



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS, VACUNACIÓN Y ASPECTOS
PSICOSOCIALES EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19**

EST. ENF. LINA CAMILA GUZMÁN GARCÍA
CÓD. 1840552

EST. ENF. JUAN CAMILO TRIANA ORREGO
CÓD. 1742522

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
COLOMBIA
2023



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS, VACUNACIÓN Y ASPECTOS
PSICOSOCIALES EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19**

EST. ENF. LINA CAMILA GUZMÁN GARCÍA
EST. ENF JUAN CAMILO TRIANA ORREGO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ENFERMERA(O)

ASESORA TRABAJO DE GRADO:

ENF. MSc. DOCT. SP. CLAUDIA PATRICIA VALENCIA MOLINA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD - PROMESA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
COLOMBIA
2023

Agradecimientos

A papito Camilo y mamita Olga, por ser mi inspiración, animarme a ser valiente, nunca rendirme y seguir adelante; por esa promesa que te estoy cumpliendo. A Tata y mamá Andrea, a mis hermanos Sara, Daniel y Emilia por ser motor, a mi familia por apoyarme. A mis amigos y colegas con quienes he construido este camino por las aventuras compartidas y ser esa familia por elección; a Aleja por ser esa amiga incondicional que a pesar de la distancia siempre me alentó y acompañó. A Walter, mi compañero y amor de vida, por ser mi mejor equipo y mi fortaleza. A enfermería por ser el camino que me ha dado Dios y la vida para cumplir tantos sueños, porque me ha hecho fuerte y sensible para acompañar a otros. A mí por seguir andando.

L.C.G

A mi madre, porque me inculcó el nunca rendirme y es la persona más perseverante que conozco. A mi padre, porque me heredó el amor a las ciencias y fue la luz en mi vida de alumno. A mi hermano, por ser mi compañero de infancia, juegos y desopilantes aventuras. A mi abuelo Óscar y a mis abuelas Zoraida y Olga, por dejar sudor y lágrimas por verme salir adelante. A Natalia y a Eliana, por ser las hermanas que escogí. Laura M., Laura B., Juan David, Michell, Valeria, Sebastián, Mar y Yépez; por ser mi familia y existir en mi trasegar de vida. A mis colegas Lina, Brian, Ana, Emmanuel, Daniela, Walter y Óscar F. y amigo Santiago F., que me acompañaron e inspiraron en mi formación profesional y en la construcción de mi ser de cuidado. Y, por último, pero no menos importante, a mi yo del pasado, por haber escogido vivir a pesar de eso que le pesaba en el alma.

J.C.T.O

Tabla de contenido

Introducción

1. Planteamiento del problema
 - 1.1. Objetivos
 - 1.1.1. General
 - 1.1.2. Específicos
2. Marco Referencial
 - 2.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana
 - 2.2. Pandemia por COVID-19
 - 2.3. COVID-19 y personas que viven con VIH
 - 2.4. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud
 - 2.5. Vacunación
 - 2.6. Adherencia a la terapia antiretroviral (TAR)
3. Metodología
 - 3.1. Tipo de estudio
 - 3.2. Población
 - 3.3. Muestra
 - 3.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos
 - 3.5. Instrumentos de recolección de la información
 - 3.6. Consideraciones Éticas
4. Resultados
 - 4.1. Datos sociodemográficos
 - 4.2. Características del contexto
 - 4.3. Impacto del COVID - ATN COVID Questionnaire
 - 4.3.1. Vida sexual
 - 4.4. CAP COVID-19 (Conocimientos, actitudes y prácticas)
 - 4.4.1. Conocimientos sobre el COVID-19
 - 4.4.1.1. Información sobre el COVID-19
 - 4.4.1.2. Grado de conocimiento sobre el COVID-19
 - 4.4.2. Actitudes: Miedo al COVID-19 (Fear of COVID-19)
 - 4.4.3. Prácticas
 - 4.4.3.1. Vacunación
 - 4.4.3.2. Citizen Science Study
 - 4.5. Estado del VIH
 - 4.5.1. Inventario de Autoinforme de Adherencia a la Medicación (MASRI)
5. Discusión
6. Conclusiones y recomendaciones
7. Fortalezas y limitaciones
8. Referencias bibliográficas
9. Anexos

Resumen

Introducción: El VIH es una preocupación global desde los años 80, afecta actualmente a 39 millones de personas en el mundo; en Colombia, se reportaron 9,210 nuevos casos de VIH en 2021. Por otro lado, el COVID-19, declarado pandemia mundial en 2020, ha generado más de 450 millones de casos y 6 millones de muerte. Ante ello se implementaron acciones de salud pública que generaron cambios en las dinámicas de vida de las personas que viven con VIH (PVV). **Objetivo:** Determinar los conocimientos actitudes, prácticas, estado de vacunación y aspectos psicosociales reflejados en la calidad de vida en personas que viven con VIH, en el contexto de las medidas de control implementadas a nivel individual y colectivo durante la pandemia por COVID-19 en Colombia. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal con la aplicación de los instrumentos *Impact of COVID-19*[ATN COVID Questionnaire], *KAP COVID*, *Fear of COVID-19*, 'Inventario de Autoinforme de Adherencia a la Medicación' (MASRI), *COVID Citizen Science Study*, *Current Employment* y *PhenX Toolkit*. Análisis estadístico SPSS. Muestra de 100 participantes mayores de 18 años residentes en territorio colombiano con diagnóstico de VIH en tratamiento ambulatorio. **Resultados:** 46% hombres, 43% mujeres, 11% población diversa; el curso de vida adultez 62%; 61% de etnia multirracial. De características del contexto, 42% recomendaciones de implementar teletrabajo, 89% uso de tapabocas en espacios públicos. La calidad de vida disminuyó algún grado en 53% de los participantes; el 41% de la población refirió afectación al acceso a dinero y alimentos; 24% perdieron su trabajo. El 80% indicó que el acceso a pruebas ITS no fue afectado. El 37.5% de personas trans vió reducido el acceso a hormonas. No se afectaron las medidas para el cuidado y control del VIH en más del 73% de los participantes. La información sobre el COVID-19 fue recibida por personas conocidas en un 58%; el grado de conocimiento fue alto en cuanto a transmisión, medio en síntomas; y se tuvo un grado alto de familiaridad con el término distanciamiento físico. El 52% nivel moderado de miedo al COVID-19, 12% nivel severo. El 85% aceptó recibir la vacuna, razón principal: preocupación por su salud (82.4%); La principal razón para rechazar la vacuna, preocupación por efectos adversos (57.10%). El 75% usó siempre el tapabocas en el último pico de pandemia; un 31% manifestó siempre mantener distanciamiento físico; 76% cree posible acatar medidas gubernamentales; 57% se realizó una prueba COVID-19, 23% fue positiva. El 65.5% de las citas para cuidado/control del VIH fueron virtuales; la carga viral del 83% fue indetectable; 90% tomando TAR, el 78,82% tuvo alta adherencia a ella. Las mujeres reportaron 66% de baja adherencia.

Discusión: La pandemia afectó la calidad de vida, evidenciando inseguridad alimentaria del 41%, menor que el 60% reportado por Campbell et al. En cuanto al acceso a servicios de salud, el 15% enfrentó problemas en la consecución de medicamentos, mientras el 18% tuvo dificultades con los controles médicos, comparado con el 13.25% y 15.6%, respectivamente, informado por Campbell et al. En conocimiento sobre VIH, el estudio refleja un alto grado (>89%), similar al 90% en Ruanda. Las actitudes hacia la vacunación mostraron un alto nivel (62.16%), por encima de datos de otros países como Italia (86.2% y el 85% en Colombia, influenciadas por el riesgo al vivir con VIH. El acceso a pruebas de VIH disminuyó para el 15%, en comparación con el 56% en Panamá, sugiriendo una mejor cobertura en Colombia. La adherencia al tratamiento antirretroviral fue más baja en mujeres (66%), alineándose con hallazgos previos sobre roles de género y complejidad del tratamiento.

Conclusiones: Las PVV enfrentaron amplios desafíos durante la pandemia, afectando áreas vitales. Las barreras en atención de salud y medidas preventivas deben ser estudiadas en profundidad, abogando por políticas públicas adecuadas en posibles escenarios futuros de emergencias sanitarias. **Palabras clave:** VIH, COVID-19, CAP COVID-19, Miedo al COVID-19, Impacto social, Vacunación, Adherencia.

Introducción

La Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, contempla entre las competencias de los estudiantes del programa de Enfermería, “aplicar conocimientos, habilidades y actitudes inherentes al desarrollo de actividades investigativas para la resolución de problemas del cuidado y de la práctica profesional”. Para responder a esta exigencia, el programa incluye en su malla curricular la aprobación de los cursos: ‘Investigación’, ‘Trabajo de Grado I’ y ‘Trabajo de Grado II’ como requisito parcial para obtener el título de Enfermera(o) de la Universidad del Valle (artículo 90 Reglamento Estudiantil, Acuerdo 009 de 1997). Consecuentemente, en su reglamento de trabajo de grado, define tres modalidades para adquirir estas competencias: Pasantía Institucional, Pasantía de Investigación e Investigación original.

Este documento corresponde al informe final de la pasantía de investigación desarrollada como trabajo de grado de los autores, en el marco del proyecto de investigación: “Impacto de la Pandemia por el COVID-19 en personas con VIH/Sida en Colombia-Proyecto COVIHDA” del grupo de investigación PROMESA de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle. El propósito de dicha investigación fue identificar los efectos de la pandemia del COVID-19 y de las políticas de confinamiento y prevención, en el estado de salud, las condiciones clínicas y sociales de las personas que viven con VIH, con el ánimo de reconocer las áreas específicas de intervención por enfermería y resto del equipo de salud a este grupo poblacional.

El proyecto COVIHDA hace parte del estudio multicéntrico liderado por la Red Internacional de Enfermería para la Investigación del VIH (1, 2), y coordinado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de California, San Francisco (UCSF), el estudio en Colombia fue liderado por el grupo de Investigación PROMESA de la Universidad del Valle, Cali Colombia.

1. Planteamiento del problema:

Desde la década de los años 80, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido catalogado como una problemática en salud pública, que para el año 2020 contaba con cerca de 37,6 millones de personas vivían con el virus, de las cuales 1,5 millones fueron nuevos casos, según ONUSIDA. Por su parte, la misma organización reportó que las muertes por complicaciones relacionadas con la etapa del SIDA superaban las 600.000 personas (3). En Latinoamérica, se reporta que 2,1 millones de personas viven con el VIH, siendo 110.000 los casos nuevos, mientras que las muertes alcanzan las 32.000 personas (4). Estas cifras se asemejan a lo reportado por la misma ONUSIDA dos años después de declarada la pandemia por SARS-CoV-2, pues hubo un total de 39 millones de personas diagnosticadas con el virus, unos 1.3 millones de casos nuevos y 630.000 muertes por complicaciones de SIDA (5).

Para el 2021, Colombia contaba con más de 50 millones de habitantes, de los cuales se reportaron 9210 casos nuevos de VIH/Sida. Según el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2021, habían 134.902

personas viviendo con VIH, donde el 77.37% fueron hombres (n= 104.386), el 22.57% mujeres (n=30.450) y el 0.04% de los casos fueron intersexuales (n= 66), y un reporte de 989 casos nuevos en el Valle del Cauca que representan el 10.4% de los casos de todo el país, donde se presentaron 10.61% de los casos nuevos en hombres (n=815) y 11.46% de los casos nuevos en mujeres (n=164). (6)

Por otro lado, la humanidad se vio enfrentada a estar en medio de una pandemia mundial sin precedentes ocasionada por el Coronavirus denominado ‘SARS-CoV-2’, que tuvo sus primeros reportes en la Ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China; y se caracteriza por casos de neumonía e insuficiencia respiratoria. El 11 de marzo del 2020, fue declarada pandemia global debido a su alta capacidad de transmisión. Para el primer trimestre de 2022, se han registrado más de 450 millones de contagios y más de 6 millones de muertes en el mundo (7). Para Colombia en la misma fecha, el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) y el Instituto Nacional de Salud (INS), se reportaron más de 6 millones de casos, y se han presentado más de 130 mil muertes y casi 6 millones de casos recuperados (8).

Según el Boletín Epidemiológico Semanal (BES) de la semana epidemiológica 48 del 2020, en Colombia se notificaron 4.278 casos de coinfección VIH/SARS-CoV-2 que correspondieron a una proporción 0,3 % del total de los casos de COVID-19 reportados hasta esa fecha (1.255.019) (9). De estos casos, el 88,3% (3.777) fueron asintomáticos, con una media de edad de 36.7 años. El 92.9% (3975) fueron casos leves, el 2.6% (113) fueron moderados y se registró un 3% (127) de fallecidos (10).

Las personas que viven con VIH (PVV) experimentan síntomas de mala salud física, mental y social los cuales podrían verse exacerbados tanto por la enfermedad de COVID-19 como por los esfuerzos para mitigar su impacto, incluidos los mandatos de confinamiento/aislamiento y el distanciamiento social (11, 12, 13). Estos esfuerzos podrían reducir el acceso a las pruebas y la atención del VIH, incluido el acceso a medicamentos antirretrovirales para el VIH (14). Utilizando modelos, Hogan y col. (15) estiman que las interrupciones en los servicios de atención médica debido al COVID-19 podrían ocasionar a un aumento de la mortalidad entre las personas con VIH de hasta el 10%, en gran parte debido a la reducción del acceso a la terapia antirretroviral.

En Colombia, un estudio realizado a once mil (11.000) personas VIH positivas mostró que estar al día con los tratamientos y chequeos médicos disminuye el riesgo de morir en aquellas personas que han sido diagnosticadas con VIH. Se estima que hay entre 30 mil y 40 mil personas que no se han diagnosticado, no se han hecho la prueba y que saben que son VIH positivos, pero no han acudido a un control ni a un programa de atención. La letalidad entre los que no tomaban tratamiento fue cercana al 22%, mientras que los que estaban tomando tratamiento fue del 2%, lo que quiere decir que tomar terapia antirretroviral se comporta como un factor protector para la letalidad por COVID-19 frente a personas que viven con VIH (16).

