

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



“CARACTERÍSTICAS, CONTEXTOS, PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS EN TORNO AL VIH Y SU TRATAMIENTO EN POBLACIÓN JOVEN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE VIH DEL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO”.

LILIAN PAOLA VALENZUELA CUELLO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUÍA: JULIETA BELMAR PRIETO

Santiago, JULIO 2023

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
<i>Antecedentes epidemiológicos del VIH/SIDA en Chile.</i>	5
<i>Factores de vulnerabilidad asociados al VIH/SIDA en población joven</i>	6
<i>Riesgo frente al VIH/SIDA en población joven</i>	9
<i>Gestión del diagnóstico de VIH/SIDA en población joven</i>	13
<i>VIH/SIDA y su abordaje en Chile.</i>	15
OBJETIVOS	18
<i>Objetivo General</i>	18
<i>Objetivos Específicos:</i>	18
MARCO METODOLÓGICO	19
<i>Tipo de estudio:</i>	19
<i>Población en estudio</i>	19
<i>Estrategia de muestreo y muestra</i>	19
<i>Producción de la información:</i>	20
<i>Análisis de datos:</i>	20
<i>Aspectos éticos</i>	21
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	46
LIMITACIONES	53
CONCLUSIONES	54
ANEXO 1: PAUTA DE ENTREVISTA	57
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION	59
ANEXO 3: FOLLETO DE INVITACIÓN A PARTICIPANTES – ENCUESTA DE ANTECEDENTES DE CONTACTO	61
ANEXO 4: Acta de aprobación de proyecto CEISH Universidad de Chile	62
ANEXO 5: Resolución de aprobación CEC Servicio de Salud de Coquimbo	65
ANEXO 6: Aprobación de Investigación en Seres Humanos, Hospital San Pablo de Coquimbo.	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) conforma un problema de salud pública desde hace más de 3 décadas. En Chile, en el período 2010-2018, se presentó un incremento de 134% en nuevas notificaciones, asociándose a que la incidencia y las tasas más elevadas se concentraron en los grupos de 10 a 24, 25 a 29 y 30 a 34 años. Estas cifras reflejan un desafío para su abordaje, principalmente porque es necesario conocer qué ocurre con este grupo de la población, respecto de aquellos factores estructurales que no han sido profundizados y que ameritan análisis previo al proceso diagnóstico, durante el mismo y posterior a él, reconociendo experiencias, prácticas y comportamientos de la población joven viviendo con VIH como ejes centrales.

OBJETIVO: Conocer los contextos, percepciones, experiencias y prácticas en torno al VIH, previo y posterior al diagnóstico, vividas por la población entre 18 y 26 años atendida en el centro de atención de PVVIH del Hospital San Pablo de Coquimbo a diciembre del año 2022.

MÉTODOS: Investigación cualitativa de tipo descriptiva con perspectiva fenomenológica en la que participaron 10 jóvenes entre 18 y 26 años viviendo con VIH en entrevistas semiestructuradas grabadas y transcritas. Los resultados se obtuvieron a través del análisis de su contenido y con el apoyo del programa MaxQda. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética e investigación en Seres Humanos de la Universidad de Chile, por el Comité de ética del Servicio de Salud de Coquimbo y finalmente por el director del Hospital San Pablo de Coquimbo.

RESULTADOS: Los resultados del estudio reflejan experiencias, percepciones y comportamientos en relación con el VIH. Respecto a la etapa previa al diagnóstico destacan situaciones de violencia hacia los participantes, percepción de mala educación sexual, no uso de dispositivos de salud, uso irregular del preservativo y una importante incursión en la práctica sexual del cruising. En cuanto al proceso de notificación diagnóstica destacan diferentes abordajes entre el sector privado y público de salud; y en relación con el vivir con VIH, se rescatan discursos de resignificación asociados a una visión futura para el cumplimiento de proyectos, adopción de cuidados, el temor al estigma ante la revelación diagnóstica y consideración de apoyo por parte del centro de salud donde los participantes son atendidos.

