimiento: identidad sexual/género/sexo
13	Conocimiento: normatividad/leyes
14	Conocimiento: PrEP - PEP
15	Conocimiento: Prevención combinada VIH = + efectividad
16	Conocimiento: prevención y/o transmisión VIH
17	Conocimiento: sintomatología ITS/VIH
18	Conocimiento: transición/hormonización
19	Conocimiento: tratamiento VIH/ITS/ETS
20	Creencia: + práctica sexual - valor
21	Creencia: condón 100% efectividad contra ITS
22	Creencia: efectos secundarios medicación
23	Creencia: el VIH/SIDA se ve
24	Creencia: heterocuriosidad como doble vida
25	Creencia: heterosexualidad como superioridad moral

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

26	Creencia: HSH como curiosidad/flexibilidad
27	Creencia: indetectabilidad
28	Creencia: infección VIH como suciedad
29	Creencia: la homosexualidad se ve
30	Creencia: LGBTI = VIH
31	Creencia: machismo/masculinidad
32	Creencia: no me va a pasar a mí
33	Creencia: no riesgo de embarazo = no riesgo de ITS
34	Creencia: no todas las ETS tienen cura
35	Creencia: práctica sexual no implica identidad
36	Creencia: PrEP implica no enfermar
37	Creencia: PrEP para no llegar a SIDA
38	Creencia: PrEP permite no usar condón
39	Creencia: Prep solo para Gays
40	Creencia: religión/Dios
41	Creencia: se aprende de los propios errores
42	Creencia: se puede morir de VIH
43	Creencia: transmisión/prevención del VIH
44	Creencia: transmisor pasivo del VIH
45	Creencia: VIH es como un cáncer
46	Creencia: VIH es enfermedad que todos tienen
47	Creencia: VIH/SIDA se cura
48	Creencias: diagnóstico de ITS
49	Emoción: ansiedad
50	Emoción: asco por Dx VIH
51	Emoción: cansancio/hartazgo
52	Emoción: cohibición
53	Emoción: confianza
54	Emoción: conflictividad
55	Emoción: culpa
56	Emoción: decepción
57	Emoción: despreocupación
58	Emoción: devastación/preocupación
59	Emoción: felicidad/tranquilidad
60	Emoción: in/seguridad
61	Emoción: menoscabo por identidad sexual
62	Emoción: miedo a la estigmatización
63	Emoción: orgullo
64	Emoción: pasión/deseo
65	Emoción: placer
66	Emoción: preocupación
67	Emoción: prudencia

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

68	Emoción: rechazo identidades sexuales
69	Emoción: reconocimiento
70	Emoción: represión
71	Emoción: soledad
72	Emoción: trauma
73	Emoción: tristeza
74	Emoción: vergüenza
75	Estereotipo: bisexuales no saben lo que son
76	Estereotipo: ningún hombre es fiel
77	Estereotipo: población de riesgo
78	Información: identidades sexuales
79	ITS: riesgo vital
80	Medicina: estigmatización/deshumanización
81	Medio: campañas/jornadas/brigadas
82	Medio: televisión
83	Medios: comercial
84	Medios: redes sociales
85	Medios: series
86	Medios: WhatsApp
87	Mensaje/Motivación: experiencias propias
88	Mensaje/Práctica: auto-cuidado
89	Mensaje/Práctica: concientizar
90	Mensaje/Práctica: historias de vida/crianza
91	Mensaje/Práctica: vivencia plena de la sexualidad
92	Mensaje: asertividad
93	Mensaje/Motivación: autodeterminación
94	Mensaje: autoestima
95	Mensaje: beneficios de tomarse la prueba
96	Mensaje: consecuencias de los actos
97	Mensaje: cuidado colectivo
98	Mensaje: derechos
99	Mensaje: diversidad
100	Mensaje: educación sexual
101	Mensaje: emocional/afectivo
102	Mensaje: estigmatización
103	Mensaje: impactante
104	Mensaje: información ITS/prevención
105	Mensaje: intersubjetividad
106	Mensaje: no político
107	Mensaje: normalización del VIH
108	Mensaje: pérdidas
109	Mensaje: prevención combinada VIH = integralidad

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

110	Mensaje: subliminal
111	Mensaje: todos y todas
112	Mensaje: tomarse la prueba
113	Mensaje: transmisión del VIH
114	Mensaje: usar condón
115	Mensaje: valores humanos
116	Mensaje: VIH no es muerte
117	Mensaje: VIH vs. SIDA
118	Mensajes: naturalizar la sexualidad
119	Modo: anonimato
120	Modo: audio
121	Modo: brindar ayuda
122	Modo: constancia en el tiempo
123	Modo: diálogo de saberes
124	Modo: enfoque diferencial/interseccional
125	Modo: estudio/divulgación científica
126	Modo: ética
127	Modo: fuentes confiables
128	Modo: generar confianza
129	Modo: horizontalidad/pares
130	Modo: incluir a las familias
131	Modo: indagar
132	Modo: integración de los sentidos
133	Modo: marca
134	Modo: masivo
135	Modo: no miedo al VIH
136	Modo: participación integral LGBTI+
137	Modo: performance
138	Modo: personalidades
139	Modo: personas LGBTIQ+
140	Modo: popup en móviles
141	Modo: preguntas abiertas
142	Modo: profesionales de la salud
143	Modo: programa
144	Modo: radio
145	Modo: roles personales
146	Modo: salud pública tema de interés general
147	Modo: según población target
148	Modo: sensibilización
149	Modo: uso del lenguaje
150	Modo: vivir/recorrer los territorios
151	Modos: publicidad

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

152	Motivación no/toma de prueba: evitación experiencial
153	Motivación no/toma de prueba: falta de empatía
154	Motivación no/toma de prueba: miedo
155	Motivación no/toma de prueba: rechazo
156	Motivación no/toma de prueba: vergüenza
157	Motivación no/uso condón: belleza física de la otra persona
158	Motivación no/uso condón: mayor disfrute/placer
159	Motivación PrEP: privacidad
160	Motivación toma de prueba/campañas: confidencialidad del Dx y proceso
161	Motivación toma de prueba/campañas: intimidad/privacidad
162	Motivación toma de prueba/prevención: rapidez proceso
163	Motivación toma de prueba/tto VIH: acompañamiento médico/psicológico
164	Motivación toma de prueba: buen trato
165	Motivación toma de prueba: compañía de amigo/a
166	Motivación toma de prueba: convencimiento cliente
167	Motivación toma de prueba: lugares reconocidos/confiables
168	Motivación toma de prueba: medicación
169	Motivación toma de prueba: menos preguntas
170	Motivación toma de prueba: pago por sexo sin condón
171	Motivación toma de prueba: petición pareja
172	Motivación toma de prueba: recibir algo a cambio
173	Motivación toma de prueba: responsabilidad
174	Motivación toma de prueba: síntomas SIDA
175	Motivación uso condón/toma prueba: no conocer al otro
176	Motivación uso lubricante: uso condón
177	Motivación/Mensaje: consecuencias del VIH
178	Motivación/Tto: medicación
179	Motivación/valor humano: responsabilidad
180	Motivación: aceptación
181	Motivación: autolesionarse
182	Motivación: beneficio económico
183	Motivación: compartir valores
184	Motivación/Emoción: desconfianza
185	Motivación: deseo de infectarse
186	Motivación: disciplina
187	Motivación: emigrar
188	Motivación/Emoción: miedo/temor
189	Motivación: obligación del uso del condón
190	Motivación: pensar en hijos
191	Motivación: pérdida
192	Motivación: placer/gusto
193	Motivación: sintomatología

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

194	Pedagogía
195	Práctica sexual
196	Práctica: acordar condiciones servicio sexual
197	Práctica: atención médica
198	Práctica: bug-chasing
199	Práctica: búsqueda de información
200	Práctica: chantaje
201	Práctica: conocer a la otra persona
202	Práctica: convencer sobre uso del condón
203	Práctica: convivencia
204	Práctica: cuidar al cliente/pareja
205	Práctica: culturización
206	Práctica: educación/formación/capacitación
207	Práctica: escucha activa
208	Práctica: esperar periodo ventana VIH
209	Práctica: estar y seguir en el clóset
210	Práctica: etiquetar a las personas
211	Práctica: exigencia derecho a la salud
212	Práctica: habitar la calle
213	Práctica: hablar con doble sentido
214	Práctica: hablar de sexo en familia
215	Práctica: hablar y desahogarse - servicio sexual
216	Práctica: hermandad TRANS
217	Práctica: homo/transfobia internalizada
218	Práctica: infección por venganza
219	Práctica: informar del Dx antes del sexo
220	Práctica: inobservancia en prevención/atención VIH/ITS
221	Práctica: juzgamiento por equipos de salud
222	Práctica: no hablar de sexo
223	Práctica: no testearse por VIH
224	Práctica: no uso del condón
225	Práctica: pagar por sexo
226	Práctica: pago por no uso del condón
227	Práctica: participación en investigaciones
228	Práctica: participar en asociaciones/redes
229	Práctica: privacidad del Dx
230	Práctica: revisar zona genital antes del sexo
231	Práctica: salir del closet
232	Práctica: serofobia
233	Práctica: sexo con luz encendida
234	Práctica: sexo oral sin condón
235	Práctica: stealthing