Existe poca evidencia sobre el impacto en la sintomatología del VIH, la participación en la atención y la adherencia a los medicamentos. Muchos de los factores de riesgo de tipo

clínico, socioeconómico, entre otros; que afectan a las personas que viven con VIH/Sida son similares a los de COVID-19. Las minorías raciales y étnicas y los trabajadores esenciales de bajos ingresos corren un mayor riesgo de contraer esta infección respiratoria, debido a situaciones de empleo o vivienda que impiden un distanciamiento físico efectivo, la consecución y uso adecuado de elementos de protección personal y la toma de decisiones de autocuidado. Debido a las acciones de salud pública como las medidas de confinamiento y/o mayores barreras para acceder a las pruebas, la atención, el tratamiento y la vacunación para el COVID-19; estas poblaciones, a menudo, se enfrentan a un impacto sanitario y financiero desproporcionado. Además, la extensa implementación de la vacunación puede verse atenuada debido a la desconfianza en el gobierno, a los tratamientos farmacológicos y a la industria farmacéutica en general.

Por todo lo anterior, el presente proyecto planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles fueron los efectos de la pandemia por COVID-19 y las medidas implementadas para su control en las actitudes, prácticas, vacunación y aspectos psicosociales en personas que viven con VIH en Colombia?

1.1. Objetivos

1.1.1. *Objetivo general:* Determinar los conocimientos actitudes, prácticas, estado de vacunación y aspectos psicosociales reflejados en la calidad de vida en personas que viven con VIH, en el contexto de las medidas de control implementadas a nivel individual y colectivo durante la pandemia por COVID-19 en Colombia.

1.1.2. *Objetivos específicos:*

- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas aplicadas en cuanto a medidas preventivas individuales y colectivas contra el COVID-19 con el instrumento ‘KAP-COVID’.
- Identificar los cambios en la calidad de vida en general de los participantes en tiempos de pandemia con el instrumento ATN COVID Questionnaire.
- Establecer el número de casos diagnosticados con el COVID-19 en los participantes del estudio, su estado de vacunación y los motivos de aceptación o rechazo del biológico, como práctica de protección.
- Identificar los aspectos relacionados con el estado actual del VIH en la población del estudio, sus acciones de autocuidado con respecto a éste y el acceso a atención en salud durante la pandemia.

2. Marco Referencial

2.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana

El VIH es un virus del tipo retrovirus, que infecta las células del sistema inmunitario humano, específicamente los linfocitos TCD4 + y los macrófagos, ambos componentes clave del sistema inmunitario celular, de manera que destruye o daña su función. La infección por este virus lleva a la progresiva reducción del sistema inmunitario, es decir, su capacidad de respuesta ante factores lesivos internos o externos; durante la fase inicial de la infección el VIH se aloja en las células blanco donde se reproduce masivamente, incrementando la viremia, los síntomas en este momento son tipo pródromo, similares a los de una gripe. La persona puede no presentar ningún otro síntoma por meses-años, pues se mantiene algún grado de inmunocompetencia, sin embargo, con el tiempo y la destrucción de los linfocitos T CD4+, se llega a una fase de infección por VIH avanzada, manifestada en el estado de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)(17), donde la cantidad de T CD4+ es menor a 200 por mm³ de sangre, lo cual aumenta el riesgo de vulnerabilidad a microorganismos oportunistas e incluso puede desencadenar en la muerte (18).

Los términos VIH y SIDA no deben usarse indistintamente, pues la mayoría de las personas que viven con VIH no se encuentran en fase SIDA. La terapia antirretroviral (TAR) hace más lenta la reproducción del virus, pudiendo mejorar y mantener tanto la calidad como la esperanza de vida; pese a no eliminar por completo la infección. (19)

La transmisión del VIH se presenta solamente al tener contacto con fluidos corporales, como sangre, semen o líquido preseminal, secreción vaginal y leche materna; la posibilidad de infección aumenta al presentarse factores de riesgo como mantener relaciones sexuales sin protección, consumo de drogas inyectadas, consumo de alcohol, tener otra ITS (infección de transmisión sexual), y no conocer su estado serológico; lo anterior no está relacionado a un grupo específico de personas, por lo tanto, asumirlo como tal implicaría algún grado de estigma hacia las personas que viven con VIH. (20, 21)

2.2. Pandemia por COVID-19

El 30 de enero de 2020 la OMS declara que la epidemia de COVID-19, que inició como brote en Wuhan, China, se consideraba una emergencia de salud pública de preocupación internacional, cuya causa fue un nuevo virus de la familia Coronaviridae de tipo zoonótico Sars-Cov-2; posteriormente el 11 de marzo de 2020, se anunció que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) se catalogaba como una pandemia (22). Por esta razón, países de todo el mundo, incluyendo a Colombia tomaron medidas de protección o preventivas frente al COVID -19 para su población recomendadas por la OMS, como lo fue el aislamiento social obligatorio, también conocido como “cuarentena”, la obligatoriedad de uso de mascarilla, el distanciamiento social de 2 metros de distancia entre personas, restricciones de reuniones de personas en lugares cerrados, cierres de escuelas y lugares de trabajo entre otras medidas, en un momento donde las vacunas se encontraban en estudios iniciales (23).

El Sars-CoV-2 es un tipo de coronavirus (CoV) que causa enfermedad respiratoria que va desde el resfriado común hasta condiciones graves, como lo es el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS), caracterizado por neumonía, síndrome de dificultad respiratoria del

adulto (SDRA), miocarditis, daño renal, entre otras condiciones potencialmente mortales. Su transmisión se da de persona a persona principalmente por vía respiratoria (gotas, aerosoles) y en menor medida por contacto; generalmente sus síntomas son leves incluyendo malestar general, tos, cefalea, diarrea; sin embargo, en personas con patologías de base como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades autoinmunes, incluyendo el VIH, genera mayor morbilidad. (24)

2.3. COVID-19 y personas que viven con VIH

Las personas que viven con VIH fueron consideradas como población vulnerable desde el comienzo de la pandemia por COVID-19, por lo tanto, la posibilidad de coinfección entre VIH y COVID-19 se convirtió en una realidad para las personas que viven con este virus.

La literatura sugiere que un conteo bajo de linfocitos CD4 (<200 células por μL) junto con una carga viral no controlada se relaciona directamente con mayor morbilidad; el tratamiento antirretroviral (TAR), permite mantener esta carga indetectable, lo cual en algunos estudios mostró que las características clínicas y radiológicas de las personas que viven con VIH coinfectadas con COVID-19 no difieren significativamente de las presentadas por personas seronegativas para VIH (25, 26).

2.4. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud

De acuerdo con la Biblioteca Virtual en Salud, estos se refieren a los conocimientos, actitudes y conductas que se asocian a aspectos relacionados con la salud de las personas tanto profesionales de salud como población lego; dichos aspectos pueden ser procesos patológicos o de enfermedad, su prevención, tratamiento y recuperación (27).

En lo que respecta a la pandemia por COVID-19, se enfoca en los conocimientos en cuanto a la transmisión y síntomas del virus, sus medidas de prevención y la aplicabilidad en la vida diaria, desde las actitudes o percepciones de las personas ante los riesgos y cambios que se presentaron debido a la crisis sanitaria por el coronavirus.

2.5. Vacunación

La vacunación y el uso de biológicos ha sido una actividad que ha demostrado altos niveles de éxito y efectividad a la hora de controlar enfermedades y proteger la salud de las poblaciones. El acceso a las vacunas está ligado directamente con el derecho a la salud, haciendo de este acto de recibir el biológico como un derecho incuestionable.

En la actualidad, se cuentan con múltiples tipos de vacunas para prevenir más de 20 enfermedades diferentes. Esto representa que, al año, se prevengan de entre 3,5 a 5 millones de muertes por estas patologías. Entre las ya mencionadas, se encuentra el virus SARS-CoV-2, infección la cual desencadenó una pandemia y afectó al mundo entero, en múltiples sectores. Teniendo en cuenta esto, la vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención del COVID-19, permitió que se recuperase la normalidad de las actividades económicas de los países y se controlara la crisis en salud pública. En 2021, se comenzó la

vacunación contra el SARS-CoV-2 y hasta el 2022, ya se habían administrado 1000 millones de dosis (28).

2.6. Adherencia a la terapia antirretroviral (TAR)

Es el tratamiento farmacológico combinado para la supresión de la replicación del virus del VIH, esta permite que las personas que viven con el virus preserven su calidad de vida y salud al llegar a rangos indetectables del virus en sangre, reduciendo la morbilidad y mortalidad que este puede presentar. Las directrices para la prevención y tratamiento del VIH instan al uso de la TAR desde el diagnóstico, independientemente de la carga viral inicial o su estadio clínico, iniciando en primera línea con un esquema con dolutegravir (DTG), además de promover el uso de terapia Pre-exposición (PREP) para personas con algún tipo de riesgo a la infección por VIH (29).

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo observacional de corte transversal, mediante el cual se pretendió describir los efectos de la pandemia por COVID-19 y las medidas implementadas para su control en el aspecto socioeconómico, comportamental, práctico y los estados de vacunación de las personas que viven con VIH en Colombia.

3.2. Población

Personas mayores de 18 años diagnosticadas con VIH en tratamiento ambulatorio que viviesen en territorio colombiano, las cuales no presentaran dificultad o incapacidad para leer y firmar el consentimiento informado, ni dificultades para diligenciar el cuestionario.

3.3. Muestra

La muestra para cada nodo se conformó por 100 participantes como mínimo. Este tamaño de muestra fue elegido con base en la experiencia de estudios internacionales multicéntricos anteriores de la Red Internacional de Enfermería para la Investigación del VIH (RIEVIH) (30) (31).

3.3.1. **Criterios de inclusión:** para la participación del estudio se estableció como criterios ser personas mayores de edad residentes en Colombia con un diagnóstico confirmado de VIH, en tratamiento ambulatorio.

3.3.2. **Criterios de exclusión:** Se excluyeron de la muestra aquellos participantes que no contestaron más del 50% de la encuesta.

3.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

Los participantes completaron el cuestionario de una de las siguientes maneras, según su preferencia y posibilidades: (1) formato auto diligenciado; (2) entrevista realizada a través de medios virtuales ('Zoom' o 'Google Meet') o (3) en persona, dependiendo de las restricciones por COVID-19 en cada nodo al momento de la recolección de la información.

Los participantes se contactaron a través de la estrategia de ‘bola de nieve’, mediante el apoyo de referentes en la comunidad en las organizaciones de ayuda a las personas que viven con el VIH y mediante la difusión de anuncios (folletos, radio, publicación en sitios de investigación clínica o redes sociales, presentación del estudio en eventos comunitarios). Una vez se estableció contacto con los potenciales participantes, y verificados los criterios de inclusión, se procedió a la firma electrónica del consentimiento informado.

El cuestionario en español fue administrado mediante una encuesta asistida por dispositivos electrónicos denominada “Qualtrics” desde el servidor de la UCSF, en donde se despliegan en línea todos los resultados de la encuesta. Sin embargo, se tomó toda la encuesta y ésta se trasladó a “Google Forms”, con el fin de que fuera más amigable con la población de estudio que la quisiera diligenciar directamente y para incluir aquellas variables demográficas propias de cada Nodo-país. Una vez recolectada la información del total de la muestra todas las encuestas se digitaron en la plataforma “Qualtrics” de la UCSF. Durante el ciclo de recolección de la información, almacenamiento y procesamiento, ningún dato fue visto, leído o analizado por ninguna persona por fuera del equipo de investigación. Si la entrevista fue asistida por medios virtuales, el investigador hizo lectura del consentimiento informado a la persona y respondió a cualquier pregunta. En caso de aceptar, el participante era llevado a la primera página del cuestionario para la firma del consentimiento informado electrónico, y se iniciaba la recolección de información.

3.5. Instrumentos para la recolección de la información

Los instrumentos empleados para la construcción de la encuesta:

- **Situación Laboral:** *Current Employment. PhenX Toolkit*

El estado laboral de las personas incluidas en el estudio, fue indagado mediante el “*Current Employment. PhenX Toolkit*”, una de las herramientas del Kit del PhenX (*consensus measures for Phenotypes and eXposures*). El ‘PhenX Toolkit’, es un catálogo basado en la web disponible públicamente de protocolos de medición bien establecidos y recomendados de fenotipos y exposiciones para facilitar el uso de medidas estándar, mejorar la interoperabilidad de los datos y promover la colaboración transnacional en investigación.

<https://www.phenxtoolkit.org/protocols/view/11301>

- **‘Impact of COVID-19’ [ATN COVID Questionnaire]:**

Este es un instrumento creado por la Red de Ensayos de Medicamentos para Adolescentes para intervenciones contra el VIH. Las actividades de la ATN abarcan el espectro completo de necesidades de investigación para los jóvenes, desde la prevención primaria, que incluye vacunas preventivas contra el VIH, microbicidas y ensayos de profilaxis previa a la exposición, para jóvenes en riesgo de VIH en la comunidad, hasta la prevención secundaria y terciaria con manejo clínico del VIH. Este instrumento contiene varias secciones que incluyen preguntas relacionadas con

el impacto de la pandemia y sus estrategias de control como en los ingresos, vivienda, seguros, alimentos, conductas de riesgo, acceso a pruebas y a servicios de salud, entre otras.

https://clelandcm.github.io/COVID19-Interview-Items/COVID-Items.html?fbclid=IwAR3PYz2RWNmAhfLWYALo3irpZgIgcfstRng4uIBV_qe9z0hc1kWXyAo_ng#atn

- **COVID-19 [KAP COVID Johns Hopkins University]:**

Los conocimientos, actitudes y prácticas frente al COVID-19, fueron medidos con preguntas obtenidas de un instrumento diseñado en colaboración entre el Centro de Programas de Comunicación de la Escuela de Salud Pública 'John Hopkins Bloomberg' con el Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT), la Organización Mundial de la Salud y 'Data for Good' de Facebook. La encuesta se tradujo a 51 idiomas, entre ellos el español. El instrumento consta de 8 secciones que indagan por aspectos como: necesidades de información, conocimiento básico sobre COVID-19, familiaridad, importancia y normas de distanciamiento, percepciones de riesgo y lugar de control, comportamientos de prevención en la práctica, medidas de comportamiento tomadas, creencias sobre eficacia, trabajo e intenciones de visitar lugares si están abiertos y abiertos con precauciones. <https://ccp.jhu.edu/kap-covid/>

- **Miedo al COVID 19:**

La escala de miedo al COVID-19 fue desarrollada por Ahorsu y cols (32) entre 717 participantes iraníes. Es una escala likert de siete ítems, con valores de confiabilidad como la consistencia interna ($\alpha = 0.82$) y la confiabilidad test-retest (ICC = 0.72). La versión en español fue validada en población de Lima, Perú por Huarcaya-Victoria y cols (34).