CONCLUSIONES: Reconocer y profundizar las trayectorias vividas y factores que determinan la adquisición del virus, el afrontamiento a la notificación diagnóstica y cuidados adoptados frente al VIH por parte de la población joven son importantes para la definición de políticas de salud pública. Según el presente estudio, se debe mejorar la educación sexual, abordar y erradicar el estigma/discriminación en torno al VIH, garantizar espacios sociales que favorezcan la participación de la población joven en temáticas de salud atingentes, mantener actualizados los conocimientos de los profesionales de salud en temas de salud sexual y en lo relacionado a la vinculación/coordinación de atenciones para las personas diagnosticadas de VIH.

PALABRAS CLAVES: VIH, jóvenes, salud sexual

INTRODUCCIÓN

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) junto con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) conforman un problema de salud pública desde hace más de 3 décadas(1). Desde su aparición, ha impactado a personas, familias y comunidades de todo el mundo, principalmente por hitos como el desenlace fatal al que fue asociado tras su descubrimiento, la gran carga social secundaria a la discriminación y el estigma que lo ha acompañado junto con los costos económicos que demanda para los estados la generación e implementación de estrategias para su abordaje.

Chile es el líder en Latinoamérica en la tasa de incremento de nuevas infecciones por VIH/SIDA(2), presentando en el período 2010-2018 un aumento de 134% en nuevas notificaciones, incrementando de 2.969 a 6.948 casos. El aumento en la incidencia y las tasas más elevadas en el período 2010-2018 se concentraron en los grupos de 20 a 24, 25 a 29 y 30 a 34 años(3), generando una pregunta poco profundizada como es cuáles son los contextos y factores que contribuyen a esta carga de enfermedad y al aumento en los indicadores.

Hasta la actualidad, tanto la investigación como intervenciones para abordar el VIH en Chile han estado centradas fundamentalmente en estudio de la historia natural del virus, en las patologías que acompañan su evolución y en la respuesta farmacológica, descuidando el valor de las trayectorias y factores que determinan los eventos de salud-enfermedad, y que se desenvuelven en escenarios de vulnerabilidad y riesgos que inciden en este caso, en la adquisición del virus, el afrontamiento a la notificación diagnóstica y a la mantención de cuidados de esta condición de salud.

Situar al VIH/SIDA como un problema de salud altamente determinado por factores estructurales, permite por un lado, proyectar que existe una exposición al VIH que requiere de intervenciones globales que escapen de la entrega de conocimientos respecto a la prevención, y por otro, reconocer que estos pueden entorpecer el proceso de vinculación de las personas viviendo con VIH/SIDA con los centros de atención disponibles a nivel país, atentando directamente contra la mantención de cuidados y la calidad de vida de estas personas.

En este sentido se hace necesaria, una investigación con perspectiva cualitativa orientada identificar aquellos elementos que explican las altas tasas de infección por VIH en población joven y que no han sido relevados ni incorporados en las estrategias de intervención desarrolladas para la disminución de la transmisión del VIH/SIDA.

En concordancia de lo descrito, esta investigación, tiene como finalidad conocer las percepciones, contextos y experiencias en torno a la transmisión del virus, el proceso de vinculación y de mantención de cuidados de las PVVIH (Personas Viviendo con VIH) entre 18 y 26 años que se atienden en el Centro de atención del Hospital San Pablo de Coquimbo, de manera que en el futuro las estrategias y políticas públicas que se implementen para el abordaje del problema consideren este tipo de evidencia y se adapten a las necesidades de salud de la población de acuerdo con sus características, contextos, experiencias, deseos y preferencias, en términos de prevención, tratamiento farmacológico y no farmacológico.

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Antecedentes epidemiológicos del VIH/SIDA en Chile.