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

236	Práctica: toma de prueba VIH periódicamente
237	Práctica: uso de condón
238	Práctica: uso repetido de jeringas propias
239	Práctica: vivir/encarnar la diferencia/con VIH
240	Preferencia/riesgo: eyaculación dentro de la otra persona
241	Preferencia: no uso de condón
242	PrEP: adherencia al tratamiento
243	PrEP: efectos secundarios
244	PrEP: transición/hormonización
245	Prevención VIH: práctica de la salud pública
246	Prueba rápida VIH: condiciones
247	Reducida validez investigación
248	Riesgo/emoción: vulnerabilidad
249	Riesgo/Práctica: discriminación
250	Riesgo/Práctica: mentir/ocultar Dx VIH/SIDA
251	Riesgo: alcohol/drogadicción
252	Riesgo: amor romántico
253	Riesgo: antecedentes
254	Riesgo: autodiagnóstico
255	Riesgo: baja adherencia al tto
256	Riesgo: baja regulación emocional
257	Riesgo: bajo/sin acceso al SGSSS
258	Riesgo: carga viral
259	Riesgo: compartir jeringas
260	Riesgo: concentración del VIH/SIDA
261	Riesgo: condiciones del trabajo sexual
262	Riesgo: confianza sobre no infección
263	Riesgo: conflicto armado
264	Riesgo: consumo de drogas
265	Riesgo: contacto físico
266	Riesgo: creer en la monogamia
267	Riesgo: curiosidad
268	Riesgo: dependencia económica
269	Riesgo: desconocer uso correcto del condón
270	Riesgo: desconocimiento PEP/PrEP/Autotest
271	Riesgo: desorden
272	Riesgo: diagnóstico tardío/por sorpresa
273	Riesgo: encuentro sexual sin penetración
274	Riesgo: estado serológico
275	Riesgo: estrategias de prevención mal realizadas
276	Riesgo: etapa etaria
277	Riesgo: exclusividad sexual/pareja

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

278	Riesgo: falta de acompañamiento
279	Riesgo: falta de educación sexual
280	Riesgo: falta de empatía
281	Riesgo: falta de información/publicidad/conocimiento
282	Riesgo: falta de interiorización/apropiación
283	Riesgo: falta de pedagogía
284	Riesgo: falta de sentido de vida
285	Riesgo: falta de vocación familiar
286	Riesgo: herida abierta
287	Riesgo: heterosexualidad
288	Riesgo: inmediatez del placer sexual
289	Riesgo: intención de infectar
290	Riesgo: irrelevancia ITS
291	Riesgo: ITS/sexualidad son tabú
292	Riesgo: lugares
293	Riesgo: machismo/patriarcado
294	Riesgo: mentir sobre exclusividad sexual
295	Riesgo: migración
296	Riesgo: necesidad económica
297	Riesgo: no acceso a/participación en/ campañas/pruebas
298	Riesgo: no inteligencia
299	Riesgo: no llevar condón consigo
300	Riesgo: oportunidad/deseo
301	Riesgo: otras ITS/ETS
302	Riesgo: PID
303	Riesgo: práctica hospitalaria
304	Riesgo: promiscuidad
305	Riesgo: pruebas serológicas
306	Riesgo: relación sexual sin protección
307	Riesgo: relaciones sexuales ocasionales
308	Riesgo: religión
309	Riesgo: respeto/amor/quererse a sí mismo/a
310	Riesgo: responsabilidad
311	Riesgo: rotura del condón
312	Riesgo: rumba/fiesta
313	Riesgo: salud mental
314	Riesgo/Mensaje: sexo
315	Riesgo: sexo extramatrimonial
316	Riesgo: sexo rudo
317	Riesgo: trabajo sexual infantil
318	Riesgo: uso PrEP
319	Riesgo: violación

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

320	Salud mental: consumo de SPA
321	Salud mental: depresión
322	Salud mental: suicidio
323	Sexo/Sexualidad: intimidad/privacidad
324	Valores humanos: respeto
325	Valores humanos: vida

Tabla 6. Distribución de categorías con alta recurrencia encontradas en la codificación abierta general.

Orden según *f*	Códigos
1	Comunicación: lugares
2	Medio: campañas/jornadas/brigadas
3	Conocimiento: prevención y/o transmisión VIH
4	Riesgo: pareja/exclusividad sexual
5	Motivación/Mensaje: autodeterminación
6	Mensaje/Práctica: auto-cuidado
7	Práctica: educación/formación/capacitación
8	Actores
8	Mensaje: todos y todas
9	Modo: según población target
10	Mensaje/Práctica: concientizar
11	Riesgo: sexo
12	Cliente trabajo sexual: características
12	Riesgo: falta de información/publicidad/conocimiento
13	Mensaje/Motivación: experiencias propias
13	Práctica: atención médica
13	Riesgo: etapa etaria
14	Estereotipo: población de riesgo
14	Modo: horizontalidad/pares
14	Práctica: uso de condón
15	Práctica sexual
16	Modo: enfoque diferencial/interseccional
16	Motivación: obligación del uso del condón
16	Práctica: no uso del condón
17	Riesgo: otras ITS/ETS
18	Modo: vivir/recorrer los territorios
18	Prevención VIH: práctica de la salud pública
18	Riesgo: lugares
19	Creencia: HSH como curiosidad/flexibilidad
19	Riesgo: relaciones sexuales ocasionales

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

20	Práctica: vivir/encarnar la diferencia/con VIH
21	Motivación toma de prueba/tto VIH: acompañamiento médico/psicológico
21	Riesgo: relación sexual sin protección
22	Conocimiento/Mensaje: cronicidad del VIH
22	Mensaje: asertividad
22	Riesgo: ITS/Sexualidad son tabú
22	Riesgo: condiciones del trabajo sexual
22	Riesgo: confianza sobre no infección
22	Riesgo: sexo extramatrimonial
22	Motivación/Emoción: desconfianza
22	Motivación/Emoción: miedo/temor
23	Creencia: no me va a pasar a mí
23	Creencia: transmisión/prevención del VIH
23	Modo: sensibilización
24	Riesgo/emoción: vulnerabilidad
25	Creencia: LGBTI = VIH
25	Medicina: estigmatización/deshumanización
25	Medios: redes sociales
25	Mensaje: normalización del VIH
25	Mensaje: prevención combinada VIH = Integralidad
25	Modo: diálogo de saberes
25	Motivación/Mensaje: consecuencias del VIH
25	Preferencia: no uso de condón
25	Riesgo: falta de acompañamiento
25	Riesgo: respeto/amor/quererse a sí mismo/a
25	Sexo/Sexualidad: intimidad/privacidad
26	Creencia: el VIH/SIDA se ve
26	Información: identidades sexuales
26	Mensaje/Práctica: historias de vida/crianza
26	Modo: estudio/divulgación científico/a
26	Motivación no/toma de prueba: miedo
26	Práctica: inobservancia en prevención/atención VIH/ITS
26	Riesgo: falta de educación sexual
27	Emoción: miedo a la estigmatización
27	Mensaje: VIH vs. SIDA
27	Mensaje: información ITS/prevención
27	Motivación toma de prueba/campañas: confidencialidad del Dx y proceso
27	Motivación toma de prueba/campañas: intimidad/privacidad
27	Riesgo: machismo/patriarcado
28	Conocimiento: PrEP - PEP
28	Conocimiento: identidad sexual/género/sexo
29	Mensaje/Práctica: vivencia plena de la sexualidad
29	Mensaje: estigmatización
29	Modo: incluir a las familias

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

29	Modo: profesionales de la salud
29	Motivación uso condón/toma prueba: no conocer al otro
29	Práctica: convencer sobre uso del condón
29	Práctica: estar y seguir en el clóset
30	Mensaje: emocional/afectivo
30	Modo: generar confianza
30	Modo: personas LGBTIQ+
30	Motivación: placer/gusto
30	Práctica: hablar de sexo en familia
30	Práctica: no hablar de sexo
30	Riesgo/Práctica: mentir/ocultar Dx VIH/SIDA
30	Riesgo: creer en la monogamia
30	Valores humanos: vida

Nota. Se incluyen los códigos encontrados en la codificación abierta organizados de 1 a 30 (mayor a menor, respectivamente) según su frecuencia de aparición en el análisis de las transcripciones.