- **COVID-19 Citizen Science Study:**

Instrumento creado por la UCSF (University of California - San Francisco) en versión aplicación, cuyo objetivo fue descubrir cómo se propagaba el COVID-19 por el mundo y las formas de predecir y prevenir nuevas infecciones.

Olgin, J., Pletcher, M., and Marcus, G. COVID-19 Citizen Science Study: <https://medicine.ucsf.edu/news/newly-launched-covid-19-citizen-science-study>.

- **Adherencia al tratamiento Antirretroviral:**

La adherencia fue medida mediante el 'Inventario de Autoinforme de Adherencia a la Medicación' (MASRI). Fue validado frente a medidas objetivas (viremia y recuento de cápsulas) y resultados del tratamiento por Walsh y cols (33). <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/medication-adherence-self-report-inventory>

3.6. Consideraciones éticas

Este estudio contó con el aval del Comité de Ética de la UCSF (IRB-21-33860) y el de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle con el código:093-021.

Este proyecto, según la resolución 8430 de 1993 art. 10-11, fue considerado de riesgo mayor que el mínimo; ya que, se exploraron aspectos de la vida íntima de cada persona y “aspectos sensitivos de la conducta”. Existía la posibilidad que las personas participantes pudiesen evocar situaciones de discriminación, señalamiento o estigma que hayan vivido en el pasado o durante la atención en salud; pudiendo ocasionar que aflorasen sentimientos negativos frente a la situación de ser persona portadora del VIH. Durante el proceso de recolección de los datos, se tuvo presente siempre la protección de la persona en su autodeterminación, autonomía, independencia; y se le permitió hacer las preguntas considerara necesarias. Si durante su diligenciamiento se presentase alguna situación que ameritara intervención por parte del profesional de salud mental tales como llanto, tristeza, irritabilidad o momentos de reviviscencia, se brindaría el apoyo emocional inicial por parte de la persona investigadora, y si se considerase necesario, posteriormente se direccionaría al participante hacia su servicio de salud correspondiente a fin de recibir la intervención profesional requerida (Entidad Administradora de Planes de Beneficio - EAPB).

La participación en el estudio fue voluntaria, y en caso de aceptar, se aplicaron dos instrumentos para la recolección de la información: un cuestionario de recolección de información sociodemográfica y la batería de instrumentos para medir las variables.

La investigación se basó en el respeto por la dignidad y protección de los derechos de la persona. No se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes en el estudio.

Se atendió al principio de la autonomía en la medida en que se explicó y presentó el consentimiento informado, mediante el cual se hizo énfasis en que el participante estuvo en su libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, sin perjuicio por esta decisión. Se informó a cada participante que no tiene que dar explicación alguna si desea retirarse.

Se mantuvo el principio de confidencialidad y veracidad en relación con la información obtenida. Se contó con el aval de los comités de las instituciones participantes: la Universidad de California en San Francisco (UCSF) y la Universidad del Valle.

Los nombres de los participantes en el estudio, los cuales son personas que viven con VIH, se encriptaron mediante un código numérico que solo fue conocido por la investigadora principal del nodo y no fueron expuestos ni publicados por ningún medio.

Toda la información recolectada producto de la investigación gozó de la confidencialidad establecida en la normatividad vigente y solo fue usada para los fines pertinentes y el objeto de estudio. Ningún resultado se analizó de manera particular. Todos los análisis se realizaron con el conjunto de los datos del total de participantes, de manera que no se identificó el resultado de personas de manera individual. Los datos del estudio se guardaron en el computador y servidor de la UCSF, al cual tiene acceso la investigadora principal en esa

institución; y también, en el computador de uso exclusivo por la investigadora principal en la Universidad del Valle, quien es una profesora titulada con amplia experiencia en el manejo de datos de investigación.

4. Resultados

4.1. Datos sociodemográficos

El total de la muestra de este estudio fue de 100 personas, de las cuales un 46% se identificó como masculino, 43% como femenino y 11% como pertenecientes a poblaciones diversas (transgénero masculino, transgénero femenino y “queer”).

En cuanto a la edad de los participantes, el 83% se encuentran en edades productivas por debajo de los 55 años, con una media de 41.3, un mínimo de 19 y un máximo de 72 años. La adultez fue el grupo etario con mayor representación con un 62%. Respecto al grupo étnico, la mayoría de los participantes se identificaron como multirracial, correspondiente al 61%. De acuerdo con el lugar de procedencia se resalta que el 71% son del departamento del Valle del Cauca. Con respecto al lugar de residencia, un 88% refiere vivir en área urbana (ciudad) y un 77% manifiesta vivir en una edificación/vivienda la cual le pertenece o tiene arrendada/alquilada. Del total de muestra, el 12% tiene formación de básica primaria, el 44% cursó básica secundaria y el 44% tiene formación de educación superior. *Ver tabla 1.*

La mayoría de las personas se encuentra laborando. Los ingresos mensuales que se reportan muestran que un 54% del total de las personas encuestadas recibe menos de un salario mínimo legal vigente que al año 2022 fue de \$1.000.000 (US\$250). *Ver tabla 2*

Tabla 1. Datos sociodemográficos

<i>Datos sociodemográficos</i>		N= 100
		Porcentaje (%)
Identidad de género	Masculino	46
	Femenino	43
	Otra identidad (mujer trans, hombre trans, trans no binario)	11
Curso de vida	Juventud (18-28 años)	28
	Adultez (29-59 años)	62
	Vejez (60 años o más)	10
Grupo étnico	Afrodescendiente	17
	Indígena	4
	Blanco	18
	Multirracial	61
Zona de residencia	Urbana	88
	Suburbana	2
	Rural	10
Lugar de residencia	Valle del Cauca	71
	Santander	14
	Otros departamentos (Cundinamarca, Antioquia, Bolívar, Guaviare, Huila, Magdalena, Vaupés)	15
Nivel educativo	Estudios primarios	28
	Bachillerato/Secundaria	28
	Estudios superiores	44
Ingresos mensuales	<1 SMLV	58
	1-3 SMLV	32
	>3 SMLV	10

Fuente: Datos recolectados – Elaboración propia

Tabla 2. Condición laboral (PhenX Toolkit)

		Condición Laboral				
		n= 100 (%)				
	Estoy trabajando	Buscando trabajo, desempleado	Retirado, pensionado	Actividades del hogar	Estudiante	Otro: Trabajo informal
Si	44	28	14	6	8	10
No	56	72	86	94	92	90

Fuente: PhenX Toolkit – Elaboración propia

4.2. Características del contexto

En los aspectos relacionados a las características del contexto, se indagó sobre la vivienda, la cantidad de personas con las que vive la persona encuestada y la implementación de restricciones que las gobernaciones locales promovieron para la contención del COVID-19.

De las 100 personas entrevistadas, 77% refirió que viven en una edificación. Un 35,10% indicó que definitivamente no perderán su lugar de residencia. El 82% de toda la muestra del estudio manifestó que vivían en compañía de alguien más, y el 47% de estas personas residían acompañadas por únicamente mayores de edad. *Ver tabla 3.*

Con respecto a la implementación de restricciones, en el momento en que se aplicó la encuesta, el 83% de la muestra total manifestó que no se presentaban cierres de colegios y el 70% refirió que no había cierre de bares, restaurantes y teatros. El 53% indicó que no se restringían las reuniones a cierto número de individuos. Por otro lado, el 58% comentó que no se recomendaba implementar el teletrabajo. El 80% indicó que ya no se sugería refugiarse en casa. Para finalizar, el 89% indicó que sí se seguía recomendando el uso de tapabocas en lugares públicos. *Ver tabla 3.1.*

Tabla 3. Características del contexto

Características del contexto		n=100 (%)
¿Dónde vive/se está quedando?		
En la calle		6 (6,00)
En un refugio		11 (11,00)
En un cuarto individual		6 (6,00)
En una edificación		77 (77,00)
¿Qué tan probable es que pierda el lugar de residencia?		n=94 (%)
Definitivamente no perderé mi lugar de residencia		33 (35,10)
Muy improbable		28 (29,80)
Ni probable ni improbable		12 (12,80)
Bastante probable		13 (13,80)
Definitivamente perderé mi lugar		8 (8,51)
¿Cuánta gente vive con usted actualmente?		n=100 (%)
Vive solo		18 (18,00)
Vive acompañado		82 (82,00)
¿Cuántas son menores de edad?		n= 82 (%)
0		47 (57,30)
1		19 (23,20)
2		11 (13,40)
>3		5 (6.1)

Fuente: Datos contexto – Elaboración propia

Tabla 3.1. Implementación de restricciones

Implementación de restricciones n= 100 (%)						
	Cierre de escuelas/colegios	Restricciones en bares, restaurantes, teatros	Restricciones cierto número de individuos	Recomendaciones para implementar el teletrabajo	Refugiarse en casa	Utilizar tapabocas en lugares públicas
Si	17	30	47	42	20	89
No	83	70	53	58	80	11

Fuente: Datos contexto – Elaboración propia

4.3. Impacto del COVID - ATN COVID Questionnaire

Con respecto al cuestionario aplicado para evaluar cómo la pandemia del COVID-19 impactó en la calidad de vida en general de las personas participantes. Del total de personas encuestadas, se obtuvo la siguiente información:

En primer lugar, la percepción del impacto del COVID-19 en su calidad de vida disminuyó en algún grado en un 53%. En segundo lugar, con lo que respecta a los niveles de ansiedad, se puede describir un aumento significativo de algún grado de ésta en un 40% de los participantes. La calidad del sueño tuvo una disminución en el 25% de las personas encuestadas.

En lo relacionado al sentimiento de estar en conexión con el grupo familiar, el 23% de las personas participantes indicó que su conexión con sus familias aumentó de una manera significativa. En cuanto al sentimiento de sentirse en conexión con las amistades, un 29% de las personas indicó que esta conexión se vio afectada negativamente de manera representativa.

En los factores concernientes al acceso a recursos, como lo son el dinero y los alimentos, se puede destacar que un 41% hizo alusión a que éste se vio fuertemente afectado por la pandemia. Un 71% de las personas compartió que el acceso a internet no se había visto afectado por la pandemia por COVID-19.

En cuanto al número de horas laborales pagas, el 36% de los participantes manifestó que éstas se redujeron de manera dramática debido a la pandemia. En el tema relacionado a la necesidad de ayudar económicamente a otras personas, el 53% señaló que el apoyo que ofrecían a otras personas aumentó drásticamente.

En lo concerniente a la dificultad para comprar alimentos, el 34% declaró que la dificultad en la consecución de alimentos había incrementado de manera considerable. En el mismo sentido, se indagó sobre la dificultad para pagar la renta y el 25% indicó que esta dificultad aumentó de manera importante. Ver tablas 4 y 4.1.

4.3.1. Vida Sexual

En lo que atañe al número de compañeros sexuales, el 37% de participantes reveló que este número disminuyó de manera considerable. Asimismo, un 39% de la población muestra del estudio refirió que sus oportunidades para tener relaciones sexuales se vieron francamente disminuidas. Aunado a esto, en el uso de aplicaciones para conectar virtualmente con otras personas el 72% indicó que este uso no se había visto modificado por la pandemia. Con un

comportamiento idéntico, un 72% de los participantes comentó que el uso de plataformas para encontrarse en persona con otros individuos no se había visto afectado por la pandemia.

En lo que respecta al acceso a condones, el 14% denotó que el acceso a este insumo había disminuido en cierta forma. En el aspecto comparativo del uso de condones antes y después de la pandemia, el 78% expuso que no se vio afectado éste. El cambio en el acceso a pruebas de infecciones de transmisión sexual fue evaluado, donde el 80% indicó que éste no se había visto afectado. Un 87% respondió que el consumo recreacional de sustancias psicoactivas no había cambiado. El consumo de alcohol y el impacto de la pandemia en su consumo fue otro aspecto a destacar, en el cual se pudo hallar que el 80% de las personas exteriorizó que su consumo de esta sustancia se conservó igual. *Ver tabla 4.2.*

En lo concerniente a la población transgénero, se evaluó el acceso y adherencia a los tratamientos hormonales y cómo se comportaron estos aspectos con la llegada de la pandemia por COVID-19. El 37.5% de personas trans participantes del estudio indicaron que su acceso a las hormonas se vio reducido de alguna forma. En cuanto a la adherencia a hormonas, el 62,5% expresó que la adherencia no se había visto modificada por la crisis sanitaria. *Ver tabla 4.3.*

El acceso a medicamentos para el VIH no se vio afectado en el 76% de los participantes por la pandemia. Con un comportamiento similar, el 82% de personas expresó que su adherencia a estos medicamentos antirretrovirales no se había visto afectada. En cuanto al hecho de recibir visitas clínicas para el cuidado del VIH, el 73% indicó que no se habían visto modificadas por el virus. Con una tendencia muy similar, el hecho de poder realizarse exámenes de carga viral u otros laboratorios también fue evaluado, hallando que el 75% consideró que este hecho no se vio repercutido por la crisis. *Ver tabla 4.4.*

En lo que respecta a la pérdida del empleo, la afiliación al sistema de salud y la vivienda; el 24% de participantes mencionó que perdieron su empleo debido a la pandemia, otro 6% perdió su afiliación al sistema de salud y un 10% perdió su lugar de vivienda debido a la crisis sanitaria.