El año 1984, por primera vez se detectaron 6 casos de personas viviendo con VIH en Chile. Desde esa fecha, salvo con la excepción de los años 2006 y 2010, las tasas de casos notificados por VIH/SIDA han ido en aumento, llegando a una tasa de 37,5 por cien mil habitantes en el año 2018 (4). Respecto a cálculos de ONUSIDA, proporcionalmente Chile aparece como el país de mayor incremento casos de VIH/SIDA dentro de la región de Latinoamérica con un 34% de crecimiento en el número de casos en el período comprendido entre el año 2010-2018 (5). En relación con los análisis que se han desarrollado para identificar diferencias por sexo, es posible identificar que las tasas de incidencia en ambos sexos se duplicaron en el período 2010-2019, en hombres pasaron de un 37,2 a un 75,0 y en mujeres de 6,3 a 14 por cien mil habitantes. Esto traduce en que la razón de tasas entre hombres y mujeres dentro de ese período (Razón H:M) se haya estrechado, pasando de 7,6 en el 2015 a 5,4 en 2019 (6).

Respecto a los casos confirmados según región de procedencia de la muestra, se observa que en el período 2015-2018 la zona norte y la Región Metropolitana concentran las tasas más altas de incidencia en ambos sexos (6), seguida por las regiones de Valparaíso, Biobío, Antofagasta y Los Lagos, registraron el mayor número de casos confirmados VIH positivos. La región de Coquimbo alcanzó el octavo lugar en este mismo año(3)(6).

En relación con la distribución de casos confirmados positivos según grupo de edad, el año 2018 el grupo de 20 a 29 años presentó mayores tasas de nuevos casos confirmados, siendo 99,2 por 100.000 habitantes. En los últimos 5 años el número de casos en grupo de 20 a 29 años presentó 73,8% de aumento(7). Al considerar el período 2010-2018, el número de casos y las tasas más elevadas se concentraban en los grupos de 20 a 24 años, 25 a 29 años y 30 a 34 años, siendo el grupo de 25 a 29 años el que ocupó el primer lugar con 1668 casos confirmados positivos y una tasa de 104,6 por cien mil habitantes (3). En cuanto a los más jóvenes, se observa que el grupo de adolescentes de entre 15-19 años presentó un crecimiento sostenido hasta el año 2017, donde el mayor incremento correspondió al año 2016 con tasas de 17,7 por cien mil habitantes versus 13,3 por cien mil del año anterior(8).

El modelo matemático generado por el software Spectrum, el año 2017 estimó que el número de PVVIH alcanzaba alrededor de las 67.000 personas (límite inferior de 58.000 – límite superior de 76.000), desagregadas en 49.000 hombres y 17.000 mujeres mayores de 15 años, lo que significó

una distribución porcentual de 74% hombres y 26% mujeres. Estimó una incidencia de 0,33 por mil habitantes y que alrededor de 38.900 personas se encontraban en tratamiento antirretroviral. Además, planteó que para el año 2017 había una prevalencia de 0,6% (0,5% - 0,6%) para el grupo de PVVIH de 15 a 49 años, desagregada para hombres en 0,8% y para mujeres de 0,3%, destacándose un aumento paulatino de este indicador a través de los años(9).

Al año 2012, la principal vía de exposición al virus era la sexual en un 99,2% de los casos, siendo el sexo entre hombres la vía mayormente declarada en el período comprendido entre el año 1988 y 2012, mientras que la exposición madre-hijo disminuyó como vía de exposición durante el mismo período. Respecto al nivel de educación, en el período 2008-2012 la mayor proporción de los casos se presentó en personas con educación media (38,5%) y superior (26,8%)(10).

En relación a población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que vive con VIH, en un estudio elaborado el año 2022 en Chile se demostró que la prevalencia de VIH en este grupo era cercana al 20% y que la forma más común es el sexo anal sin condón, práctica que se ha relacionado con otros factores que potencian el riesgo como el uso de drogas y alcohol y número de parejas sexuales ocasionales(6).