Tels. 601 2493604 / 601 3476640 • www.rsaproducciones.com
email: contacto@rsaproducciones.com / rsaproducciones@yahoo.es

Tabla 7. *Distribución de categorías con alta recurrencia encontradas en la codificación abierta según población de interés y presentadas de acuerdo con el orden de frecuencia*

f	HSH*	*f*	TS**	*f*	TRANS***	*f*	MG****	*f*	PID*****
1	Comunicación: lugares	1	Cliente trabajo sexual: características	1	Medio: campañas/jornadas/brigadas	1	Comunicación: lugares	1	Comunicación: lugares
2	Creencia: HSH como curiosidad/flexibilidad	2	Motivación: obligación del uso del condón	2	Modo: enfoque diferencial/interseccional	1	Conocimiento: prevención y/o transmisión VIH	3	Medio: campañas/jornadas/brigadas
3	Riesgo: falta de información/publicidad/conocimiento	3	Mensaje/Práctica: auto-cuidado	3	Modo: según población target	2	Riesgo: pareja/exclusividad sexual	3	Práctica: habitar la calle
4	Medio: campañas/jornadas/brigadas	3	Motivación/Mensaje: autodeterminación	3	Modo: vivir/recorrer los territorios	3	Medio: campañas/jornadas/brigadas	4	Actores
4	Modo: según población target	4	Práctica: uso de condón	3	Prevención VIH: práctica de la salud pública	3	Mensaje/Práctica: concientizar	4	Mensaje/Práctica: auto-cuidado
5	Motivación/Mensaje: autodeterminación	4	Actores	4	Actores	3	Riesgo: sexo	4	Modo: horizontalidad/pares
5	Mensaje: todos y todas	4	Conocimiento: prevención y/o transmisión VIH	4	Conocimiento: prevención y/o transmisión VIH	4	Mensaje/Práctica: auto-cuidado	4	Motivación/Tto: medicación
6	Estereotipo: población de riesgo	4	Riesgo: etapa etaria	4	Práctica: atención médica	4	Riesgo: ITS/Sexualidad son tabú	4	Riesgo: consumo de drogas
6	Práctica: educación/formación/capacitación	5	Práctica sexual	5	Práctica: educación/formación/capacitación	4	Riesgo: etapa etaria	4	Valores humanos: vida
7	Información: identidades sexuales	5	Práctica: no uso del condón	5	Riesgo: sexo	6	Motivación/Mensaje: autodeterminación	5	Emoción: miedo
7	Mensaje: experiencias propias	6	Medios: redes sociales	6	Comunicación: lugares	5	Mensaje: todos y todas	5	Mensaje/Motivación: experiencias propias
8	Sexo/Sexualidad: intimidad/privacidad	6	Motivación uso condón/toma prueba: no conocer al otro	6	Mensaje: todos y todas	6	Actores	5	Mensaje/Práctica: concientizar
9	Mensaje: estigmatización	6	Práctica: educación/formación/capacitación	7	Mensaje/Práctica: concientizar	7	Mensaje: VIH vs. SIDA	5	Modo: estudio/divulgación científico/a
9	Modo: sensibilización	6	Riesgo: pareja/exclusividad sexual	7	Mensaje: prevención combinada VIH = Integralidad	7	Mensaje: asertividad	5	Modo: según población target
9	Motivación toma de prueba/campañas: confidencialidad del Dx y proceso	7	Comunicación: lugares	7	Riesgo: condiciones del trabajo sexual	7	Modo: horizontalidad/pares	5	Modo: vivir/recorrer los territorios
9	Motivación toma de prueba/campañas: intimidad/privacidad	7	Mensaje/Práctica: concientizar	8	Mensaje/Práctica: auto-cuidado	7	Riesgo: sexo extramatrimonial	5	Práctica: educación/formación/capacitación
9	Emoción/Motivación: miedo/temor	7	Práctica: convencer sobre uso del condón	8	Práctica: inobservancia en prevención/atención VIH/ITS	8	Conocimiento/Mensaje: cronicidad del VIH	5	Riesgo/emoción: vulnerabilidad
9	Riesgo: respeto/amor/quererse a sí mismo/a	7	Riesgo: relaciones sexuales ocasionales	8	Práctica: vivir/encarnar la diferencia/con VIH	8	Creencia: transmisión/prevención del VIH	5	Riesgo: compartir jeringas
10	Conocimiento: identidad sexual/género/sexo	8	Preferencia: no uso de condón	9	Modo: horizontalidad/pares	8	Medio: televisión	5	Riesgo: otras ITS/ETS

10	Medicina: estigmatización/deshumanización	8	Práctica: atención médica	9	Riesgo: falta de acompañamiento	8	Mensaje/Práctica: historias de vida/crianza	5	Comunicación: exceso de información
10	Motivación no/toma de prueba: miedo	8	Riesgo: otras ITS/ETS	10	Modo: diálogo de saberes	8	Modo: no miedo al VIH		
10	Práctica: estar y seguir en el clóset	8	Riesgo: relación sexual sin protección	10	Práctica: uso de condón	8	Práctica: hablar de sexo en familia		
10	Riesgo: confianza sobre no infección	9	Creencia: el VIH/SIDA se ve			8	Práctica: no hablar de sexo		
10	Riesgo: pareja	9	Riesgo: falta de información/publicidad/conocimiento			8	Riesgo: lugares		
		10	Creencia: no me va a pasar a mí			8	Riesgo: relaciones sexuales ocasionales		
		10	Emoción: pasión/deseo			9	Creencia: religión/Dios		
		10	Mensaje/Motivación: experiencias propias			9	Mensaje: normalización del VIH		
		10	Mensaje: información ITS/prevención			9	Modo: incluir a las familias		
		10	Motivación toma de prueba/prevención: rapidez proceso			9	Práctica: no uso del condón		
		10	Motivación toma de prueba: compañía de amigo/a			10	Creencia: + práctica sexual - valor		
		10	Prueba rápida VIH: condiciones			10	Creencia: LGBTI = VIH		
		10	Práctica: cuidar al cliente/pareja			10	Estereotipo: población de riesgo		
		10	Práctica: hablar y desahogarse - servicio sexual			10	ITS: riesgo vital		
		10	Práctica: pagar por sexo			10	Mensaje/Motivación: experiencias propias		
		10	Práctica: toma de prueba VIH periódicamente			10	Mensaje/Práctica: vivencia plena de la sexualidad		
		10	Riesgo: condiciones del trabajo sexual			10	Mensaje: VIH no es muerte		
		10	Riesgo: falta de educación sexual			10	Modo: roles personales		
		10	Riesgo: no llevar condón consigo			10	Motivación/Mensaje: consecuencias del VIH		
		10	Riesgo: oportunidad/deseo			10	Motivación: emigrar		
						10	Riesgo: confianza sobre no infección		
						10	Riesgo: otras ITS/ETS		
						10	Riesgo: rumba/fiesta		
						10	Valores humanos: vida		

Nota. Se presentan los códigos que en cada una de las poblaciones de interés alcanzaron las más altas recurrencias. Abreviaturas:

* Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con o sin diagnóstico de VIH.

** Trabajadoras sexuales.

*** Personas con experiencia de vida Trans.

**** Personas migrantes.

***** Personas que se inyectan drogas.

A partir de la segunda fase de la codificación abierta se pudo observar una mayor saturación de códigos en dos poblaciones de interés: HSM y TS; mientras que las poblaciones MIG y PID presentaron un menor número de códigos saturados. Lo anterior, pudo presentarse por condiciones como el número de participantes en cada población dentro de los grupos focales realizados; un discurso con mayor o menor riqueza conceptual; la aparición de múltiples temas conexas a la entrevista, la apertura al diálogo y la externalización de ideas, pensamientos y sentimientos; entre otras.

6.3. Proceso de codificación axial, selectiva y analítica

Consistió en resumir y organizar los códigos iniciales con alta recurrencia en las poblaciones de interés en 12 categorías unificadas a partir de las relaciones temáticas, pragmáticas y de sentido observadas entre los códigos. Este proceso fue fundamental para refinar los elementos de análisis.