Un 80% de participantes indicó que no tuvo problemas para que se le prescribiesen sus medicamentos antirretrovirales. El 69% de personas no tuvo problemas para conseguir estos medicamentos. Un 76% de personas de la muestra del estudio negaron haber tenido contratiempos para agendar o mantener sus citas de control. *Ver tabla 4.5.*

Tabla 4. Impacto general del COVID-19 [ATN COVID Questionnaire]

Impacto general del COVID-19					
n= 100 (%)					
	Disminuyó considerablemente por el COVID-19	Disminuyó en parte por el COVID-19	No cambió/no es diferente por el COVID-19	Aumentó en parte por el COVID-19	Aumentó considerablemente por el COVID-19
Calidad general de vida	33	21	33	6	7
Niveles de ansiedad	7	3	50	30	10
Calidad de sueño	11	14	64	8	3
Sentimiento de conexión con la familia	12	16	49	9	14
Sentimiento de conexión con amistades	12	27	48	3	10
Acceso a recursos (comida, dinero)	24	17	48	6	5

Fuente: ATN COVID Questionnaire - Elaboración propia

Tabla 4.1. Impacto general del COVID-19

Impacto general del COVID-19					
n=100 (%)					
	Disminuyó considerablemente por el COVID-19	Disminuyó en parte por el COVID-19	No cambió/no es diferente por el COVID-19	Aumentó en parte por el COVID-19	Aumentó considerablemente por el COVID-19
Acceso a internet	6	9	71	9	5
Número de horas laborales pagas	26	10	55	6	3
Necesidad de ayudar financieramente a otras personas	8	6	33	34	19
Dificultades para conseguir alimentos	7	9	50	22	12
Dificultad para pagar la renta	6	6	63	17	8
Número de acompañantes sexuales	21	16	60	2	1

Fuente: ATN COVID Questionnaire - Elaboración propia

Tabla 4.2. Impacto general del COVID-19 en la vida sexual

	Impacto general del COVID-19 N=100 Porcentaje (%)				
	Disminuyó considerablemente por el COVID-19	Disminuyó en parte por el COVID-19	No cambió/no es diferente por el COVID-19	Aumentó en parte por el COVID-19	Aumentó considerablemente por el COVID-19
Oportunidades para tener relaciones sexuales	25	14	56	4	1
Uso de aplicaciones para conectar virtualmente con otras personas	13	5	72	5	5
Acceso a condones	6	8	78	4	4
Uso de condones	8	5	78	4	6
Uso de aplicaciones para conocer personas presencialmente	18	4	72	5	1
Acceso a pruebas diagnósticas o tratamiento para ITS	10	5	80	4	1
Uso recreativo de sustancias psicoactivas	9	1	87	2	1
Consumo de alcohol	12	5	80	1	2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4.3. Impacto general del COVID-19 en tratamiento hormonal personas transgénero

Personas transgénero	Impacto general del COVID-19 n= 8 (%)				
	Disminuyó considerablemente por el COVID-19	Disminuyó en parte por el COVID-19	No cambió/no es diferente por el COVID-19	Aumentó en parte por el COVID-19	Aumentó considerablemente por el COVID-19
Acceso a hormonas	2 (25%)	1 (12.5%)	4 (50%)	1 (12.5%)	-
Adherencia a las hormonas	1 (12.5%)	1 (12.5%)	5 (62.5)	-	1 (12.5%)

Fuente: ATN COVID Questionnaire - Elaboración propia

Tabla 4.4. Impacto general del COVID-19 en el cuidado/control del VIH

	Impacto general del COVID-19 N= 100 Porcentaje (%)				
	Disminuyó considerablemente por el COVID-19	Disminuyó en parte por el COVID-19	No cambió/no es diferente por el COVID-19	Aumentó en parte por el COVID-19	Aumentó considerablemente por el COVID-19
Acceso a medicamentos antirretrovirales	5	10	76	4	4
Adherencia a medicamentos antirretrovirales	4	5	82	4	5
Visitas clínicas para el cuidado de VIH	7	11	73	3	6
Realizarse exámenes de carga viral u otros laboratorios	5	12	75	4	4

Fuente: ATN COVID Questionnaire - Elaboración propia

Tabla 4.5. Impacto general del COVID-19

Impacto general del COVID-19			
n=100 Porcentaje (%)			
	No	Sí, debido al COVID-19	Sí, pero no debido al COVID-19
Pérdida del empleo	66	24	10
Pérdida de afiliación a servicios de salud	87	6	7
Pérdida de lugar donde vivir	80	10	10
Ha tenido dificultades para conseguir medicamentos para el VIH con su médico tratante	80	15	5
Ha tenido dificultades para conseguir medicamentos para el VIH en la farmacia	69	24	7
Ha tenido dificultades para solicitar o mantener sus controles de salud para el VIH	76	19	5

Fuente: ATN COVID Questionnaire - Elaboración propia

4.4. CAP COVID-19 (Conocimientos, actitudes y prácticas)

4.4.1. Conocimientos sobre el COVID-19

4.4.1.1. Información sobre el COVID-19

Los 100 participantes tuvieron información sobre el COVID-19 al menos de una de las fuentes consideradas en la última semana.

La información fue principalmente recibida de gente del común conocida (58%), trabajadores de la salud (53%), periodistas (52%), científicos y autoridades de salud (37%-35%). Las fuentes de las que menos se recibió información fueron de "políticos" (5%) y redes sociales (7%), y en la opción "otras" (7%) los participantes mencionaron como fuente de información "noticias", "curso de farmacia", "revistas", "radio" y "Facebook". Ver tabla 5.

Tabla 5. Fuentes de información COVID-19

Información sobre el Covid-19			
n= 100 (%)		Sí	No
Trabajadores de salud		53	47
Científicos		37	63
OMS		26	74
Autoridades de salud		35	65
Políticos		5	95
Periodistas		52	48
Gente del común que conozco		58	42
Gente del común que no conozco		22	78
Redes sociales		7	93
Otras		7	93

Fuente: CAP COVID-19 - Elaboración propia

4.4.1.2. Grado de conocimiento sobre el COVID-19

En cuanto al mecanismo de transmisión del COVID-19, el 98% (n=98) de los participantes reconocen que su contagio es mediante contacto humano, tos o estornudo; lo cual indica un conocimiento **alto** en este aspecto. Por otro lado, solo el 2% reconoció "otros", como el mecanismo de transmisión, catalogando en un conocimiento **bajo**.

Frente a los síntomas del COVID-19, se encontró que el 89% de los participantes tuvo un conocimiento **alto**, marcando de 7-10 síntomas que se presentan al contagiarse con SARS-CoV-2. Un 3% tuvo un conocimiento **intermedio**, marcando de 4-6 síntomas y un 8% tuvo un conocimiento **bajo**, marcando de 1-3 o marcó la opción "ninguna de las anteriores".

Con respecto al grado de familiaridad y conocimiento del término "distanciamiento físico", el 65% tuvo un grado **alto de familiaridad**, indicando que "lo ha escuchado y sabe lo que significa", un 19% un grado **intermedio de familiaridad**, marcando "lo ha escuchado y tiene alguna idea de lo que significa" y un 16% tuvo un grado **bajo de familiaridad**, al señalar que "lo ha escuchado, pero no sabe qué significa" o "no lo ha escuchado".

Tabla 6. Grado conocimiento COVID-19

Grado de Conocimiento	
n= 100 (%)	
Contagio del COVID-19	
Alto	98
Bajo	2
Síntomas	
Alto	89
Intermedio	3
Bajo	8
Distanciamiento social	
Alto	65
Intermedio	19
Bajo	16

Fuente: CAP COVID-19 - Elaboración propia

4.4.2. Actitudes: Miedo al COVID-19 (Fear of COVID-19)

Para analizar la preocupación por el COVID-19, se empleó el instrumento "*Fear of COVID-19 Scale*"; el cual permitió indagar sobre aspectos como: el miedo al COVID-19, incomodidad al pensar en el virus y algunas manifestaciones físicas y psicológicas relacionadas con el temor hacia éste.

Se tomó para la muestra de esta variable 98 participantes de los cuales el 52% presentó un nivel moderado de miedo al COVID-19 y un 12% un nivel severo, mostrando que un 64% de los participantes tenían un nivel de miedo mayor al coronavirus. Un 49% manifestó algún grado de acuerdo con la premisa de tener miedo a perder su vida debido al COVID-19 y un 44% manifestó tener propiamente miedo al virus. Ver tabla 7 y 7.1.

Tabla 7. Preocupación COVID-19 / Fear of COVID-19

Miedo al COVID-19 n= 98 (%)										
	Totalmente en desacuerdo		Parcialmente en desacuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		Parcialmente de acuerdo		Totalmente de acuerdo	
Miedo al COVID-19	31	31,6	13	13,3	11	11,2	15	15,3	28	28,6
Incomodidad al pensar en COVID-19	30	30,6	14	14,3	10	10,2	23	23,5	21	21,4
Manos húmedas cuando se piensa en COVID-19	59	60,2	18	18,4	9	9,2	6	6,1	6	6,1
Miedo a perder la vida por COVID-19	27	27,6	17	17,3	6	6,1	14	14,3	34	34,7
Nerviosismo por noticias del COVID-19	41	41,8	16	16,3	7	7,1	18	18,4	16	16,3
Sin dormir por preocupación del COVID-19	57	58,2	20	20,4	7	7,1	8	8,2	6	6,1
Corazón que se acelera al pensar en COVID-19	57	58,2	18	18,4	4	4,1	13	13,3	6	6,1

Fuente: Fear of COVID-19 - Elaboración propia

Tabla 7.1 Grado de Miedo al COVID-19

Miedo al COVID-19			
Nivel	Puntaje	n=98	%
Severo	>28	12	12,2
Moderado	14-28	51	52,0
Leve	>14	35	35,7

Fuente: Fear of COVID-19 - Elaboración propia

4.4.3. Prácticas

4.4.3.1. Vacunación

El 97% de los participantes mencionan que existe disponibilidad de la vacuna en el país y el 85% manifestó haberla recibido, de ellos 48.20%, es decir, la mayoría de la población del estudio fue vacunado con el biológico de la farmacéutica Pfizer, seguido por el 17.60% con Sinovac. Con relación a la vacuna de J&J por su característica especial de ser unidosis, se preguntó por el mes de vacunación, siendo octubre el mes de mayor vacunación con este biológico, principalmente durante el año 2021. Respecto a las dosis aplicadas el 62.16% de las personas vacunadas cuentan con el esquema completo de 2 dosis establecido por el Min

Salud, siendo esta una tasa alta de vacunación cabe resaltar que un 29.73% de los participantes contaban además con la tercera dosis, o dosis de refuerzo. *Ver tabla 8.*

Tabla 8. Datos vacunación

Datos generales vacunación	
Tipo de vacuna que recibió	n=84 (%)
Johnson & Johnson	8 (9,41)
Pfizer/BioNTech	41 (48,20)
Moderna	11 (12,90)
AstraZeneca/Universidad de Oxford	9 (10,60)
Sinovac	15 (17,60)
Mes de vacunación J&J	n=7 (%)
Mayo-Julio	3 (42,87)
Octubre	3 (42,87)
Noviembre	1 (14,29)
Año de vacunación J&J	n=7 (%)
2020	1 (14,29)
2021	6 (85,71)
Cuántas dosis recibió	n=74 (%)
1	6 (8,11)
2	46 (62,16)
3	22 (29,73)

Fuente: CAP COVID-19 Vacunación – Elaboración propia

Tabla 9. Factores que influenciaron a recibir la vacuna

Factores que influenciaron a recibir la vacuna				
n= 85 (%)				
	Si	(%)	No	(%)
Preocupación por su propia salud	70	82,4	15	17,6
Factores de riesgo	49	57,6	36	42,4
Preocupación por la salud de los demás	64	75,3	21	24,7
Deseo de regresar a la normalidad	45	52,9	40	47,1
Confianza en que funcionará	46	54,1	39	45,9
Conveniencia / fácil de conseguir	26	34,1	56	65,9
Razones religiosas	4	4,71	81	95,3
Razones políticas	3	3,53	82	96,5
Confianza en el personal de salud	44	51,8	41	48,2
Confianza en líderes gubernamentales	10	11,8	75	88,2
Confianza en las farmacéuticas	33	3,88	52	61,2
Información encontrada en las noticias	32	37,6	53	62,4
Información encontrada en redes sociales	26	30,6	59	69,4

Fuente: CAP COVID-19 Vacunación – Elaboración propia

Tabla 10. Factores que influenciaron a no recibir la vacuna

Factores que influenciaron a NO recibir la vacuna n= 15 (%)				
	Si	(%)	No	(%)
El riesgo de contagiarse es bajo	2	13,3	13	86,6
El COVID no tiene grandes consecuencias	1	6,6	14	93,3
Preocupación de que no funcione	3	20,0	12	80
Preocupación por eventos secundarios	8	53,3	7	46,6
No me queda tiempo / estoy ocupado	0	0	15	100
Preocupación por dificultades para pagar la vacuna	1	6,6	14	93,3
Preocupación por dificultades para encontrar el sitio	0	0	15	100
Miedo a las agujas / inyecciones	0	0	15	100
Motivos religiosos	0	0	15	100
Motivos políticos	0	0	15	100
Falta de confianza en líderes gubernamentales	2	13,3	13	86,6
Falta de confianza en la ciencia / farmacéuticas	3	20,0	12	80
Información vista en noticias	3	20,0	12	80
Información vista en redes sociales	2	13,3	13	86,6

Fuente: CAP COVID-19 Vacunación – Elaboración propia

4.4.4. Citizen Science Study: Medidas preventivas

4.4.4.1. Uso de tapabocas:

Del 100% de los participantes en el momento de la recolección de los datos, el 65% de las personas encuestadas siempre utilizó tapabocas o algún tipo de protección facial en la última semana cuando estuvieron en algún lugar público (nov 2021-feb 2022); por otro lado, el 23% lo utilizó la mayoría del tiempo, el 7% lo utilizó algunas veces y el 5% manifestó no haber salido en la última semana a lugares públicos. Estos resultados se recodificaron como “adecuado” agrupando las respuestas “siempre” y “la mayoría de las veces”; o “no adecuado” agrupando las respuestas “algunas veces” y “nunca”; lo cual arrojó que el 88% de las personas tuvieron un uso adecuado del tapabocas en la última semana previa a la recolección de datos.

En cuanto al uso del tapabocas en el último pico de pandemia (agosto 2021), el porcentaje de personas que lo utilizaron siempre aumentó al 75%, lo utilizaron la mayoría del tiempo el 14%, algunas veces el 6%, el 4% no salió durante el último pico epidemiológico y un 1% manifestó no haberlo usado nunca. Estos resultados se recodificaron de igual forma, como “adecuado” o “no adecuado”; en el último pico de pandemia el uso del tapabocas fue adecuado en el 89% de las personas.

4.4.4.2. Distanciamiento físico:

En la última semana previa a la aplicación de la encuesta, se encuentra que un 28% siempre mantuvo el distanciamiento físico, un 26% lo conservó la mayoría del tiempo, un 27% lo pudo respetar algunas veces, el 6% no salió durante la última semana y el 13% de personas nunca mantuvo el distanciamiento físico, esto agrupándose en un adecuado distanciamiento físico en el 54%, en la última semana previa a la recolección de datos.