En cuanto a la población migrante, en los últimos años se aprecia un aumento de los casos, que se profundizó desde el año 2015, reconociéndose principalmente población migrante desde países como Haití y Venezuela. (6)

Factores de vulnerabilidad asociados al VIH/SIDA en población joven

Vulnerabilidad como concepto corresponde a la exposición de las personas a enfermedades como resultante de un conjunto de aspectos no sólo individuales, sino que también colectivos y contextuales(11), que apuntan hacia las inequidades y desigualdades, llegando más allá de las decisiones que se puedan tomar de forma individualizada y actuando como obstaculizadores para la adaptación frente a diferentes escenarios sociales(12).

La “Guía de prevención del VIH” de Colombia señala que esta vulnerabilidad se define como *“los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/SIDA, las cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo”*(13).

En este contexto, los análisis de vulnerabilidad engloban la evaluación articulada de tres ejes entrelazados, los que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1: Ejes/Componentes de la vulnerabilidad asociados al VIH/SIDA.

COMPONENTE INDIVIDUAL	COMPONENTE SOCIAL	COMPONENTE PROGRAMÁTICO
Referido al grado y a la cantidad de la información que disponen los individuos sobre el problema, y a la capacidad que tienen para elaborarla e incorporarla en sus repertorios cotidianos	Hace referencia a la obtención de informaciones, a las posibilidades de metabolizarlas y al poder incorporarlas a cambios prácticos, o que no dependan sólo de los individuos, sino que también de otros aspectos.	Se refiere a la existencia de programas regionales o locales de prevención y cuidado en torno al VIH/SIDA para canalizar los recursos sociales existentes y optimizar su uso e identificar la necesidad de otros recursos, fortaleciendo los individuos ante la pandemia

Fuente: Elaboración propia en base a lo propuesto por R. de C. Mesquita Ayres – I. Junior – G. Calanzans – H. Saletti Filho en Promoción de salud: conceptos, reflexiones y tendencias(11).

Desde la conceptualización del componente individual, la población joven se ve influenciada por lo crítico del desarrollo del ser humano en la adolescencia, período en el que ocurren cambios físicos y emocionales significativos, junto con el cambio de roles sociales, actitudes, valores y comportamientos que incentivan que las experiencias y emociones se vivan de forma intensa. Por otro lado, en este período se navega y explora en las relaciones entre pares, normas de género, sexualidad y responsabilidad económica(14). Estas características incitan a que se incorporen elementos propios del aprendizaje otorgados por la experiencia, y a que su capacidad para elaborar la información e incorporarla en sus trayectorias y toma de decisiones no sea vista con claridad.

En lo que respecta el componente programático, en Chile se han desarrollado un total de 16 campañas de prevención de VIH desde el año 1991(15) que no han mostrado efectividad en la disminución del estigma, la discriminación social ni en la disminución de las tasas de incidencia del VIH/SIDA en el país(16). En paralelo se ha gestionado la realización y formalización de un amplio marco normativo(17) que ha favorecido a través de las Garantías Explícitas en Salud (GES) cumplir mínimos garantizables para la sospecha, diagnóstico y tratamiento de esta situación de salud, en términos de asegurar acceso, oportunidad y calidad en la atención ofrecida para esta enfermedad(18).

En relación con la perspectiva social, los jóvenes sólo por serlo experimentan desventajas sociales junto con adversidades específicas para controlar las fuerzas que contrarrestan su bienestar y no

tienen las herramientas para aprovechar las oportunidades disponibles en diferentes ámbitos socioeconómicos(19). Respecto al contexto social en el que se desenvuelven, existen normas y valores que sancionan negativamente la actividad reproductiva durante la adolescencia y la juventud, más aún si ocurren fuera del matrimonio, por este motivo los jóvenes ocultan su condición de actividad sexual y no acceden a centros de atención que aborden estas temáticas, limitando la accesibilidad a medios de regulación de fecundidad o dispositivos de barrera para evitar infecciones de transmisión sexual(12). Situación que se exagera con la promoción de la abstinencia y la mantención de pareja única como formas de prevención para la transmisión del VIH/SIDA, la que debería mantener conductas de fidelidad para conformarse como tal(13).