Tabla 8. Reducción de categorías en la codificación axial, selectiva y analítica para las poblaciones de interés HSH, TS, TRANS, MIG y PID

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

Orden según *f*	Codificación Abierta	Codificación Axial	Codificación Selectiva	Codificación Analítica
3	Prevención y/o transmisión VIH	**Conocimientos**	**PENSARES**	**VIVENCIA HUMANIZADA DE LA SEXUALIDAD**
22	Cronicidad del VIH			
28	PreP - PEP			
28	Identidad sexual/género/sexo			
26	Identidades sexuales			
30	Vida	**Valores**		
14	Estereotipo: población de riesgo	**Creencias**		
19	HSH como curiosidad/flexibilidad			
23	No me va a pasar a mí			
23	Transmisión/prevención del VIH			
26	El VIH/SIDA se ve			
25	LGBTI = VIH			
4	Pareja/exclusividad sexual	**Riesgos**		
11	Sexo			
12	Falta de información/publicidad/conocimiento			
13	Etapa etaria			
17	Otras ITS/ETS			
18	Lugares			
19	Relaciones sexuales ocasionales			
22	ITS/Sexualidad son tabú			
22	Condiciones del trabajo sexual			
22	Confianza sobre no infección			
22	Sexo extramatrimonial			
21	Relación sexual sin protección			
24	Vulnerabilidad			
25	Falta de acompañamiento			
25	Respeto/amor/quererse a sí mismo/a			
26	Falta de educación sexual			
27	Machismo/patriarcado			
30	Mentir/ocultar Dx VIH/SIDA			
30	Creer en la monogamia			
5	Autodeterminación	**Motivaciones y emociones**	**SENTIRES**	
16	Obligación del uso del condón			
21	Motivación toma de prueba/tto VIH: acompañamiento médico/psicológico			
22	Desconfianza			
22	Miedo/temor			
24	Emoción: vulnerabilidad			
25	Consecuencias del VIH			

26	Motivación no/toma de prueba: miedo			
27	Motivación toma de prueba/campañas: confidencialidad del Dx y proceso			
27	Motivación toma de prueba/campañas: intimidad/privacidad			
29	Motivación uso condón/toma prueba: no conocer al otro			
30	Motivación: placer/gusto			
27	Emoción: miedo a la estigmatización			
25	No uso de condón	**Preferencias**		
7	Educación/formación/capacitación	**Prácticas**	**ACTUARES**	
13	Atención médica			
14	Uso de condón			
15	Práctica sexual			
16	No uso del condón			
20	Vivir/encarnar la diferencia/con VIH			
26	Inobservancia en prevención/atención VIH/ITS			
29	Convencer sobre uso del condón			
29	Estar y seguir en el clóset			
30	Hablar de sexo en familia			
30	No hablar de sexo			
30	Mentir/ocultar Dx VIH/SIDA			
8	Actores	**Contextos**		
12	Cliente trabajo sexual: características			
18	Prevención VIH: práctica de la salud pública			
25	Sexo/Sexualidad: intimidad/privacidad			
25	Medicina: estigmatización/deshumanización			
1	Comunicación: lugares	**Lugares**	**COMUNICACIÓN**	**PREVENCIÓN DEL VIH COMUNICACIÓN PARA LA PERFORMATIVIDAD DE LA**
5	Autodeterminación	**Mensajes**		
6	Mensaje/Práctica: auto-cuidado			
8	Mensaje: todos y todas			
10	Mensaje/Práctica: concientizar			
13	Mensaje/Motivación: experiencias propias			
22	Cronicidad del VIH			
22	Mensaje: asertividad			
25	Mensaje: normalización del VIH			
25	Mensaje: prevención combinada VIH = Integralidad			
26	Mensaje/Práctica: historias de vida/crianza			
27	Mensaje: VIH vs. SIDA			
27	Mensaje: información ITS/prevención			
29	Mensaje/Práctica: vivencia plena de la sexualidad			
29	Mensaje: estigmatización			

30	Mensaje: emocional/afectivo			
9	Modo: según población target	**Modos**		
14	Modo: horizontalidad/pares			
16	Modo: enfoque diferencial/interseccional			
18	Modo: vivir/recorrer los territorios			
23	Modo: sensibilización			
25	Modo: diálogo de saberes			
26	Modo: estudio/divulgación científico/a			
29	Modo: incluir a las familias			
29	Modo: profesionales de la salud			
30	Modo: generar confianza			
30	Modo: personas LGBTIQ+			
2	Medio: campañas/jornadas/brigadas	**Medios**		
25	Medios: redes sociales			

6.4. Resultados por grupo de población

6.4.1. Población HSH (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres)

La población participante fue en su mayoría hombres cuya identidad sexual es homosexual, dado la dificultad de contar con hombres que identitariamente se consideren heterosexuales pero que tengan relaciones sexuales con hombres gay o mujeres trans dado que para ellos la protección de su identidad es fundamental.

Hay un aspecto muy relevante, en esta población es la consideración que el VIH es considerada una enfermedad crónica que no genera el miedo y el temor de tener el diagnóstico como hace unos años, sobre todo en la población joven e inclusive su gravedad es comparada con otras enfermedades como la diabetes que generan una serie de síntomas y cambios drásticos en los hábitos de vida como la Diabetes por lo que se encontraron expresiones "*Es más peligroso y más terrible tener diabetes que VIH*".

Dado esta consideración, es importante destacar que la población considera que otras ITS como la sífilis, la gonorrea o la clamidia entre otras si genera en este momento más temor al hablar de sentires que el VIH, ya que para esta última el tratamiento se configura como una manera de poder vivir con la enfermedad toda la vida y el hecho de que a través de esta se logre una indetectabilidad se considera como "cura funcional" y un "efecto placebo", que hace que el nivel de prevención disminuya al momento de cuidarse. Es decir, para qué cuidarse cuando ya no hay miedo para adquirir la enfermedad, por lo menos en el plano personal.

Un elemento transversal tiene que ver con el hecho qué, el cuidado depende con quien te encuentres o que tanto se tiene la "cabeza caliente", ya que si estas con una pareja estable o logras un círculo social de confianza (lugares, personas etc.) no se hace necesario cuidarse. Sin embargo, hay circunstancias como que si estas deprimido porque terminaste una relación sentimental o el uso de drogas hace que, al momento de tener relaciones sexuales no tengas el mismo cuidado.

Por ende, el uso de condón ya pasa a estar en un segundo plano dado el acceso a método más confiable y fácil de manejar como es la PREP y que adicional, no te genera pérdida de placer como el condón. Sin embargo, sugieren qué, para trabajar nuevamente en términos de comunicación nuevamente el tema, se una a la prevención de las otras ITS que sí generan este temor y que la PREP no previene su transmisión.

Respecto a la prueba rápida, la población manifiesta que son un grupo que están siendo testeados constantemente por los servicios de salud, dada su orientación y su identidad sexual, así que la prueba rápida no representa para ellos un valor adicional ya que cada 6 meses o regularmente en cada encuentro con el sistema de salud este se las realiza.

Además, que los lugares de toma intramurales generan más confianza y según ellos más confiabilidad y acompañamiento en el caso de salir positiva. En cambio, los lugares públicos de tomas de prueba les genera desconfianza no solo del tipo de prueba sino lo que gira alrededor de que genera el miedo a ser reconocidos por alguna persona al entrar y salir de la carpa o por las personas pares que en ocasiones se encuentra en estos espacios.

El problema para la población sigue siendo este hombre heterosexual, que para algunos no acepta su identidad, para otros no tiene por qué pero que posee una doble vida y que se siente tan confiado tanto de su pareja hetero como de su pareja homo que el nivel de cuidado es casi nulo y que hablar con ellos es casi que imposible, denominadas personas heterocuriosas, heteroflexibles o heteroconfundidas.

6.4.2. Población Mujeres y hombres Trans

Las mujeres trans, considera que su vida se puede resumir en la frase utilizada por una de ellas: “Intriga, deseo y pasión” intriga dado que ellas consideran que genera en la población general mucho morbo y curiosidad y por esto son muy atractivas para los hombres que se consideran heterosexuales, deseo porque les genera una gran excitación ver un hombre convertido en mujer y pasión dado que son clientes fijos y apasionados. Si bien, ellas consideran que no todas las mujeres trans se dedican a la prostitución, la mayoría lo deben ejercer mientras están en sus procesos de transición para obtener el recurso económico para poderlo culminar, dado que pierden todo el respaldo de la familia. Sin embargo, consideran que están a menos riesgo que, por ejemplo, las mujeres cis ya que los hombres le tienen miedo a una reacción violenta de parte de ellas.