En referencia al último pico de contagios hasta el momento de la recolección de los datos, un 31% manifestó siempre mantener el distanciamiento físico, un 27% lo mantuvo la mayoría del tiempo, un 23% algunas veces, un 9% nunca lo hizo y un 10% no salió durante el último pico de contagio de COVID-19, agrupándose en un 58% de adecuado distanciamiento físico. *Ver tabla 11.*

Con respecto al acate de medidas implementadas por el Gobierno Nacional de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social de la República para disminuir el número de contagios de COVID-19 en el territorio nacional, el 76% de las personas encuestadas manifestó que tenía una gran posibilidad de poderlas practicar y llevar a cabo. *Ver tabla 12.*

Tabla 11. Medidas preventivas COVID-19: Uso de tapabocas y distanciamiento físico

Medidas preventivas COVID-19					
n= 100 (%)					
	<i>Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>La mayoría del tiempo</i>	<i>Siempre</i>	<i>No salí en la última semana</i>
<i>Última semana. Frecuencia de tapabocas lugar público</i>	0	7	23	65	5
<i>Pico de contagios. Frecuencia de tapabocas lugar público</i>	1	6	14	75	4
<i>Última semana. Distanciamiento</i>	13	27	26	28	6
<i>Pico de contagio. Distanciamiento</i>	9	23	27	31	10

Fuente: Citizen Science Study – Elaboración propia

Tabla 12. Acate de medidas gubernamentales

Acate de medidas gubernamentales	
n= 100 (%)	
<i>No es posible</i>	4
<i>Es poco posible</i>	1
<i>Es medianamente posible</i>	19
<i>Es mayormente posible</i>	29
<i>Es completamente posible</i>	47

Fuente: Citizen Science Study – Elaboración propia

4.4.4.3. Pruebas de detección COVID-19:

En lo que respecta a las pruebas de detección de COVID-19, el 87% de personas indicaron saber dónde y cómo hacerse la prueba; de ellos, el 52,3% menciona que no tiene la capacidad de poder cubrir el costo de este. Un 57% del total de encuestados se realizó una prueba COVID-19, de los cuales el 23% obtuvo un resultado positivo en algún momento. Dentro de

este último grupo, 92,98% mencionó que su resultado más reciente fue de hace más de un mes y el 77,19% no han recibido un resultado positivo nunca.

Por último, de las 100 personas participantes en el estudio, 60% han recibido un resultado positivo para COVID-19 de alguien cercano y 62% negaron que hayan experimentado la muerte de una persona cercana por este virus. *Ver tabla 13.*

Tabla 13. Pruebas de detección COVID-19

Pruebas de detección de COVID-19	
Sabe dónde y cómo hacerse prueba COVID-19	n=100 (%)
Sí	87
No	13
Cubrir costo de prueba	n=86 (%)
Sí	20 (23,26)
No	45 (52,33)
Puedo obtener una prueba de forma gratuita	21 (24,42)
Le han realizado prueba de COVID-19	n=100 (%)
Sí	57
No	43
Cuando recibió resultado reciente	n=57 (%)
La semana pasada	1 (1,75)
Entre una semana y un mes	3 (5,26)
Hace más de un mes	53 (92,98)
Ha recibido resultado positivo	n=57 (%)
Sí	13 (22,81)
No	44 (77,19)
Resultado positivo de alguien cercano	n=100 (%)
Sí	60
No	40
Muerte de alguien cercano por COVID-19	n=100 (%)
Sí	38
No	62

Fuente: Citizen Science Study – Elaboración propia

4.5. Estado del VIH

De los participantes del estudio, en los últimos 12 meses previos a la aplicación del instrumento el 100% tuvo al menos una consulta con proveedor de cuidado de VIH (médico, enfermero(a), “nurse practitioner”, asistente de médico), de los cuales el 44.9% tuvo una consulta mensual (12); de estas el 65.5% atendidas en modalidad virtual, en el marco de la emergencia sanitaria. *Ver tabla 14.*

Tabla 14. Atención de salud para el cuidado/control del VIH

Atención de salud para el cuidado/control del VIH		
n= 100 (%)		
Consultas de cuidado para el VIH en los últimos 12 meses	<3 veces	16
	4-7 veces	22
	8-12 veces	58
	>12 veces	4
Modalidad de las consultas	Virtual	65.5
	Presencial	34.5

Fuente: Datos de cuestionario Estado del VIH – Elaboración Propia

La carga viral más reciente en el 83% de las personas fue indetectable, es decir, <50 copias/mL. En cuanto a la medicación con terapia antirretroviral (TAR) el 90% se encontraba en tratamiento, el 7% empezó a tomarlos, pero los dejaron posteriormente, y un 3% nunca había tomado TAR para el tratamiento del HIV. *Ver tabla 15*

Tabla 15. Estado del VIH

Estado del VIH		
N= 100 (%)		
Carga viral más reciente	Indetectable (<50 copias/ml)	83
	Detectable (>50 copias /ml)	17
Terapia antirretroviral (TAR)	En tratamiento	90
	Tratamiento suspendido	7
	Nunca ha tomado tratamiento	3

Fuente: Datos de cuestionario Estado del VIH – Elaboración Propia

4.5.1. Inventario de Autoinforme de Adherencia a la Medicación (MASRI):

Se indagó por el grado de adherencia a la TAR (Terapia Antirretroviral) en un rango de tiempo de los últimos 3 y 30 días. Para evaluar el porcentaje de la misma, se clasificó entre “grado alto de adherencia” a las personas que en el 90% o más tomaron sus medicamentos; y “grado bajo de adherencia” a quienes reportaron tomar sus medicamentos en menos del 90% de las veces. En cuanto a la adherencia reportada en los últimos 30 días, puede haber algún grado de sesgo de memoria; por ende, puede llegar a ser más confiable la encontrada en los último 3 días, la cual se reportó un grado alto de adherencia (>90%) en el 78,82% de los participantes (67 personas).

Realizando un análisis bivariado por género, se decidió analizar por separado la población cisgénero y la población diversa dado el bajo número de participantes en este último segmento poblacional.

Las diferencias porcentuales en el reporte del nivel de adherencia de los últimos tres días fue de tres puntos en la población cisgenero. El nivel de adherencia por debajo del 90%, fue reportada por 10 hombres en los últimos 30 días y por 6 en los últimos 3 días. En las mujeres no se evidenciaron estos cambios aunque una de ellas no reportó el nivel de adherencia en los últimos 30 días.

En el caso de las mujeres cisgénero, se encontró un grado bajo grado de adherencia en el 29,26% de ellas (12 mujeres). Analizando este último aspecto más a fondo, cabe resaltar que el 29% (n= 19) de las mujeres participantes reportaron baja adherencia, siendo el 66% del total de la población cisgénero con este grado en los últimos 3 días.

Los datos evidenciaron que del total de los hombres cisgénero un 86,36% (n=38) tuvo alto grado de adherencia mientras que en las mujeres cisgénero fue de 70.73%. Sin embargo no se observaron diferencias estadísticamente significativas probablemente por el tamaño de la muestra. *Ver tabla 16.*

Tabla 16. Adherencia en los últimos 3 y 30 días en hombres y mujeres cisgénero

Variable	Género		
	Masculino	Femenino	General
Adherencia últimos 3 días	n=44 (%)	n=41 (%)	n=85 (%)
<90%	6 (13,63)	12 (29,26)	18 (21,17)
>90%	38 (86,36)	29 (70,73)	67 (78,82)

Grado de adherencia según género en los últimos 3 días

*Chi-cuadrado de Pearson: 3,032; p=0,220.

Variable	Género		
	Masculino	Femenino	General
Adherencia últimos 30 días	n=44 (%)	n=40 (%)	n=84 (%)
<90%	10 (22,72)	11 (27,5)	21 (25)
>90%	34 (77,27)	29 (72,5)	63 (75,90)

Con respecto a la población diversa del estudio, se encontró un alto grado de adherencia, es decir, >90% de cumplimiento en toma de su TAR, en un 81,82% de los participantes, en ambos periodos de tiempo, últimos 3 y 30 días, mayor que en la población cisgénero. Ver tabla 17.

Tabla 17. Adherencia en los últimos 3 y 30 días población diversa.

Adherencia últimos 3 días	Género				
	Trans masculino	Trans femenino	Queer	Trans no binario	General
	n=1	n=7	n=2	n=1	n=11
<90%	0	2 (28,60)	0	0	2 (18,18)
>90%	1 (100)	5 (71,40)	2 (100)	1 (100)	9 (81,82)
Adherencia últimos 30 días	Género				
	Trans masculino	Trans femenino	Queer	Trans no binario	General
	n=1	n=7	n=2	n=1	n=11
	0	2 (28,60)	0	0	2 (18,18)
	1 (100)	5 (71,40)	2 (100)	1 (100)	9 (81,82)

Análisis por género y variables sociolaborales:

Al realizar un análisis detallado de las condiciones sociodemográficas y laborales de las mujeres se encontraron cifras que muestran su mayor vulnerabilidad.

De las 45 personas que reportaron tener algún tipo de empleo remunerado, 17 son mujeres y 20 hombres. De las personas en busca de empleo las mujeres representan el mayor número comparado con los hombres y de las 6 personas dedicadas a actividades del hogar todas son mujeres. Cabe resaltar que hubo participantes que además de estar en búsqueda de empleo

podían afirmar alguna de las otras condiciones, como ser estudiante, pensionado o dedicarse al trabajo informal. Ver tabla 18.

Tabla 18. Género y variables sociolaborales

Variables sociolaborales		Identidad de género	
		Masculino	Femenino
	Labora	20	17
	Desvinculado o en licencia	0	1
	En búsqueda de empleo	11	13
	Pensionado o retirado	7	5
	Incapacitado	1	1
	Actividades del hogar	0	6
	Estudiante	2	5
	Trabajo informal	7	2
	Total	48	50

Análisis bivariado identidad de género y variables sociolaborales

Por otro lado, los participantes cuya identidad de género era diversa (n=11) se encontraban en un 72% en una actividad laboral remunerada, un 36,36% en búsqueda de empleo y ninguna persona se dedicaba a actividades del hogar. Esto puede ser contrastado con lo evidenciado en las mujeres cisgénero del estudio (n= 43), solamente un 39,5% se encontraban laborando, un 30% se encontraban en búsqueda de empleo, un 14% se dedicaban a actividades del hogar. Por lo tanto, podría decirse que esta población presenta menor vulnerabilidad en los aspectos sociolaborales que las mujeres cisgénero participantes de este estudio. Ver tabla 18.1.

Tabla 18.1. Género y variables sociolaborales: Identidades diversas

Variables sociolaborales		Identidades diversas	
	Labora		8
	Desvinculado o en licencia		0
	En búsqueda de empleo		4
	Pensionado o retirado		2
	Incapacitado		0
	Actividades del hogar		0
	Estudiante		1
	Trabajo informal		0
	Total		15

Análisis bivariado género y variables sociolaborales: Identidades diversas

Ingresos y género:

De las 13 personas sin ingresos, 10 son mujeres, es decir, un 76.9%; y de las 33 personas que ganan más de 1 salario mínimo legal vigente (SMMLV) en Colombia, solo el 24% (8 personas) son mujeres; del total de las mujeres participantes solo un 18% ganan más de 1

SMMLV, lo que denota una diferencia con lo que ocurre en la población masculina, pero es similar a lo que se observa en otras identidades de género . *Ver tabla 19.*

Tabla 19. Ingresos y género

		<i>Identidad de género</i>			<i>Total</i>
		<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Otras identidades de género</i>	
<i>Ingresos de los participantes</i>	<i>Sin ingresos</i>	2	10	1	13
	<i>Menos de 1 SMLV</i>	21	25	8	54
	<i>Más de 1 SMLV</i>	23	8	2	33
<i>Total</i>		46	43	11	100

Análisis bivariado ingresos e identidad de género

*Chi-cuadrado de Pearson 15,162; p:0,004

Discusión

El COVID-19 generó cambios y afectaciones para las personas que viven con VIH del presente estudio. Tal como se mencionó en el reporte de resultados, el virus tuvo una prevalencia del 23% entre los participantes que en algún momento accedió a una prueba para la detección del virus (53%), más de un 85% de las personas tenía conocimiento de dónde y cómo realizárselas, no presentando mayores dificultades en su acceso si eran ordenadas por su servicio de salud. Estos datos son mayores a los de otros estudios realizados a nivel mundial, en los cuales se encontró una tasa de confección por COVID-19 en personas con VIH del 1 al 2% en algunos países de Europa, Norteamérica y Asia e incluso que en África donde se reportan tasas del 11% (35). En una región de Francia las tasas son incluso similares en pacientes con VIH (15,3%) o en tratamiento pre-exposición (14,8%) (36); pero esta sigue siendo mayor en las PVV de este estudio; puede estar relacionado a que el acceso a las pruebas de los participantes fue importante y sencillo, sin embargo, se insta a indagar en estudios como los mencionados cómo fue el acceso a las pruebas de detección para el COVID-19 que permitió determinar tal prevalencia.

En ese mismo sentido, y teniendo en cuenta el porcentaje de participantes que tuvo pérdidas humanas cercanas a raíz del virus, un 23% de participantes incrementó la necesidad de estar en conexión con sus familiares; y otro 13% indicó que su conexión con sus amistades aumentó a raíz de la pandemia y las medidas de confinamiento obligatorias impuestas por el gobierno nacional. Estas conexiones se debieron de realizar por medios virtuales; ya que, por las medidas robustas de aislamiento planteadas por el Ministerio de Salud, no estaba permitido el salir a los espacios exteriores. Estas cifras se asemejan al estudio realizado por Shi L. et. al, en la provincia de Jiangsu, China (37), con un total de 436 hombres que viven con VIH, de los cuales un 80% manifestaron optar por quedarse en casa la mayor parte de la crisis sanitaria (>70% del tiempo); pues, tenían miedo de contraer el virus y que éste tuviese representase consecuencias letales para su salud.