En cuanto a la participación de la población joven en instancias sociales, no existen espacios a nivel estatal y comunitarios que les permita pronunciarse, siendo subrepresentados en diferentes espacios de discusión y limitados para crear nuevas visiones acerca del cuidado de la salud(12), lo que impide que conformen o definan estrategias que se orientan a su abordaje en el ámbito de la salud (20).

Por otra parte el contexto familiar y las pautas de crianzas conservadoras pueden generar distanciamientos respecto de la educación sexual y aumentar el riesgo de embarazos adolescentes y de infecciones de transmisión sexual, anulando la concepción del VIH/SIDA, impidiendo y restando interés frente a la prevención(13).

En relación con el sistema educativo, si bien existe un marco regulatorio a nivel nacional (Ley N°20.418) que explicita la necesidad de contar con educación sexual, sus alcances y efectividad han sido limitados ya que se ha centrado en la entrega de conocimientos asociados a la reproducción y vinculación afectiva, dejando vacíos en relación con la conceptualización de género, identidad sexual, y goce o placer erótico, ámbitos de los cuales se ha guardado silencio por parte del estado y de la sociedad. Este hecho es explicado fundamentalmente porque existe una pluralidad de miradas sobre qué y cómo debe tratarse la sexualidad, las que al no llegar a acuerdo desvirtúan el proceso educativo exacerbando la vulnerabilidad de este grupo de la población (20)(21).

A nivel sociocultural, la conceptualización del VIH/SIDA y su vinculación con ciertos grupos de la población como trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres, han provocado que se desarrolle la falsa idea de que los jóvenes se encuentran exentos de adquirirlo. Lo que ha generado lógicas erróneas respecto a la consideración del riesgo y ha provocado mayor susceptibilidad frente a la transmisión del virus(13).

Respecto del acceso de los jóvenes a la atención en salud, generalmente estos desconocen dónde y cuándo acceder porque es poco frecuente que en este grupo de la población se identifiquen morbilidades, además de no existir pautas de prevención y promoción de salud que incentiven la vinculación con centros de atención de salud. Asimismo, el acceso ha estado supeditado al acompañamiento de un representante legal y los horarios de atención ofrecidos confluyen con los períodos de institucionalización académica. Todo ello genera una barrera para el acercamiento a instancias de promoción y prevención en salud, impidiéndoles que se ejerzan derechos sexuales y reproductivos y atentando contra la integridad y bienestar de este grupo de la población(10).

La inactividad económica de los adolescentes, por su parte, limita las posibilidades de acceder a consultas de salud privadas en horarios extracadémicos y a la compra de preservativos, lo que considerando la vergüenza que se puede involucrar en la compra de estos, conllevaría a sostener relaciones sexuales sin la protección necesaria(12)(19).

La implementación de acciones integrales y efectivas para la prevención y abordaje del VIH requiere reconocer las vulnerabilidades y las necesidades especiales de la población joven y los subgrupos que la componen, garantizando igualdad de oportunidades en el acceso a la información, servicios sociales en general y de salud en particular, junto con la participación comunitaria, que favorezca la planificación y reconocimiento de acciones directas con las poblaciones para reconocer, garantizar y restituir sus derechos(13).

Riesgo frente al VIH/SIDA en población joven.

El concepto de riesgo tiene relación con la probabilidad que tienen los individuos para desarrollar una enfermedad o afección, la que está determinada por la conducta individual y por determinaciones socioculturales en las que se desenvuelven las personas(11)(10).

Por un lado, el riesgo se puede basar en la carencia de conocimientos para tomar una decisión racional, y por otro en la “ganancia” de algún beneficio visible frente a la adopción de este, lo que está fuertemente influenciado por las emociones y deja de lado las concepciones cognitivas relacionadas. Esto demuestra que, en la construcción del riesgo, existen componentes objetivos y subjetivos, y que, estos pueden ser visibles o no dependiendo de cada contexto social, que determina que se consideren unos y se ignoren otros(22).