Aun así, siente que han sido utilizadas como una figura que representa la enfermedad, como si fueran ellas, las única a riesgo, por lo que consideran que la sociedad debería pensar que el "El VIH no discrimina", que el "El VIH no te pregunta si eres clave" y que la población clave es todo aquel que comienza a tener relaciones sexuales, para generar en todos, no solo en ellas una cultura del cuidado. Dado que al igual piensan que ha existido una tendencia "Gaycentrista" alrededor del VIH, que hace que los hombres no se cuiden.

En términos de prevención, tienen la idea que los procesos de hormonización hace que tengan poco acceso a la terapia retroviral, bien sea a la PREP, o a la PEP e inclusive al tratamiento, porque en su caso, prefieren la hormonización que le cuesta mucho a cuidarse con estos métodos, por lo que el único que queda en el panorama del cuidado es el condón. Sin embargo, tienen poco acceso a estos por el costo y tiene una alta demanda de lubricantes que en ocasiones no tienen y por esto son usuarias algunas de ellas de las pruebas rápidas solo para obtener los condones y el lubricante que es otorgado en los sitios públicos de toma de pruebas. Con todas estas consideraciones, piensan que "solo la población se cuida porque no se puede esperar a que el otro lo haga".

- "No va a ir con la amiga porque eso es venderse"

6.4.3. Población Mujeres y hombres trabajadorxs sexuales

Para las mujeres cis o trans y los hombres que ejercen el trabajo sexual, "La necesidad es la que no permite cuidarse", ya que comentan que inclusive cuando un cliente no quiere utilizar condón ellas no les prestan el servicio y en ocasiones esto genera peleas al interior de los establecimientos o moteles. Sin embargo, si no has podido trabajar o tienes una necesidad muy grande no importa el cuidado, porque los hombres definitivamente les gusta es tener relaciones sexuales sin condón.

Ellas y ellos consideran que "Loro viejo no aprende a hablar" y que los hombres que se encuentran en edades adultas, no les gusta definitivamente utilizar el condón y los hombres más jóvenes son más fáciles de persuadir en un momento dado, pero estos últimos tiene gustos un poco diferentes ya que no solo quieren tener sexo vaginal (en el caso de las mujeres cis) sino anal y esto aumenta el riesgo según ellas.

Entre las participantes hubo poco conocimiento de los otros métodos como la PREP o la PEP, casi nulo al menos que dentro del grupo hubiera una mujer trans que contaba más con la información dado que el servicio de salud se la había otorgado. Sin embargo, al intercambiar conocimientos entre ellas, las mujeres cis consideraban que esto no era garantía y que de todas formas lo más importante era la educación que deberían tener los hombres para el uso del condón.

Igualmente hablaron que ir tomarse una prueba o ir a buscar una PEP, con una amiga era casi que imposible, dado que se podría difundir el rumor de que podría estar enferma y esto complicaría su trabajo ya que iba a ser información difundida entre los clientes, así que ante las consecuencias que trae para el trabajo este tipo de decisiones prefieren que en los exámenes periódicos que ellas se deben hacer para trabajar en ciertos lugares hacerse la prueba en un centro de salud.

6.4.4. Población Mujeres y hombres migrantes de nacionalidad venezolana

La población migrante de nacional venezolana tiene muy poca información sobre los otros métodos de prevención, solo del condón. Sin embargo, es una comunidad que culturalmente genera un rechazo y todavía es un tabú hablar del VIH.

Los conceptos se manejan de manera errada como no tener claridad entre el VIH y el SIDA, confundirlo con la sintomatología de otras ITS, etc. Esto es asociado con que ahora en la educación en Venezuela, los programas de sexualidad ya no se imparten y como no es un tema que se hable ni en la sociedad ni en la familia, pocas personas se informan respecto al tema.

El VIH por tanto representa un rechazo social y familiar e implica que has tenido que hacer cosas que no deberías haber hecho y que por esta razón fuiste castigado.

De manera general, establecer una conversación sobre el tema al inicio es complicado y solo luego de que en las personas se genera la confianza estas empiezan a comentar sus experiencias, pero esto ameritaría una indagación más profunda sobre el tema con la población quizá en espacios más íntimos y con círculos de confianza.

6.4.5. Población PID (personas que se inyectan drogas)

La población que se inyecta drogas, dicho por un participante tiene una "cultura de cuidado en la calle", por las características propias de la adicción y del consumo. La información sobre el no compartir aguja la tienen muy presente cuando se encuentran sobrios e inclusive en lo posible siempre tienen sus propias agujas con ellos (se las muestran a la moderadora).

El problema es cuando no tienen acceso a las mismas, bien sea porque ya se les acabó o porque no las venden o porque no tienen dinero y la necesidad imperante de consumo hace que tenga que recurrir a reutilizar la que encuentran en la calle tirada en los sitios de

consumo o pedir compartir con otra persona su aguja. Conocen sobre la coinfección y tratan en lo posible de que si van a consumir otra droga no compartir ningún otro elemento.

Sin embargo, existe un asunto medular en los hombres y que ellos cuando se encuentran bajo el uso de las sustancias no tienen relaciones sexuales ni generan relaciones sentimentales, por lo que hablar con ellas y ellos de uso de condón o de otros métodos les resulta un poco irrelevante.

6.5. Resultados por objetivos propuestos

6.5.1. Sentires

En términos generales y sin tener aún el resultado por precategorías dado que aún se encuentra en fase de recolección de información, el sentir que genera saturación es el miedo social no a la enfermedad, es decir un miedo a que las personas conozcan que puedes llegar a tener una enfermedad, mas no a la enfermedad en sí. Es un temor social, que hace que no genere acciones alrededor del mismo si dentro del círculo personal, tienes acciones que te generan confianza.

Ahora bien, respecto a los métodos de diagnóstico, estos generan sentimiento de incertidumbre y pena, por lo que un escenario de toma pública incrementa estos sentires y un escenario más privado genera un poco menos de pena, aunque la incertidumbre siempre estará presente en la toma de una prueba rápida para VIH.

Existe un sentir generalizado y es que la prevención está segmentada y genera exclusión solo para los grupos de población clave que hace que a interior se genera auto estigma y auto discriminación y endohomofobia o endotransfobia.

Se considera que el "Placer es lo más importante" y que la sociedad debe entender que es "simplemente es sexo" y que las experiencias (curiosear) se ha convertido en una cultura sexual que debe ser normalizada en todas las personas sin distinción de identidad u orientación sexual ya que "El amor y el deseo no tiene edad".

6.5.2. Pensares

El considerar al VIH como enfermedad crónica, definitivamente hace que los niveles de prevención se reduzcan y queden asociados solo a ciertos escenarios como por ejemplo el trabajo sexual, por lo que si pienso que esto es así el actuar sobre un escenario que no utilizo o que no es mi condición de riesgo no voy a realizar acciones para un riesgo que no es el mío.

Adicional, la información y el acceso a los métodos de la prevención combinada (así como concepto no se conozca ni se reconozca) hace igualmente que sea más fácil intentar adquirir estos métodos y no utilizar el más efectivo, ya que prima el placer más aún si tengo opciones para priorizarlo.

El miedo social y los sentires que generan la incertidumbre hace que por ejemplo la prueba rápida genere rechazo, ya que la personas prefieren no saber y dado que el tratamiento te permite tener una calidad de vida, el testeo no genera alertas conductuales de ningún tipo. Es decir, parece haber un escenario de incremento de métodos de prevención más efectivo, más seguros y más discretos que te permiten tener la vida sexual que quieras y con quien consideres.

6.5.3. Actuares

Por todo lo anterior los actuares son muy específicos de acuerdo con la población, a la circunstancia y a la necesidad, por lo que tener relaciones sexuales sin protección, preferir el tomar una prueba rápida en un escenario no público sino institucional y solo utilizar el condón en determinadas circunstancias, pareciera la formas de concebir la prevención combinada por parte de la población indagada.

Esto, sin embargo, se corroborará y se presentará criterios de saturación una vez se termine el análisis en el software y se realice el tratamiento circular de los datos con la información obtenida en las notas de campo.

6.6. Comunicación modos, medios, lenguajes y mensajes

Algunos de los elementos que se muestran como fundamentales para la construcción de los modos, medios, lenguajes y mensajes, mencionados por las y los participantes fueron:

- Es necesario normalizar la prueba rápida como se hizo con el VIH
- Es fundamental para llegar a los hombres heterosexuales “Deshomosexualizar los mensajes”
- No favorecer información estigmatizante cerrada
- Utilizar frases que vayan unidas a elementos como “Libera tu mente cuídate como quieras”, “El hecho es cuidarse”, “toca agenciarse” y “Este cuerpo no los prestan dos veces”, abogar por la responsabilidad sexual y porque la “Vida larga si te haces la prueba”.
- Los mensajes de cuidado orientarlos a que la en la sexualidad tiene valor “gusto y mente” y a que “Cuidarse en todos los sentidos”

- Para la población PID utilizar imágenes ya que tienen es memoria fotográfica
- Llevar la información a sitos de heterosexuales: discotecas, amanecederos, centros comerciales, universidades, parqueaderos, mototaxis, estaciones de taxis
- Utilizar imagen de hombres muy hombres para atraer la atención de todas, todos y todes.
- Utilizar medios auditivos más que visuales como Podcasts en Spotify
- Y para la población venezolana expresiones culturales de su país como “Naguara”,
- “Chamo cuida tu hermano usa condón”, “Tu tiempo es hoy”, “Usa forro la vida es única”.