Asimismo, cabe resaltar que con los aspectos económicos mencionados anteriormente; obligó a que un 53% de personas en el estudio tuviesen que ayudar financieramente a otros. Agregando a esto, el consumo de sustancias psicoactivas se mantuvo igual en el 87% de

personas participantes, al igual que un 80% sugirió que su consumo de alcohol se había conservado sin modificaciones por la pandemia. Más estudios son requeridos para poder explorar a mayor profundidad para determinar si el consumo de sustancias fue un factor determinante como medida de afrontamiento para las afecciones de salud mental durante la crisis sanitaria.

En relación con esto, en este estudio se pueden encontrar datos que permiten observar cómo la pandemia afectó la calidad de vida de las personas mientras se robustecían las medidas de aislamiento, las cuales obligaron a la población a abandonar muchas de las actividades que les generaban recursos económicos y a quedarse en casa. Estudios similares como los de Campbell et. al en Ciudad del Cabo, Sudáfrica (38); se muestran cifras similares o incluso mayores en términos de las dificultades en el acceso a los recursos económicos para la subsistencia. Este autor indica que un 60% de un total de 83 participantes tuvieron dificultades en el acceso a alimentos y tuvieron que reducir las porciones consumidas en cada comida. En el presente estudio, estas cifras llegaron a un 41%; lo que lleva a inferir que se presentó una inseguridad alimentaria en algún grado, causada por las medidas gubernamentales para el control del contagio por COVID-19 en Colombia y el cómo éstas interrumpieron de manera directa en las dinámicas económicas de las poblaciones.

En lo concerniente a las afectaciones que generó el distanciamiento físico en el acceso a servicios de salud para el cuidado y control del VIH, solo un 15% de la población estudiada manifestó que la consecución de medicamentos se vio afectada en cierta medida, y otro 18% tuvieron dificultades en agendar o mantener sus controles médicos; en contraste con lo presentado por Campbell (38), en cuyo estudio un 13,25% de las personas encuestadas, se quedaron sin medicamentos por las dificultades para salir a los centros de salud y un 15,6% perdieron sus citas médicas; el 80% de las PVV en Colombia no presentaron dificultades en la consecución de su tratamiento y un 76% no presentó problemas para solicitar o mantener sus controles de salud, lo que marca una gran diferencia en cómo se mantuvo la atención de salud para el cuidado/control del VIH en Colombia y esto permitió un grado alto de adherencia a la TAR.

En ese mismo sentido, en un estudio realizado por Ibáñez Chuan en el 2021 en Perú que valoró diferentes aspectos de los servicios de salud en la pandemia por COVID-19 (39); se evidenció que, en una muestra de 257 participantes, el 32,4% de estos, en promedio, se sintió insatisfecho con la capacidad de respuestas de los servicios de salud durante la crisis sanitaria, contrario a lo manifestado por los participantes del panorama colombiano planteado en este estudio. Teniendo en cuenta esto, se podría sugerir que Colombia tuvo una buena adaptabilidad para seguir garantizando la atención de salud y cuidado para el VIH durante la pandemia; pues la insatisfacción y el nivel de dificultades de los usuarios del sistema fueron menores; estas estrategias utilizadas pueden ser un punto de partida a considerar ante otras situaciones similares a la pandemia por COVID-19 en un momento dado y se deben de seguir replicando, e inclusive fortaleciendo, para afrontar futuras crisis sanitarias o pandemias que golpeen la nación o el continente.

En cuanto al CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) se evidenciaron hallazgos importantes en cada uno de sus componentes. Las personas del estudio evidenciaron un grado de conocimiento alto (>89%) en lo referente a mecanismo de transmisión y síntomas, cercano al 90% encontrado por Iradukunda et. al (40) a la aplicación del CAP en PPV en Ruanda, lo que podría estar relacionado con el propio acceso a la información y la difusión de esta desplegada por las autoridades de salud.

En lo relacionado a Fear of COVID-19, se tuvo gran semejanza con lo presentado por Khumsaen et al (41), en cuyo estudio en Tailandia evidenció un grado moderado de miedo en las PVV; el grado de desacuerdo con la mayoría de las afirmaciones planteadas podría llevar a pensar que la preocupación al respecto fue leve, sin embargo, factores como el miedo a morir marca un mayor nivel de acuerdo en ambos estudios; en Tailandia el miedo fue mayor en la población que había perdido a alguien cercano debido al COVID-19, y en mayores de 60 años.

Con respecto a la práctica de vacunación, las creencias y actitudes que llevaron a la aceptación de los biológicos fueron positivas mostrándose como una estrategia protectora para sí mismos y los demás. Al comparar el porcentaje de vacunación en Colombia a principios de 2022, 30 millones de personas de los 50 millones de colombianos, cumplían con esquema completo (42), lo que, comparado con la población del estudio, muestra un comportamiento incluso mayor al general a nivel nacional, evidenciando un estado vacunal alto (62.16%).

En adición, se pueden encontrar similitudes en el porcentaje de PVV vacunadas en Italia en un estudio CAP de Bert et. al (43) en el cual de 160 personas un 86.2% aceptó ser vacunado, semejante al 85% en los participantes colombianos. Las razones que influyeron dicha aceptación tanto en Colombia como en Italia fueron el considerar que el COVID-19 era una enfermedad grave y que vivir con VIH era un gran factor de riesgo; por otro lado, en relación a las razones para rechazar la vacunación coinciden en el temor por los efectos secundarios a la misma, pero difieren en que entre los participantes colombianos la información por medios y redes sociales tuvo mayor influencia para el disenso, además, al igual que en lo encontrado, aún hay un porcentaje de PVV que por diferentes razones no acceden a la vacunación pese a que esta es una medida indispensable para disminuir el riesgo de infección, complicaciones y muerte. En la población del estudio, a diferencia de países como Corea del Sur o Estados Unidos (44, 45), no se adujeron motivos religiosos o políticos para no recibir los biológicos, lo que indica que estas razones no tuvieron un efecto en el rechazo de los mismos para las personas participantes en Colombia, como sí lo hicieron en otros países. En el estudio realizado en China (37), en hombres que tienen sexo con hombres (HSM) que accedieron a pruebas para el VIH, se observó que el 97,3% decidió resguardarse, pasando menos del 40% del tiempo en sitios por fuera de sus hogares, como medida de protección al contagio por COVID-19. Esto discrepa de los resultados del estudio, pues sólo el 6% se quedó en casa la última semana a la recolección de datos y el 10% durante el último pico; esto podría deberse a aspectos como la pérdida de empleos y el acceso a alimentos o dinero.

En lo concerniente al acceso a pruebas de VIH o de otras ITS, el comportamiento del presente estudio fue que un 15% de la población entrevistada tuvo una disminución en el acceso de este tipo de pruebas; lo cual llama la atención al ser comparado con los resultados de un estudio panameño (46) en el cual se aplicó una encuesta por medios virtuales a un total de 960 personas. En este último, 100 de las personas involucradas en el estudio refirieron tener la necesidad de realizarse pruebas para el VIH o alguna otra ITS, grupo del cual un 56% manifestó no tener la posibilidad de poder realizarlas debido al confinamiento y las dificultades por la crisis sanitaria. Comparando ambas estadísticas, se podría asumir que, a pesar del confinamiento y la crisis desprendida por la pandemia del COVID-19, en Colombia

los servicios de salud siguieron teniendo cobertura y brindando acceso a quienes les necesitaban.

Por otro lado, en relación a lo encontrado en el Estado del VIH de las personas participantes del estudio, resaltan los comportamientos de Adherencia a TAR indagados con el MASRI en los últimos tres días en el género femenino, en este se reportó más baja adherencia que en otras identidades (66%), situación que para varios autores es similar, pues esta dificultad se debe a fenómenos como la pobreza, desempleo, necesidad de servicios sociales para su familia y responsabilidades familiares asignadas al género que viven las mujeres; ante ello se considera necesario seguir indagando en la relación e impacto del género en la adherencia (47, 48).

El estudio de Rivéro-Mendez, Dawson Rose, and Solís-Báez (49), en el cual examinan las percepciones de los proveedores de atención médica con respecto a experiencias y factores que contribuyen a la baja adherencia al TARV en las mujeres en Puerto Rico, encontró que los roles de género, el miedo de revelación del diagnóstico y la complejidad del tratamiento exceden sus fortalezas para mantener adecuados niveles de adherencia.

5. Conclusiones y recomendaciones

El estudio permitió reconocer los efectos que tuvo la pandemia por COVID-19 y las medidas implementadas para contener ésta, en diferentes esferas de las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana en Colombia; teniendo en cuenta sus estilos de vida moldeados a su condición de inmunosupresión y el cómo afrontaron la crisis sanitaria desarrollada por el SARS-CoV-2.

Agregando a lo anterior, se pudieron describir los comportamientos, actitudes y prácticas que adoptaron las personas con esta infección para poder afrontar la pandemia y preservar su salud. Todos estos elementos, teniendo en cuenta la evolución de la pandemia, incluyendo las medidas gubernamentales para su control tanto individual como colectivo. Por otro lado, el estudio también permitió identificar los cambios en la calidad de vida y de otros elementos vitales de las personas involucradas en el estudio.

Se establecieron los casos diagnosticados de coinfección por COVID-19 entre los participantes del estudio, su estado de vacunación concerniente al COVID-19 y su disposición para acceder al biológico para prevenir este virus o las razones para declinar la vacunación. También, se identificaron los aspectos relacionados con el estado actual del VIH en la población del estudio, las acciones que tomó esta población para su autocuidado y el acceso a servicios de salud que tuvieron durante la crisis sanitaria.

Finalmente, se sugiere que vale la pena que se sigan realizando estudios en poblaciones que viven con VIH y sus comportamientos; pues, esto permitiría preparar a los servicios de salud en caso de que se presenten pandemias en un futuro.

Con la pandemia por COVID-19 las personas convivientes con VIH (PVV) de este estudio afrontaron situaciones específicas en todas las áreas de su vida, algunas implicaron disminución de accesos a recursos económicos, pérdida/cambios de vivienda o trabajo; modificaciones en sus comportamientos, actitudes y prácticas debido a la contingencia; y, en algunos casos por las dinámicas presentadas pudieron llegar a percibirse barreras para la

atención en salud, tanto para el tratamiento y seguimiento del VIH, como en las medidas de protección contra el COVID-19 (vacunación, uso de tapabocas, distanciamiento físico).

En adición, es importante destacar las razones que aún siguen vigentes para que las personas no accedan a vacunarse deben ser estudiadas con mayor amplitud por otros estudios; ya que, de acuerdo con ONUSIDA (50), las PVV deberían de tomar todas las medidas preventivas recomendadas para reducir el riesgo de morbilidad relacionada con el COVID-19.

Así mismo los factores que la han determinado y su contexto de vida; para así contribuir a la salud pública y que, desde este sector, se diseñen políticas públicas adecuadas que impacten positivamente en la salud y calidad de vida de las personas que viven con VIH en el país, especialmente desde el rol desempeñado en este campo desde la disciplina de enfermería.

6. Fortalezas y limitaciones

6.1. Fortalezas

Las fortalezas del estudio se encuentran en que se pudo contar con múltiples instrumentos que valoraban diferentes esferas de la vida de las personas participantes del mismo; permitiendo así, que se pudiese tener una imagen mucho más integral y holística de los impactos que tuvo la pandemia por COVID-19 en las personas que viven con VIH en Colombia.

6.2. Limitaciones

El contar con un recurso económico limitado que no permitiese aumentar el número de incentivos para motivar a más personas a participar del estudio, hizo que no se pudiese aumentar la muestra para tener inclusive aún más datos y tener una representatividad de las personas que viven con VIH en Colombia mucho más amplia que la presentada en este estudio.

Agregar a esto, que el instrumento “*Citizen Science Study*” ya se encontraba validado en poblaciones norteamericanas; sin embargo, no se ha validado éste en poblaciones de países latinoamericanos y que sean hispanohablantes. Valdría la pena que este instrumento se validase, con el fin de que los datos presentados tuviesen menor posibilidades de entrar en un margen de error comúnmente presentado en investigaciones en las cuales se emplean instrumentos no validados culturalmente en poblaciones específicas como lo es la colombiana.

7. Referencias bibliográficas

1. Holzemer, W. L. (2007). University of California, San Francisco International Nursing Network for HIV/AIDS Research. *International Nursing Review*, 54(3), 234–242.
2. Reyes, D. M., Cuca, Y. P., & Dawson-Rose, C. S. (2021). President's Message—The International Nursing Network for HIV Research. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 32(3), 409–412. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000273>
3. ONUSIDA (2021a). Hoja informativa – últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia del Sida. Repositorio documental. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
4. ONUSIDA (2021b). Hoja informativa - Estimaciones epidemiológicas preliminares de ONUSIDA para 2021. Repositorio documental.
5. ONUSIDA. (n.d.). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | ONUSIDA. Retrieved November 7, 2023, from <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
6. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC (2021). Situación del VIH/SIDA en Colombia 2020. Bogotá [Revisado: Julio, 2021]. Disponible en <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/05/VIH-2020-CAC.pdf>
7. John Hopkins University (2021). COVID-19 Dashboard. [Revisado 7 julio 2021]. Disponible en <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
8. MinSalud, INS (2021). Covid-19 en Colombia. Reporte diario. [En línea]. Recuperado de: <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
9. INS (2019). Comportamiento del VIH en Colombia 2019. Boletín Epidemiológico Semanal No. 47. Repositorio documental: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf
10. INS (2020). Situación de la notificación de casos de VIH, Sida y muerte por Sida en Colombia. Boletín epidemiológico Semanal 48. Repositorio documental: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_48.pdf
11. Shah, A.S.V., Stelzle, D., Lee, K.K., et al. (2018). Global Burden of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in People Living With HIV. *Circulation*;138(11):1100–1210
12. Rubin, L.H., Maki, P.M. (2019). HIV, Depression, and Cognitive Impairment in the Era of Effective Antiretroviral Therapy. *Curr HIV/AIDS Rep* 16, 82–95.
13. Marziali, M.E., Card, K.G., McLinden, T., et al. (2019) Relationship Between Social Isolation and Mortality Among People Living with HIV in British Columbia, Canada. *Canadian Conference on HIV/AIDS Research 2019*. May 9–12; Saskatoon, Saskatchewan.
14. Jiang, H., Zhou, Y., and Tang, W., (2020). Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *The Lancet HIV*, 7(5), pp.e308-e309.