La población joven, en sus diferentes contextos y por su desarrollo social, emocional y psicológico, tiende a experimentar formas peligrosas de comportamiento a menudo sin darse cuenta del peligro o los riesgos que corre al adoptar diferentes comportamientos en diferentes contextos socioculturales(23). En lo que se refiere específicamente a las prácticas sexuales y al VIH/Sida existe evidencia que muestra que los jóvenes mantienen prácticas sexuales de riesgo, como una iniciación sexual más precoz, el aumento de parejas sexuales, el uso inconstante de preservativos y la mantención de relaciones sexuales entre varones (24).

La literatura, al año 2010 indicaba que por lo general, los jóvenes no perciben que existen situaciones de riesgo y que incurren en ellas interpretando la transmisión de alguna infección de transmisión sexual o VIH/SIDA como un evento de “mala suerte” o “por cosa del destino”, por lo que las acciones posibles de protección no son llevadas a la práctica, lo que imposibilitaría que se asuma la responsabilidad de las propias acciones y se establezcan medidas preventivas(25). Sin embargo, los datos en Chile indican que el 41,9% de los jóvenes cree que es muy probable adquirir el VIH, mientras que el 48% realiza el mismo juicio frente a la probabilidad de adquirir una ITS (26).

Un estudio realizado en Girona publicado el año 2019 (27), plantea que los motivos por los cuales los adolescentes no perciben el riesgo frente a la adquisición del VIH/SIDA se asocian, en el caso de las adolescentes mujeres, a la ideología del amor romántico que estaría asociada a la dependencia de su pareja resultando en una pérdida de la autonomía en la negociación del uso del preservativo; mientras que los hombres, representan su deseo sexual como un instinto que no pueden controlar debido a un hecho biológico como son las hormonas, lo que justificaría su despreocupación por el uso del preservativo(27).

La identidad, rol de género y orientación sexual se expresan a través de la sexualidad. En la adolescencia se inicia con cambios biológicos que se evidencian en el sujeto a través de la aparición de caracteres sexuales secundarios, los que provocan nuevas formas de pensar, de sentir y de comportarse en relación a sí mismo y los demás dependiendo del contexto cultural donde el individuo se desarrolle(13)(22). Es en esta etapa que el impulso sexual adquiere una orientación a la búsqueda de un encuentro con otro, mediante la evolución del autoerotismo al conocimiento sexual a través de amistades, relaciones de pareja, hasta caricias íntimas y relaciones sexuales(10).

Al observar cómo se comportan estas variables en Chile, resultados de la Novena Encuesta Nacional de Juventud(28), muestran que la edad promedio nacional de inicio de la actividad sexual es de 16,6 años, destacándose que del total de la muestra que participó en el proceso, el 90,5% se declaró

heterosexual, mientras que el 7,2% reconoció tener otra orientación sexual o no haberla definido al momento de la encuesta, cifra que en comparación a la encuesta anterior (2015) aumentó en un 1,8%. Por otro lado, en la misma encuesta, se identifica el uso del preservativo en el primer contacto sexual, que fue en promedio de 77,5%, cifra que se expresa en menor proporción en los encuestados pertenecientes al grupo etario de 25 a 29 años (75,3%) y nivel socioeconómico más bajo (76%), identificándose que cuando se utiliza la principal motivación se asocia a la prevención de un embarazo(21).

En relación con las prácticas sexuales, el 53,2% de los participantes que ha iniciado su vida sexual ha practicado sexo oral, mientras el 27,7% ha practicado sexo anal(28).

En cuanto a la educación sexual en Chile, fue calificada con una nota 4,4 de 7, categorizándola como regular(28), sumándose a esto que el 27,9% de los jóvenes en otra encuesta, indican que la falta de educación de calidad es uno de los principales problemas que enfrentan las personas jóvenes, junto con un 13,9% que manifiesta que falta educación sexual en el país(26).