6.7. Resultados respecto a la prevención combinada como estrategia

Aunque las y los participantes no conocían de manera generaliza qué es la prevención combinada, al momento de indagar sobre a qué puede sonar hubo una frase que resumen la impresión general como el “Arte de decidirse”.

De igual forma consideraron que este debería ser como un sistema combinado entre las acciones que hacen las OBC, las pruebas rápidas y el sistema de salud y que tuviera en cuenta elementos como unirlo con otras ITS, dado el miedo y temor que estas generan a diferencia del VIH y de otros temas como el uso de condón femenino para mujeres trans y para mujeres cis y para hombres trans.

Al igual que incluir en este sistema que además tenga un sentido integral, las rutas de toma de pruebas o de consecución de medicamentos como la PREP o del tratamiento para el caso de las personas que ya tienen el diagnóstico.

De forma estructural se sugiere trabajar con el sector educativo (jóvenes que se cuidan-juventud prevenida) que es un tema poco tratado y que cada vez más las y los adolescentes "experimentan o curiosean" con su sexualidad y esto hace que con la información que hay que es mucha, pero poco confiable, el grado de riesgo se aumente.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se presenta el análisis de acuerdo con las categorías unificadas encontradas en los resultados:

7.1. Vivencia Humanizada de la Sexualidad

La vivencia humanizada de la sexualidad es el proceso mediante el cual las personas integran su sexualidad en la vida cotidiana, tanto en el ámbito público como privado, con respeto a sí mismas y a los demás. Esto implica una sexualidad libre de estigmas, prejuicios, y discriminaciones, promoviendo prácticas que privilegien el autocuidado, la autonomía y la dignidad. Una vivencia humanizada implica que cada persona pueda tomar decisiones informadas sobre su salud sexual, basadas en el conocimiento de su cuerpo y en el respeto por los derechos sexuales y reproductivos.

La sexualidad, desde esta perspectiva, se desvincula de los tabúes y concepciones morales limitantes para enmarcarse dentro de una práctica plena y consciente de los propios deseos y necesidades. Esto incluye no solo el derecho a vivir la sexualidad, sino también la obligación de los sistemas de salud y la sociedad de proporcionar las herramientas necesarias para el autocuidado, como métodos de prevención, tratamiento y acompañamiento emocional y psicológico.

7.2. El VIH como condición médica crónica

Uno de los elementos fundamentales de la vivencia humanizada de la sexualidad es la normalización del VIH como una condición médica crónica. A medida que el VIH se transforma en una enfermedad tratable, es crucial incorporar esta perspectiva en las vivencias sexuales de las personas. Este cambio no solo busca desestigmatizar a quienes viven con VIH, sino también integrar la prevención combinada dentro de la vida cotidiana, sin que las personas se sientan reducidas o definidas por su estatus serológico.

El diagnóstico de VIH debe humanizarse, no como un castigo o condena social, sino como una oportunidad para que las personas ejerzan su sexualidad con conciencia y responsabilidad. En este sentido, los avances biomédicos como la PrEP, la PEP y los tratamientos antirretrovirales son reconocidos como oportunidades para que las personas puedan llevar una vida sexual activa, plena y sin riesgos de transmisión.

7.3. Educación para una sexualidad humanizada

Para promover una vivencia humanizada de la sexualidad, es necesario reformar la educación sexual, tanto formal como informal; ello incluye una mirada integral y la participación de múltiples actores (p. ej.: ONG, entes territoriales, entidades de salud, organizaciones de base comunitaria y social, líderes y lideresas, Ministerio de Salud y Protección Social, SGSSS, escuelas y universidad, entre otros) con el fin de abordar no solo los aspectos reproductivos, sino también los derechos sexuales, la diversidad de identidades sexuales y de género, y la desmitificación de las ITS como el VIH.

Cualquier programa educativo, formativo o de capacitación debe ser accesibles y garantizar que todas las personas tengan acceso a información clara y veraz. Esta educación debe empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su cuerpo y sus

relaciones sexuales, superando las barreras que impone el estigma social y el recurrente silencio sobre la sexualidad.

7.4. Desmitificación del VIH y superación del estigma

Uno de los mayores obstáculos para la vivencia humanizada de la sexualidad es el estigma asociado al VIH con las identidades sexuales diversas. El estigma no solo dificulta que las personas accedan a métodos de prevención y diagnóstico, sino que también limita su capacidad de vivir su sexualidad de manera plena y autónoma.

La superación del estigma requiere un enfoque multisectorial que involucre políticas públicas, medios de comunicación, educación, y campañas de sensibilización/concientización especialmente dirigidas a NNA como multiplicadores. Es necesario desmitificar el VIH como una condición de salud exclusiva de ciertos grupos poblacionales para así humanizar también la prevención combinada del VIH como una estrategia válida para cualquier persona sexualmente activa. Además, es fundamental incluir narrativas positivas sobre la sexualidad, donde las personas con VIH puedan ser vistas como sujetos sexuales plenos y no como portadores de una enfermedad que les reduce.

7.5. Acceso a recursos biomédicos y acompañamiento psicosocial

El acceso pleno y suficiente a recursos biomédicos se plantea como una exigencia dentro de la vivencia humanizada de la sexualidad. Sin embargo, este acceso debe estar acompañado de apoyo psicosocial que permita a las personas comprender y gestionar de manera adecuada tanto su diagnóstico como su vida sexual.

El acompañamiento psicosocial incluye la provisión de espacios seguros para hablar sobre la sexualidad, las relaciones interpersonales, y las emociones relacionadas con el

autocuidado. Para las personas que viven con VIH, este acompañamiento es crucial para enfrentar los desafíos emocionales y psicológicos que pueden surgir tras el diagnóstico.

A continuación, se presentan los sentires, pensares y actuares de las diferentes poblaciones de interés en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de prevención combinada del VIH:

***Tabla 9**. Sentires, pensares y actuares de las poblaciones de interés respecto a la prevención combinada del VIH.*

Población de interés	Sentires	Pensares	Actuares
Mujeres TRANS	Muchas participantes expresaron un profundo miedo al estigma asociado al VIH. Este estigma no solo afecta su salud mental, sino que también les impide buscar atención médica adecuada. La falta de un entorno seguro para hablar sobre su diagnóstico contribuye a que muchas personas no se sientan cómodas compartiendo su estado de salud Existe una desconfianza generalizada hacia los profesionales de la salud, quienes a menudo no están capacitados para tratar a las personas TRANS. Esto genera una sensación de inseguridad al buscar atención médica, lo que puede llevar a la negación o rechazo de la atención médica	Las participantes enfatizaron en la necesidad de recibir información clara y accesible sobre la prevención combinada del VIH, incluyendo el uso de PrEP y PEP. Reconocen que la educación es clave para empoderarse y tomar decisiones informadas sobre su salud Hay un reconocimiento de que las experiencias de las personas transexuales son diversas y complejas, especialmente cuando se combinan con otras identidades, como ser trabajadora sexual o migrante. Esto implica que las estrategias de prevención deben ser adaptadas a las realidades específicas de cada grupo	Las participantes mencionan la importancia de contar con redes de apoyo dentro de su comunidad. La solidaridad entre pares es vista como un recurso valioso para compartir información y experiencias sobre la prevención del VIH Las personas entrevistadas suelen involucrarse activamente en la educación de otros(as) sobre el VIH y la prevención combinada. Esto incluye la replicación de información y la participación en campañas de sensibilización, lo que les permite empoderarse y ayudar a otros(as) en su comunidad
Mujeres trabajadoras sexuales	Expresaron un fuerte deseo/compromiso de cuidarse y protegerse del VIH. Esto se refleja	Las participantes tienen un entendimiento básico de la prevención combinada, que incluye el uso de	Algunas intentan educar a sus compañeras sobre la importancia de cuidarse y hacerse pruebas. Se