15. Hogan, A.B., Jewell, B.L., Sherrard-Smith, E., et al. (2020). Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(9), pp. e1132-e1141.
16. Mantilla, M. (2021). Ponencia Conferencia Mundial de SIDA 2021 <https://www.ias2021.org/rapporteurs/#track-d>
17. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del VIH en Colombia, 2022; Bogotá, D. C. 2023.
18. ONUSIDA. Preguntas frecuentes con relación al VIH y el sida. [En línea]. 2022 [citado el 27 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
19. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de Onusida [En línea]. 2015 [citado 27 de noviembre de 2022]. p. 7-30. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf
20. CDC. Acerca del VIH/SIDA: Informese [Internet]; 2021. [Consultado 2022 Marzo 22]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>
21. National Institute of HIV. (n.d.). Conceptos básicos sobre la prevención de la infección por el VIH | NIH. Retrieved November 14, 2023, from <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/conceptos-basicos-sobre-la-prevencion-de-la-infeccion-por-el-vih>
22. Adhanom-Ghebreyesus T. WHO DirectorGeneral's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2020. Acceso 4 de abril de 2020. Disponible en <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
23. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 457 del 22 de marzo de 2020. Presidencia de Colombia. [Consultado 2022 Marzo 25] Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=110674
24. Javier Díaz-Castrillón F, Toro-Montoya AI. Artículo de revisión SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19: The virus, the disease and the pandemic.
25. Gatechompol S, Avihingsanon A, Putcharoen O, Ruxrungtham K, Kuritzkes DR. COVID-19 and HIV infection co-pandemics and their impact: a review of the literature. *AIDS Res Ther*. 2021 May 5;18(1):28. doi: 10.1186/s12981-021-00335-1. PMID: 33952300; PMCID: PMC8097669.
26. Nomah DK, Reyes-Urueña J, Llibre JM, Ambrosioni J, Ganem FS, Miró JM, Casabona J. HIV and SARS-CoV-2 Co-infection: Epidemiological, Clinical Features, and Future Implications for Clinical Care and Public Health for People Living with HIV (PLWH) and HIV Most-at-Risk Groups. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2022 Feb;19(1):17-25. doi: 10.1007/s11904-021-00596-5. Epub 2022 Feb 3. PMID: 35113346; PMCID: PMC8810339.
27. BVS. Descriptores en Ciencias de la Salud. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud. Disponible en:

https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28141&filter=ths_termall&q=conocimientos,%20actitudes%20y%20prácticas%20en%20salud

28. Organización Mundial de la Salud. Vacunas e inmunización. (2022). Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
29. Organización Panamericana de la Salud. Terapia Antiretroviral. (2022). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral#:~:text=El%20tratamiento%20consist e%20en%20una.la%20probabilidad%20de%20desarrollar%20resistencia.>
30. Holzemer, WL. (2007). Red Internacional de Enfermería para la Investigación en VIH/SIDA de la Universidad de California, San Francisco. *International nursing review en español*, 54(3), pp 253-261.
31. Canaval-Erazo GE, Valencia-Molina CP, Burgos-Dávila DC, Cossio A. Efectividad de un manual para autocuidado de síntomas en personas colombianas que viven con VIH. *Aquichan*. 2017; 17(4): 401-412. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.4.4
32. Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
33. Walsh, J.C., Mandalia, S., & Gazzard, B.G. (2002). Responses to 1-month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcomes. *AIDS*, 16(2), 269-277.
34. Huarcaya-Victoria, J., Villarreal-Zegarra, D., Podestà, A., & Luna-Cuadros, M. A. (2020). Psychometric properties of a Spanish version of the fear of COVID-19 scale in general population of Lima, Peru. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
35. Oyelade T, Alqahtani JS, Hjadi AM, Li A, Kamila A, Raya RP. Global and Regional Prevalence and Outcomes of COVID-19 in People Living with HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trop Med Infect Dis*. 2022 Feb 3;7(2):22. doi: 10.3390/tropicalmed7020022. PMID: 35202217; PMCID: PMC8880028.
36. Spinelli MA, Jones BLH, Gandhi M. COVID-19 Outcomes and Risk Factors Among People Living with HIV. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2022 Oct;19(5):425-432. doi: 10.1007/s11904-022-00618-w. Epub 2022 Aug 5. PMID: 35930187; PMCID: PMC9362624.
37. Shi L, Liu G, Fu G, Zaller N, Wei C, et al. (2022) Psychosocial and behavioral correlates with HIV testing among men who have sex with men during the COVID-19 pandemic in China. *PLOS ONE* 17(1): e0262472. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262472>
38. Campbell, L.S., Masquillier, C., Knight, L. et al. Stay-at-Home: The Impact of the COVID-19 Lockdown on Household Functioning and ART Adherence for People Living with HIV in Three Sub-districts of Cape Town, South Africa. *AIDS Behav* 26, 1905–1922 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03541-0>
39. Chuan Ibañez, J. R. (2021). Calidad en atención en pandemia COVID-19 percibida por usuarios externos de estrategia sanitaria VIH/SIDA en Hospital Regional Lambayeque 2021. Universidad César Vallejo, 0–2.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/63490/Chuan_IJR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. Iradukunda, P.G., Pierre, G., Muhozi, V. et al. Knowledge, Attitude, and Practice Towards COVID-19 Among People Living with HIV/AIDS in Kigali, Rwanda. *J Community Health* 46, 245–250 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00938-1>
41. Khumsaen N, Peawnalaw S. Factors associated with fear of COVID-19 among people living with HIV/AIDS in Suphanburi province, Thailand. *Japan J Nurs Sci.* 2022;19(3):1–10.
42. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Vacunación contra COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>
43. Bert, F., Pivi, A., Russotto, A., Mollero, B., Voglino, G., Orofino, G., & Siliquini, R. (2022). COVID-19 Vaccination among HIV+ Patients: An Italian Cross-Sectional Survey. *Vaccines*, 10(9), 1438. <https://doi.org/10.3390/vaccines10091438>
44. Hwang SE, Kim WH, Heo J. Socio-demographic, psychological, and experiential predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in South Korea, October-December 2020. *Hum Vaccin Immunother.* 2022;18(1):1-8. doi: 10.1080/21645515.2021.1983389
45. Gregory ME, Powell JR, MacEwan SR, Kurth JD, Kenah E, Panchal AR, McAlearney AS. COVID-19 Vaccinations in EMS Professionals: Prevalence and Predictors. *Prehosp Emerg Care.* 2022;26(5):632-640. doi: 10.1080/10903127.2021.1993391.
46. Gabster, A., Erausquin, J. T., Michielsens, K., Mayaud, P., Pascale, J. M., Pericas, C., Marks, M., Katz, J., Talavero, G. C., de Argote, M., Murillo, A., & Tucker, J. D. (2022). How did COVID-19 measures impact sexual behaviour and access to HIV/STI services in Panama? Results from a national cross-sectional online survey. *Sexually Transmitted Infections*, 98(5), 332–340. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2021-054985>
47. Ignacio et al, Racial and ethnic disparities in coronavirus disease 2019 disease incidence independent of comorbidities, among people with HIV in the United States . *AIDS* 2022, Vol 36 No 8. doi: 10.1097/QAD.0000000000003223. Epub 2022 May 6.
48. Arrivillaga, M. Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Rev. latinoam. psicol ;* 42(2): 225-236, may.-ago. 2010.
49. Rivero-Méndez, M., Dawson-Rose, C. S., & Solís-Báez, S. S. (2010). A Qualitative Study of Providers' Perception of Adherence of Women Living with HIV/AIDS in Puerto Rico. The Qualitative Report, 15(2), 232-251. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2010.1149>
50. ONUSIDA. Lo que las personas que viven con vih deben saber sobre el vih y covid-19. [En línea]. 2020 [citado el 27 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://www.unaids.org/es/covid19>

7.1. Otras fuentes revisadas:

- Bogart, L.M., Ojikutu, B.O., Tyagi, K., Klein, D.J., Mutchler, M.G., Dong, L., Lawrence, S.J., Thomas, D.R. and Kellman, S. (2021). COVID-19 related medical mistrust, health impacts, and potential vaccine hesitancy among Black Americans living with HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 86(2), p.200.

- Jiang, H., Zhou, Y., and Tang, W., (2020). Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *The Lancet HIV*, 7(5), pp.e308-e309.
- Kalichman, S.C., Eaton, L.A., Berman, M., Kalichman, M.O., Katner, H., Sam, S.S. and Caliendo, A.M., (2020). Intersecting pandemics: Impact of SARS-CoV-2 (COVID-19) protective behaviors on people living with HIV, Atlanta, Georgia. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999).
- Linnemayr, S., Mayo-Wilson, L.J., Saya, U., Wagner, Z., MacCarthy, S., Walukaga, S., Nakubulwa, S. and Karamagi, Y., (2021). HIV care experiences during the COVID-19 pandemic: Mixed-methods telephone interviews with clinic-enrolled HIV-infected adults in Uganda. *AIDS and behavior*, 25(1), pp.28-39.
- Elizabeth A. DiNenno, Kevin P. Delaney; Marc A. Pitasi; Robin MacGowan; Gillian Miles; Andre Dailey; et.al. HIV Testing Before and During the COVID-19 Pandemic —United States, 2019–2020. *MMWR / June 24, 2022 / Vol. 71 / No. 25 US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention*
- Pineda J, Villegas S, Ospina J et al. "Aspectos psicosociales de la pandemia por COVID-19, en población LGBT de la región andina colombiana" En: *Efectos sociales, económicos y de la salud ocasionados por la pandemia del COVID19 Impactos en empresas, actividades económicas, gobierno y grupos vulnerables*. 2021, México. Ed: Plaza y Valdés, p.232 – 260.
- Santos, G.M., Ackerman, B., Rao, A., et al. (2021). Economic, mental health, HIV prevention and HIV treatment impacts of COVID-19 and the COVID-19 response on a global sample of cisgender gay men and other men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 25(2), pp.311-321.
- Walsh, J.C., Mandalia, S., & Gazzard, B.G. (2002). Responses to 1-month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcomes. *AIDS*, 16(2), 269-277.
- Vacunas e inmunización: ¿qué es la vacunación? (n.d.). Retrieved March 21, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>
- MinSalud. (2021). *Gestión Integral de los elementos de protección personal (EPP)*. [https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GTH S02.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GTH%20S02.pdf)

8. Anexos

Consentimiento Informado



Consentimiento Informado

Impacto de la Pandemia del Covid – 19 en personas con VIH/Sida (Proyecto COVIHDA)

Fecha: _____

El grupo de investigación Promoción de la Salud (Promesa) de la Escuela de Enfermería, de la Universidad del Valle, Cali (Colombia), se encuentra desarrollando el estudio de investigación **Impacto de la Pandemia del Covid – 19 en personas con VIH/Sida** coordinado por la investigadora profesora Dra. Claudia Patricia Valencia Molina, la cual puede contactar a través del número telefónico (+57 3216425693) o a través del correo electrónico claudia.p.valencia@correounivalle.edu.co. EL proyecto en mención ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Valle, teléfono (+572) 518 56 77 email: eticasalud@correounivalle.edu.co, el cual puede verificar si se le suministró toda la información sobre el estudio y sus derechos. Este proyecto tiene como objetivo **desarrollar conocimientos sobre el impacto de la pandemia del Covid-19, de las políticas de confinamiento y prevención en las condiciones clínicas y sociales de las personas con VIH/Sida**, para el logro de este se requiere la participación de 100 personas. Si usted acepta participar de este estudio, le solicitaremos diligenciar una encuesta, que podrá contestar mediante una las siguientes modalidades:

1. **Autocompletada de manera virtual a través de un aplicativo Web**, se requiere contar con un dispositivo (como un celular, computador o una tableta), conectividad a Internet y disponer de al menos una hora de tiempo.
2. **Entrevista a través de plataforma virtual** con uno de los investigadores del estudio quien le hará las preguntas. Requiere conectividad a Internet y disponer de al menos una hora de tiempo.
3. **Diligenciamiento presencial**, que se programará en espacio privado. Una de las personas del equipo de esta investigación estará presente para apoyarle. Requiere disponer de al menos una hora de tiempo. Esta opción dependerá de los lineamientos que se emitan por las entidades sanitarias respecto al distanciamiento por Covid – 19.

El diligenciamiento de la encuesta en cualquiera de las modalidades anteriores será en completa confidencialidad, anonimato, privacidad, libre y de manera voluntaria, es decir que en el caso de desear retirarse del estudio y no continuar la encuesta la persona participante puede retirarse sin que tenga que dar explicación alguna y sin que ello conlleve afectación en la prestación de los servicios de salud ni en el tratamiento que recibe la persona. Mientras se realiza la recolección de la información de los participantes, se almacena y se procesa, la misma no podrá ser vista, leída o analizada por personas externas al equipo de investigación del proyecto.

Se considera que los posibles riesgos pueden estar asociados en el desarrollo de algunas preguntas descritas en la encuesta que podrían llevarle a reflexionar sobre su vivencia con el VIH/Sida durante la pandemia por Covid - 19, que pueden llevarlo a la autocrítica e influir de forma negativa sobre sus sentimientos. De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud, el riesgo para esta investigación mayor que el mínimo a pesar de que no se realizan intervenciones directas de ninguna índole en los participantes (no se tomarán muestras sanguíneas ni de otro tipo, ni se administrarán medicamentos, ni biológicos o vacunas), se harán exploraciones que podrían afectar la salud mental del participante.



En cuanto a los beneficios, si decide aceptar completar toda la encuesta, recibirá una bonificación por valor de \$50.000 COP. Además, la información que usted proporcione puede ayudar a los investigadores a comprender el impacto de la pandemia por Covid -19 en la salud física, mental y social de las personas que conviven con el VIH/Sida y esto aportará al conocimiento en este campo de la salud.

Comprendiendo lo antes expuesto, declaro:

1. Mi participación en el estudio es completamente libre, personal y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
2. Recibiré beneficio económico de \$50.000 COP por mi participación, y se espera que los resultados obtenidos permitirán comprender situaciones vividas durante la pandemia.
3. Recibiré por parte de los investigadores una copia de este documento, una vez lo haya firmado (físico o electrónicamente).
4. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel (para algunos casos) y en medio electrónico en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, por la investigadora principal durante cinco años.
5. La información recolectada en este estudio es de carácter privada, y se maneja bajo el anonimato, por ende, no está disponible para terceros sin importar el grado de relación de estos con el participante.