En relación al conocimiento sobre el VIH/SIDA, el 93,2% de los jóvenes declaran que se han informado sobre el virus, sin embargo respecto a la calidad de esa información, el 4,8% evalúa no estar bien informado sobre el VIH, categorizando su nivel de conocimiento con nota entre 1-3. El 5,8% continua conceptualizando como fuente de transmisión del VIH el compartir objetos con alguien infectado(26).

En cuanto al nivel socioeconómico, existe evidencia que indica que en estratos sociales bajos-medios existe menor acceso a la información y atención para la prevención. (29)(30). Por ejemplo, y en lo que respecta el conocimiento de la prueba de detección del VIH/SIDA en Chile, se puede identificar que hay una menor proporción de jóvenes de Nivel Socio Económico (NSE) bajo que conocen su existencia (46,3%) en comparación con quienes pertenecen a otros niveles socioeconómicos (60,1% del NSE Medio y un 89,6% del NSE Alto). Además, el grupo de jóvenes de NSE alto son quienes mayormente se han informado de VIH- SIDA (96,1%), mientras que casi seis puntos porcentuales abajo se ubican los entrevistados de NSE bajo(28)(31).

Respecto a la realización del examen del VIH, el año 2019 sólo un 56,7% de los jóvenes encuestados declaró haberlo realizado, con una cifra más alta en mujeres (67.3% v/s 52,7%). Las razones principales (20,3%) para la toma de examen en hombres fue por rutina (32,9%) y para tener mayor

tranquilidad (20,3%). En tanto en mujeres fue por control de embarazo (45,9%), seguido por rutina (23,2%). (26).

Existen otros factores que se relacionan a ciertos hábitos que pueden estar relacionados al riesgo de adquirir VIH/SIDA, como el consumo de sustancias y que no sólo estaría circunscrito al uso compartido del material que se emplea para su consumo, sino que se relaciona con las características de diversas prácticas de riesgo en las redes sexuales o de uso de drogas en las que interactúan(32). En Chile, el consumo de drogas es proporcionalmente mayor en el NSE alto, superior en un 14,1% en comparación al NSE bajo. Sin embargo, esta mayor proporción identificada se da principalmente por el consumo de tabaco y alcohol, mientras que en el consumo de marihuana (31,99%) junto con el consumo de pasta base (2,01%) es mayor en el NSE bajo en jóvenes (28).

Por efectos de la globalización y el desarrollo del país, el acceso a internet, uso de redes sociales y de aplicaciones para conocer gente se han utilizado con mayor frecuencia en este segmento de la población(33), lo que ha contribuido al aumento del riesgo de ITS y VIH debido a la facilitación de la búsqueda del contacto sexual(34).

Estudiar factores de riesgos que se encuentran relacionados con la adquisición del VIH/SIDA apunta a identificar los comportamientos individuales y características culturales que facilitan la transmisión del virus del VIH/SIDA, lo que permitirá orientar estrategias preventivas para modificar conductas y contribuir de forma integral en el desarrollo de la población adolescente.

Gestión del diagnóstico de VIH/SIDA en población joven

El VIH/SIDA es una construcción social e histórica compleja, de múltiples dimensiones (biológica, económica-política, cultural) que configura y se configura en un campo de disputa de correlaciones de fuerza entre diversos actores con diferentes, y frecuentemente, opuestos intereses, políticas y modelos de prácticas. Esta construcción impacta la vida física, psíquica, socioeconómica, relacional y temporal, generando una ruptura que genera un hito que irrumpe la continuidad de la vida de las personas(35)(36).

La gestión del diagnóstico busca abordar el VIH/SIDA como un proceso de reconstrucción de cotidianeidad significativa y de identidades normales para su contexto y en relación con otros, más allá de centrarlas en el padecimiento. Tiene una duración indefinida y es movilizadora por la necesidad de acondicionar la vida cotidiana y el refuerzo de capacidades para afrontar la incertidumbre en relación con el porvenir(37).