	en su interés por conocer sobre la PrEP y otros métodos de prevención Existe un temor significativo hacia el estigma asociado al VIH. Las trabajadoras sexuales han sentido que al solicitar pruebas de VIH son juzgadas por el personal médico y la sociedad	preservativos y la PrEP. Sin embargo, hay una falta de información sobre la PEP y otros métodos, lo que limita su capacidad para tomar decisiones informadas Las trabajadoras sexuales son conscientes de los riesgos asociados con su trabajo, pero también mencionaron que es usual que los clientes no utilicen o no quieran usar condón, lo que refleja un enfrentamiento constante entre la necesidad de protección y la presión de los clientes	mencionan esfuerzos para impulsar a otras a que también exijan a sus parejas/clientes hacerse pruebas de VIH A pesar de los miedos y estigmas, hay un reconocimiento de la necesidad de buscar atención médica, aunque suelen hacerlo cuando ya presentan sintomatología. Reconocen la falta de prevención que podría mejorarse con campañas de concienciación
HSH	Algunos participantes expresaron que la confianza en sus parejas sexuales puede llevar a la falta de uso de condón. Esto se debe a que confían en que su pareja no está infectada, lo que puede resultar en una exposición al VIH Existe un miedo persistente al VIH, que se ha alimentado por la desinformación y el estigma asociado a la enfermedad. Algunos hombres mencionaron que el miedo a hacerse pruebas de VIH proviene de la falta de educación y de experiencias pasadas negativas	Coinciden en que la educación sexual integral es fundamental para la prevención del VIH. Argumentan que se necesita una educación que comience desde la infancia y que aborde no solo el uso de condón, sino también la comprensión de ITS y la importancia de la prevención combinada del VIH Falta de conocimiento sobre la PrEP y su uso adecuado. Algunos hombres creen erróneamente que pueden dejar de usar condón si están tomando PrEP, lo que reflejó una falta de comprensión sobre cómo funciona y sus limitaciones	A pesar de la información disponible, algunos hombres continúan teniendo relaciones sexuales sin condón, a menudo debido a la influencia del alcohol o la presión social Algunos participantes han tomado la iniciativa de informarse sobre el VIH y las estrategias de prevención, ya sea a través de activismo, educación formal o experiencias personales. Esto sugiere que hay un interés en aprender y adoptar prácticas más seguras, aunque la implementación puede ser inconsistente
Hombres y mujeres migrantes	Expresaron un miedo significativo al VIH, asociado a la creencia de que es una enfermedad potencialmente mortal. Este afecta la disposición a hacerse pruebas y a hablar abiertamente sobre el tema	Enfatizaron en la importancia de la educación sobre el VIH y la prevención desde una edad temprana. Se mencionó que la concientización sobre el uso de condones y la realización de pruebas son fundamentales para prevenir la transmisión del virus	La mayoría de los participantes coinciden en que el uso de condón es el método más eficaz para prevenir el VIH, pero reiteran que es crucial la educación sobre otros métodos como la PrEP

	Existe una conciencia sobre los riesgos asociados a las relaciones sexuales sin condón, especialmente en contextos migratorios donde la población puede ser más vulnerable	Hay un reconocimiento de que hacerse pruebas de VIH debería ser una práctica normal, especialmente antes de iniciar relaciones sexuales. Sin embargo, el temor al rechazo y la falta de información limitan esta práctica	Sugieren que se implementen talleres y campañas de sensibilización en las comunidades migrantes para abordar el VIH y la salud sexual de manera más efectiva. Esto incluye la necesidad de que los migrantes se sientan cómodos/en confianza al hablar sobre su salud y a hacerse pruebas
PID	Expresaron que el VIH ha sido normalizado en la sociedad, lo que ha llevado a una disminución del miedo hacia la enfermedad. La gente tiene más miedo a otras enfermedades como la hepatitis o la tuberculosis, debido a la percepción de que el VIH ya no es tan mortal gracias a los avances en la medicina Al parecer, la abundante información sobre el VIH ha llevado a una desensibilización, donde las personas sienten que pueden llevar una vida normal a pesar de tener el virus; esto se traduce en una falta de urgencia para adoptar medidas preventivas	Percepción de que el riesgo de contraer VIH es menor en comparación con otras enfermedades ya que los tratamientos actuales permiten a las personas vivir con VIH sin complicaciones significativas Algunos participantes reconocieron que la falta de conocimiento sobre prácticas seguras y la cultura de compartir jeringas contribuyen a la propagación del VIH. Sin embargo, también hay un reconocimiento de que muchos son conscientes de los riesgos, pero el deseo de consumir drogas a menudo supera estas preocupaciones	A pesar de conocer los riesgos, admitieron compartir jeringas debido a la falta de recursos o por la presión del entorno. Esto se ve como una práctica común en su vida diaria, lo que aumenta el riesgo de transmisión del VIH Algunas personas buscan activamente información sobre el VIH y participan en programas de prevención, aunque la efectividad de estos programas puede verse limitada por la falta de continuidad y recursos disponibles

7.6. Toma de decisiones y estrategias de prevención combinada de VIH

A continuación, se detallan las diferencias en las estrategias de prevención combinada del VIH entre los distintos grupos poblacionales, enfocándose en la toma de decisiones:

***Tabla 10.**. Estrategias de prevención del VIH en poblaciones de interés.*

Población de interés	Toma de decisiones	Estrategias
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	Este grupo tiende a priorizar la discreción en sus encuentros sexuales, lo que puede llevar a decisiones que ignoren la prevención. Muchos hombres prefieren no usar condón en relaciones casuales al priorizar el placer o mayor sensibilidad, lo que puede ser un obstáculo para la adopción de estrategias de prevención combinada	La educación sobre el uso de la PrEP y la importancia de hacerse pruebas de VIH periódicamente es crucial, pero la implementación puede ser inconsistente debido al estigma y la falta de comunicación abierta sobre su sexualidad
Mujeres trabajadoras sexuales	Este grupo enfrenta desafíos únicos, como la presión de los clientes para no usar preservativos. Sin embargo, muchas trabajadoras sexuales son conscientes de los riesgos y toman decisiones que priorizan su salud, como exigir el uso de preservativos y participar en programas de PrEP	La educación sobre salud sexual es fundamental, y muchas trabajadoras sexuales se involucran comprometidamente en la promoción del uso de condón y la realización de pruebas de VIH entre sus clientes y parejas
Mujeres TRANS	Las mujeres TRANS suelen ser más proactivas en la búsqueda de información sobre salud sexual y prevención del VIH. Muchas de ellas toman decisiones informadas sobre el uso de la PrEP y la exigencia del uso de condón a sus parejas sexuales/clientes	Se enfocan en la educación y la sensibilización sobre prevención del VIH y otras ITS, tanto para ellas como para sus parejas sexuales/clientes, resaltan la necesidad del uso de la PrEP y del condón
Hombres y mujeres migrantes	Los(as) migrantes a menudo carecen de acceso a información y servicios de salud, lo que puede llevar a decisiones menos informadas sobre la prevención del VIH. Muchos(as) no conocen la prevención combinada del VIH	La concientización y la educación son esenciales, pero la falta de recursos y el miedo a la discriminación pueden limitar su capacidad para adoptar estrategias de prevención efectivas. El uso de condón se plantea como estrategia principal de prevención del VIH
Personas que se inyectan drogas (PID)	Este grupo a menudo enfrenta un estigma significativo y puede sentirse marginado, lo que afecta su acceso a información y recursos sobre	La implementación de programas de intercambio de jeringas y educación sobre el VIH es crucial, pero la efectividad de estas

	prevención. Muchos(as) son conscientes de los riesgos, pero la falta de apoyo y recursos puede llevar a decisiones que ignoren la prevención al enfrentarse a situaciones de consumo de SPA	estrategias puede verse limitada por el estigma y la falta de acceso a servicios de salud -incluyendo el acompañamiento psicosocial-

En general, las diferencias en la toma de decisiones sobre la prevención combinada del VIH entre las poblaciones de interés están profundamente permeadas por sus contextos sociales, culturales y económicos. Mientras que las mujeres transexuales y trabajadoras sexuales tienden a ser más proactivas en la búsqueda de información y en la exigencia de prácticas seguras y de acompañamiento integral por parte del Estado; otras poblaciones como los(as) migrantes y las personas que se inyectan drogas, enfrentan barreras estructurales significativas que limitan su capacidad para adoptar estrategias efectivas de prevención. Así las cosas, la educación y el acceso a recursos -especialmente económicos y técnicos- son fundamentales para mejorar la salud y la prevención del VIH en todas las poblaciones.