La información de este estudio será abundante e importante para utilizarla en similares investigaciones o en otros informes. Autoriza Ud. utilizar la información:

Acepto: Si ___ No ___

Hago constar que he leído en su totalidad el documento, he recibido las aclaraciones necesarias a mis dudas por los investigadores, y he entendido, por lo cual a continuación firmo este documento declarando mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma del participante

Nombre: _____

CC: _____

Edad: _____

Firma del Investigador Principal

Nombre: _____

CC: _____

Testigo 1

Nombre: _____

CC: _____

Testigo 2

Nombre: _____

CC: _____

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana



FACULTAD DE SALUD
Comité Institucional de Revisión de Ética
Humana

PREGUNTAS PARA DESARROLLAR POR EL INVESTIGADOR
SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE SUJETOS HUMANOS EN
INVESTIGACIÓN

PREGUNTAS PARA DESARROLLAR POR EL INVESTIGADOR SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE SUJETOS HUMANOS EN INVESTIGACIÓN

Proyecto COVHIDA

El presente corresponde a un estudio multicéntrico propuesto por la Red Internacional de Enfermería para la Investigación del VIH (RIEVIH por sus siglas en español), a la cual pertenece el grupo de Investigación en Promoción de la Salud - Promesa, de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle. El macroproyecto será coordinado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de California en San Francisco (UCSF) y el grupo PROMESA (único grupo por Colombia) coordina la recolección de la información del Nodo Colombia.

1. Indique si en su investigación hay participación DIRECTA de sujetos humanos (Ver Glosario)

Si ☒ _____

No ☐ (si su respuesta es NO, pasar a la pregunta a la pregunta 9)

2. Describa en detalle las características de los participantes en la investigación (incluya cantidad, edad, sexo, grupo étnico – racial y estado de salud):

Respuesta:

La *población* se conformará con personas mayores de 18 años diagnosticadas con VIH/Sida en tratamiento ambulatorio de Colombia, de cualquier sexo y grupo étnico-racial. La *muestra* para cada nodo se conformará por 100 participantes; este tamaño de muestra fue elegido con base en la experiencia de estudios internacionales multicéntricos anteriores de la Red Internacional de Enfermería para la Investigación del VIH (RIEVIH) (Holzemer, 2007)(Canaval, Valencia, Burgos y Cossio 2017). Se espera tener hasta 20 sitios participantes dentro de los Estados Unidos y en todo el mundo. Cada sitio obtendrá la aprobación del Comité de Ética de su propia institución. Todos los sitios participantes completarán el mismo protocolo, teniendo en cuenta las restricciones locales de Covid-19, y enviarán la información de forma segura a la Universidad de California en San Francisco (UCSF). Los participantes serán personas mayores de 18 años y tener diagnóstico de VIH/Sida positivo en tratamiento ambulatorio.

3. Describa como será el proceso de reclutamiento de los participantes en el estudio (ejemplo: ¿Cómo?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Quién hará el reclutamiento?)

Respuesta:

Una vez se cuente con el aval del Comité de Ética, los *participantes* serán contactados a través de la **estrategia de bola de nieve**, mediante el contacto con referentes de la comunidad en las organizaciones de apoyo a las personas que viven y conviven con el



VIH/Sida a nivel local y nacional. También mediante la difusión de anuncios (folletos, radio, publicación en sitios de investigación clínica o redes sociales, presentación del estudio en eventos comunitarios). En los folletos y anuncios publicitarios del estudio estarán los teléfonos de los investigadores. Una vez se establezca contacto con los potenciales participantes, se les preguntará si tienen 18 años o más, y si son VIH/Sida positivos. Si responden "sí" a ambas preguntas, se considerarán elegibles para el estudio y se les preguntará si desean hacer la entrevista y firmar el consentimiento informado en ese momento; si la persona tiene limitaciones en dicho momento, se establece una fecha de encuentro ya sea virtual o presencial dependiendo de la preferencia de la persona y las condiciones de socialización según disposiciones locales.

Los participantes completarán el cuestionario de una de las siguientes maneras, según su preferencia y posibilidades: (1) Formato autodilucidado; (2) entrevista realizada a través de medios virtuales (Zoom o Google Meet) o (3) en persona, dependiendo de las restricciones por Covid - 19 en cada nodo.

Diligenciamiento de la encuesta

El cuestionario en español será administrado mediante una encuesta asistida por computador denominada "Qualtrics" desde el servidor de la UCSF, en donde aparecerá en línea toda la encuesta. Existirán dos cuestionarios en la plataforma Qualtrics: una en inglés y otra en español, con idénticas preguntas de manera que una vez diligenciada la información en cada versión puedan exportarse y unirse en una base de datos. Durante el ciclo de recolección de la información, almacenamiento y procesamiento, ningún dato será visto, leído o analizado por ninguna persona por fuera del equipo de investigación.

Al final de la encuesta, el investigador ofrecerá al participante un incentivo por su participación por un valor de \$50.000 COP (directamente o mediante consignación en cuenta bancaria). Igualmente se le informará la posibilidad de referir a algún conocido para que participe en el estudio, por lo cual se le podrán reconocer \$10.000 adicionales una vez el referido complete la encuesta.



4. Describa los procedimientos para informar y obtener el consentimiento informado (ejemplo: ¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde comunicará la información y obtendrá el consentimiento?)

Respuesta:

Las personas que elijan diligenciar personalmente la encuesta, obtendrán un enlace de la página del Qualtrics. La primera página consistirá en el texto del consentimiento informado (ver anexo No. 1), que incluirá información sobre los requisitos del estudio, la naturaleza voluntaria del estudio y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, así como información de contacto en caso de que la persona desee comunicarse con un investigador sobre cualquier pregunta. Las personas leerán el formulario de consentimiento. Los sujetos darán su consentimiento a la investigación haciendo clic en "Aceptar" si desean participar. Los investigadores podrán concertar con el participante apoyo vía telefónica o virtual en el horario que él defina para diligenciar la encuesta, por si existe alguna duda o dificultad técnica.

Si la entrevista es asistida por medios virtuales, el investigador leerá a la persona el consentimiento informado y responderá a cualquier pregunta. Si desea participar, será llevado a la primera página del cuestionario e iniciará la recolección de la información. Leerá cada pregunta y opciones de respuesta en voz alta; también podrá compartir pantalla y mostrar la encuesta y/o las opciones de respuesta.

Si la entrevista es presencial, el participante tendrá la opción de autoadministrar la encuesta en una tableta, cuya primera página consistirá en el texto del consentimiento informado; También existe la alternativa de que el investigador diligencia la encuesta leyendo las preguntas en voz alta y marcando la respuesta en la plataforma a través de la tableta.

5. Describa y justifique los procedimientos en los que participaran los sujetos de investigación. Se debe incluir una descripción sobre la capacitación al equipo de investigación, sobre los procedimientos de intervención que se van a realizar y quien los realizara. Si ya están capacitados, explicar su nivel de competencia.

Respuesta: Tanto la IP como los co-investigadores han trabajado en estudios previos con organizaciones comunitarias de apoyo a personas que viven y conviven con el VIH en la ciudad de Cali y en algunas ciudades de Colombia. Por ello se cuenta con la posibilidad de acceder a esta población. Una vez aprobado el proyecto por el comité de ética los investigadores harán una prueba piloto con el cuestionario en español alojado en la plataforma Qualtrics en este mismo idioma, para familiarizarse con su diseño. El cuestionario ya es conocido por todos los investigadores.



6. Indique cuál es el riesgo de la investigación. Describa los riesgos potenciales físicos, psicológicos, sociales, legales u otros que puede tener la investigación sobre los participantes y evalúe su probabilidad y gravedad:

Respuesta: En este proyecto según la Resolución 8430 de 1993 art. 10-11 es considerado de RIESGO MÍNIMO ya que se exploran aspectos de la vida íntima de cada persona y "aspectos sensitivos de la conducta". Si durante su diligenciamiento se presente alguna situación que amerite intervención por parte del profesional de salud mental, como llanto, tristeza, irritabilidad, momentos de reviviscencia, se brindará el apoyo emocional inicial por parte del/la investigadora y si se considera necesario posteriormente se direccionará al participante hacia su servicio de salud correspondiente a fin de recibir la intervención profesional requerida (Entidad Administradora de Planes de Beneficio - EAPB).

7. Describa los procedimientos para proteger a los participantes de riesgos potenciales y para minimizar los riesgos, incluyendo riesgos de confidencialidad y evaluar su probabilidad de ser efectivos. Cuando sea apropiado, indique las medidas para asegurar la provisión de atención médica en el caso de efectos adversos a los participantes. También, cuando sea el caso, debe indicar las provisiones para monitorear los datos obtenidos en el transcurso del estudio para asegurar la seguridad de los participantes:

Respuesta: La investigación se basará en el respeto a la dignidad, y protección de los derechos de los participantes. No se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes en el estudio.

Se atenderá al principio de la autonomía en la medida en que se explicará y presentará el consentimiento informado mediante el cual se hará énfasis en que el participante está en libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, sin perjuicio por esta decisión.

Se mantendrá el principio de confidencialidad y veracidad en relación con la información obtenida. Se contará con el aval de los comités institucionales de las instituciones participantes: Universidad de California en San Francisco (Anexo 3) y Universidad del Valle (Anexo 1).

Los nombres de los participantes se encriptarán mediante un código, que solo conocerá la investigadora principal del nodo y no serán expuestos ni publicados por ningún medio. En atención al principio de reciprocidad, se informará al final de la investigación resultados de la investigación mediante un artículo científico y una comunicación que sea de fácil acceso a los participantes.



8. Indique porque los riesgos a los sujetos participantes son razonables con relación a los beneficios para ellos y con relación a la importancia del conocimiento que se podría esperar de la investigación:

Respuesta: Los riesgos a los cuales están sometidos los participantes son mínimos versus el beneficio y aporte que generan los resultados del estudio, para obtener conocimiento en relación con el impacto del Covid 19 en personas con VIH/Sida de manera que aporte elementos para el diseño de estrategias y programas de apoyo a estas personas y aquellos que brindan cuidados para el mantenimiento de su salud.

9. Indique cuál es su fuente de información:

MUESTRAS DE BIOBANCOS		Bases de Datos		Revisión de imágenes diagnósticas	
Cadáveres o Partes anatómicas		Revisión de Historias clínicas		Otro - DescribaCuál	Encuesta

Indicar si esta fuente de información es pública o privada, el mecanismo usado para pedir los permisos de uso (si es necesario) y quién, como, donde y por cuanto tiempo guardará los datos:

Respuesta: Los instrumentos que harán parte de la encuesta de recolección de información, son de dominio publico y han sido validados en población hispana. Los datos del estudio se guardarán en el servidor de la UCSF y en el computador de la investigadora principal del Nodo Colombia por un espacio de 5 años.

10. Indique si se ha iniciado la realización del proyecto:

Respuesta:

A la fecha no se ha empezado la recolección de la información.

Firma
Investigador
Principal



University of California
San Francisco

**Human Research Protection Program
Institutional Review Board (IRB)**

Expedited Review Approval

Principal Investigator

Dr. Carol Dawson-Rose PhD

Co-Principal Investigator

Yvette Cuca

Type of Submission: Initial Review Submission Packet
Study Title: Study VIII: The Impact of the COVID-19 Pandemic and Shelter-in-Place / Lock-Down Policies on People with HIV

IRB #: 21-33860
Reference #: 315078
Committee of Record: San Francisco General Hospital Panel
Study Risk Assignment: Minimal

Approval Date: 06/30/2021 **Expiration Date:** 06/29/2022

Regulatory Determinations Pertaining to this Approval:

The research meets all of the conditions of 45 CFR 46.204 for the involvement of pregnant women or fetuses.

This research is not subject to HIPAA rules.

A waiver of the requirement to obtain a signed consent form is acceptable for this study because, as detailed in the application, the research presents no more than minimal risk of harm to subjects and involves no procedures for which written consent is normally required outside of the research context. The waiver applies to all subjects.

This submission was eligible for expedited review as:

Category 7: Research on individual or group characteristics or behavior (including, but not limited to, research on perception, cognition, motivation, identity, language, communication, cultural beliefs or practices, and social behavior) or research employing survey, interview, oral history, focus group, program evaluation, human factors evaluation, or quality assurance methodologies

IRB Comments:

All changes to a study must receive UCSF IRB approval before they are implemented. Follow the [modification request](#) instructions. The only exception to the requirement for prior UCSF IRB review and

approval is when the changes are necessary to eliminate apparent immediate hazards to the subject (45 CFR 46.103.b.4, 21 CFR 56.108.a). In such cases, report the actions taken by following these [instructions](#).

Conducting Research During the COVID-19 Public Health Outbreak: Please visit the Interim UCSF Policy on Human Subjects-Related Research Visits at San Francisco Campuses during COVID-19 Outbreak, which can be found at <https://research.ucsf.edu/interim-ucsf-policy-human-subjects-related-research-visits-san-francisco-campuses-during-covid-19> to determine whether and how this Policy may affect this IRB approved or exempt study.

Expiration Notice: The iRIS system will generate an email notification eight weeks prior to the expiration of this study's approval. However, it is your responsibility to ensure that an application for [continuing review](#) approval has been submitted by the required time. In addition, you are required to submit a [study closeout report](#) at the completion of the project.

Documents Reviewed and Approved with this Submission:

Consent Documents

Study Consent Form			
Title	Version #	Version Date	Outcome
12 - ConsentForm-InformationSheet	Version 1.3	06/30/2021	Approved
13 - Verbal Consent Script	Version 1.3	06/30/2021	Approved

Other Study Documents

Study Document			
Title	Version #	Version Date	Outcome
11 - Site List.v1.1	Version 1.1	05/08/2021	Approved
LOS-SFAF 06-2021	Version 1.0	06/15/2021	Approved
Study VIII-Qualtrics Survey	Version 1.0	06/10/2021	Approved
Impact of COVID-19 on People with HIV	Version 1.0	05/06/2021	Approved
11 - Screening Script	Version 1.0	05/05/2021	Approved

For a list of [all currently approved documents](#), follow these steps: Go to My Studies and open the study – Click on Informed Consent to obtain a list of approved consent documents and Other Study Documents for a list of other approved documents.

San Francisco Veterans Affairs Medical Center (SFVAMC): If the SFVAMC is engaged in this research, you must secure approval of the VA Research & Development Committee in addition to UCSF IRB approval and follow all applicable VA and other federal requirements. The UCSF IRB [website](#) has more information.