7.7. Performatividad de la Comunicación para la Prevención del VIH

Esta categoría reconoce que las implicaciones del proceso comunicativo van más allá de la transferencia de conocimientos/información ya que tiene el potencial de transformar las realidades sociales y personales, creando nuevos significados y formas de actuar frente a la prevención combinada del VIH. Así, la comunicación se vuelve una acción performativa, es decir, no solo describe una realidad, sino que tiene la capacidad de producir efectos tangibles en el mundo de quienes participan en ella.

La comunicación, en este sentido, no es neutra; se convierte en un agente de transformación que moldea y redefine las percepciones sobre el VIH al facilitarle a las personas que (re)interpreten sus realidades y reconozcan que hacen parte de un todo que

es mayor a la suma de sus partes. Además, esta performatividad permite dirigirse a múltiples audiencias, usando un lenguaje y símbolos que sean significativos, respetando y reflejando las identidades y experiencias de las personas para sumar a la generación de cambios conductuales.

La performatividad de la comunicación se potencializa con el uso de medios diversos que amplifiquen el alcance de los mensajes (desde redes sociales, televisión y radio hasta campañas en espacios públicos) y con la creación de narrativas que resuenen emocionalmente con las personas, que generen empatía y que los mensajes se sientan cercanos y relevantes.

En la práctica, la performatividad de la comunicación se manifiesta en campañas de sensibilización, talleres educativos y diálogos comunitarios que no solo transmiten información, sino que también fomentan un cambio de comportamiento y actitudes hacia la prevención del VIH. Esto incluye el uso de narrativas que empoderan a las personas y les permiten verse a sí mismas como agentes activos en su salud sexual.

Para facilitar la adopción de estrategias de prevención combinada del VIH entre los diferentes grupos poblacionales, es fundamental diseñar una comunicación que considere los modos, lugares y mensajes acordes. A continuación, se detallan algunas recomendaciones:

***Tabla 11**. Recomendaciones para la comunicación sobre prevención combinada de VIH.*

Población de interés	Lugares/Medios	Mensajes	Modos
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	Espacios como bares, clubes y aplicaciones de citas donde suelen sentirse cómodos, IPS, escuelas y universidades, fundaciones, casa LGBTIQ+, farmacias y en los sectores rurales a través de campañas, jornadas y brigadas	Enfatizar la importancia de la salud sexual y el uso de la PrEP, así como la realización de pruebas de VIH. Los mensajes deben deshomosexualizar la prevención, haciéndola relevante para todos los hombres, independientemente de su identidad sexual	Utilizar un lenguaje inclusivo y no estigmatizante con el fin de sensibilizar. La comunicación debe ser directa y clara, evitando términos que puedan resultar ofensivos o que refuercen el estigma.
Mujeres trabajadoras sexuales	En los lugares en los que se ejerce el trabajo sexual, así como en reuniones comunitarias y jornadas, campañas o brigadas de salud	Resaltar la importancia del uso de condón y de la PrEP, así como la realización de pruebas de VIH. Los mensajes deben abordar las barreras que enfrentan para exigir el uso de condón a sus clientes	Utilizar un enfoque diferencial y de pares, donde trabajadoras sexuales educadas en salud sexual compartan información con sus compañeras desde/en los territorios. Esto puede ayudar a crear un ambiente de confianza y hermandad
Mujeres TRANS	Espacios comunitarios y eventos dirigidos a las mujeres TRANS, así como en IPS - Fundaciones que ofrecen servicios específicos para ellas	Promover la autoeficacia y la importancia de la educación sobre salud sexual para todos, todas y todes. Los mensajes deben incluir información sobre la PrEP y la importancia de exigir el uso de condón a los hombres que pagan por trabajo sexual	La comunicación debe ser empática y centrada en las experiencias de vida de las mujeres TRANS a través de un diálogo de saberes. Por ejemplo, incluir testimonios de otras mujeres TRANS que han adoptado prácticas de autocuidado

Hombres y mujeres migrantes	Bares, discotecas, parques, centros comerciales y comunitarios, iglesias y eventos donde se congreguen migrantes. También se pueden utilizar plataformas digitales como las redes sociales	Informar sobre el derecho a la salud, la vivencia plena de la sexualidad y la humanización del VIH/SIDA con contenido educativo sobre su prevención dirigido a concientizar. Los mensajes deben abordar el miedo a la discriminación y la falta de acceso a servicios de salud	La comunicación debe ser culturalmente sensible y con un lenguaje coloquial. Utilizar estrategias audiovisuales dándole lugar a las familias
Personas que se inyectan drogas (PID)	Espacios de intercambio de jeringas y programas de reducción de daños, así como en IPS - Fundaciones	Estrategias para garantizar no compartir jeringas y el uso de la PrEP. Los mensajes deben incluir información sobre cómo acceder a servicios de salud y recursos psicosociales disponibles	La comunicación debe ser directa y sin juicios. Es necesario crear un ambiente seguro donde se sientan cómodos compartiendo sus experiencias

En general, las narrativas que se difunden para educar, sensibilizar y motivar a las personas a tomar medidas de prevención frente al VIH deben reconocer el autocuidado, la humanización del VIH, la lucha contra la estigmatización, el reconocimiento a las diversas historias de vida y de los territorios, la (in)formación sobre ITS y la comunicación emocional o afectiva. La performatividad de estos mensajes –es decir, cómo se llevan a cabo y se reciben– también influye en su efectividad.

Por otro lado, se requiere una horizontalidad en la comunicación a partir de personas que representen las realidades de cada población con un enfoque más igualitario y participativo en la educación/formación para la prevención del VIH, un diálogo amplio de saberes y la personalización de los enfoques y formas según las características de cada grupo poblacional. La aplicación de un enfoque diferencial y el diálogo de saberes apunta a

adaptar las estrategias a las necesidades específicas de las diversas poblaciones resaltando que el conocimiento no solo proviene de expertos(as), sino que también surge de las experiencias vividas por las personas de a pie.

Como medios para la comunicación las protagonistas son las campañas, jornadas y brigadas en los territorios y el uso de plataformas como las redes sociales y la televisión a través de comerciales y publicidades. Los distintos medios deben ser utilizados estratégicamente para adaptar el contenido a la audiencia/beneficiario(a), asegurando que los mensajes/acciones sean relevantes, de fácil acceso y que no refuercen creencias y estigmas. El impacto de los medios también está relacionado con la confianza que las personas depositan en la fuente de información.

Finalmente, los lugares para la comunicación sobre prevención combinada de VIH incluyen los espacios físicos y sociales donde ocurren las prácticas sexuales como los hoteles, lugares de ocio y diversión como bares y parques o de encuentro sexual hasta espacios donde típicamente se realizan campañas/jornadas de salud pública (IPS, Instituciones de Educación Superior, Centros Comerciales, etc.)

7.8. Elementos teorizantes a modo de conclusión

- Al parecer las estrategias de prevención combinada siguen replicando esquema machista al estar centradas en el “falo” como elemento de poder, lo que hace que unido a baja cultura del cuidado por parte de los hombres tengan la identidad u orientación sexual, hace que el cuidado recaiga en “el otro” que por su identidad y orientación siente su propia vulnerabilidad.

Raquel Sofía Amaya Producciones S.A.S.
NIT 830.052.555-1
Calle 69A 4-88 Of. 402
Bogotá, D. C., Colombia

- Esto en algunos estudios se cuestiona como una “Cultura monolítica del gueto”, la cual promueve mensajes mixtos sobre lo que es correcto y que no, en un elemento denominado la “cacofonía de mensajes mixtos” que confunde más que otorgar facticidad al cuidado.
- Esta cacofonía favorece que en este caso el cuidado se mezcle con la intersubjetividad de la vulnerabilidad y el riesgo, lo que favorece el silencio, la negación y el ocultamiento y propicia el descuido y la desprotección.
- El miedo al rechazo conduce a reproducir, asimilar y normalizar acciones de poco cuidado o descuido y reproduce la discriminación, el estigma y refuerza estereotipos como es el caso de los encuentros sexuales con mujeres trans y del trabajo sexual como prácticas sexuales de riesgo.
- Por lo que no se está hablando de una muerte o un riesgo físicos, sino una muerte o riesgo social que produce formas de segregación reproducidos por la sociedad antes las personas que se deben o no cuidar en relación con el VIH.
- Es necesario entonces, realizar una polifonía de mensajes hacia la población general sin negar la vulnerabilidad que favorezca normalizar el miedo, la posibilidad de generar certezas más que incertidumbre y ya no tanto el cuidado del sí (práctica ya instaurada) sino el cuidado del otro como mecanismos de autocuidado y mitigación de un riesgo global.

Atentamente,

RAQUEL SOFÍA AMAYA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL

Vo.Bo.