Esta gestión, parte desde que la PVVIH es diagnosticada y requiere establecer un vínculo con los servicios de salud, el que puede estar influenciado por una gran cantidad de factores a nivel individual, de relaciones y de comunidad, tanto como por el sistema de salud en sí. Por su parte, la creencia en los resultados de las pruebas, la capacidad de afrontamiento, el apoyo social y las experiencias previas con el sistema de salud afectan el deseo y la motivación para buscar atención. Otros aspectos como el tiempo y los recursos limitados, afectan su motivación para hacerlo (38). Desde esta perspectiva, se describen en el Esquema 1 conceptualizaciones que evidencia la literatura en torno al proceso de vinculación de las PVVIH a los servicios de salud, elementos que son determinantes para la continuidad de cuidados, específicamente frente a la adherencia a los controles y tratamiento, junto con la adopción de hábitos y conductas que vayan en concordancia de la búsqueda de bienestar una adecuada calidad de vida.

Esquema 1: Motivaciones, facilitadores y barreras para la vinculación de las PVVIH a los centros de atención de VIH.

Motivaciones para tomarse test ELISA VIH	Facilitadores para la vinculación de la PVVIH a los centros de atención	Barreras para la vinculación de las PVVIH a los centros de atención
<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de vivir una conducta de riesgo(39). - Sospecha o diagnóstico de VIH en parejas (39) - Evitar diagnóstico tardío mediante una consulta precoz (39) - Evitar daño a seres queridos(39) 	<p>Individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa personal(40) - Apoyo social, redes de apoyo(40) - Disposición para revelar diagnóstico (40) - Creencia en el tratamiento sobre la mejora de salud (40) - Testimonios de pares(40) 	<p>Individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo a que el resultado sea positivo (39) - Sensación de ser discriminado socialmente (39) - Falta de información y conocimiento (39) (40) - Estado de salud percibido, no percepción de riesgo(41) (40) - Miedo a consumir drogas/expectativas del tratamiento (40) - Uso de alcohol/drogas (40) - Conflicto de pareja/familia (40) - Promiscuidad (40) (término utilizado por el autor) - Distancia al centro de salud (40) - Costo del tratamiento (40)
	<p>Profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acogida al momento del examen (39) - Relación de confianza usuario-profesional (40) - Confidencialidad en el proceso (39) 	<p>Profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de confianza (41) - Falta de información entregada en torno al VIH y al proceso de confirmación(41). - Mensajes de atención contradictorios (40)
	<p>Organizacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oferta de tratamiento oportuno(41) - Oferta de atención y tratamiento gratuito (40) - Disponibilidad de servicios integrados (40) - Política sanitaria que apoye el control y tratamiento del VIH (40) - Facilitación de transporte hacia el servicio de salud (40) 	<p>Organizacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de información sobre el plan de atención para PVVIH(41) - Tiempos de espera(41)

Fuente: Elaboración propia mediante la incorporación de antecedentes descritos en la bibliografía que se indica en el esquema.

VIH/SIDA y su abordaje en Chile.

En Chile, el abordaje del VIH/SIDA se ha fundamentado y respaldado por un amplio marco normativo(17) que ha conformado la base de la incorporación de este problema de salud en las Garantías Explícitas en Salud (GES) (18), principalmente a consecuencia de un proceso cargado de luchas sociales en torno a la temática(42). El marco normativo en su estructura define prestaciones y formas de acceder a la atención, junto con los procesos de vigilancia y notificación del diagnóstico en las etapas que respectan la sospecha, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología(17).

Acceso al examen del VIH. Para acceder a la prueba de detección de VIH, en Chile existe la oferta del test ELISA y test rápido para VIH. La primera técnica se oferta en los establecimientos de atención secundaria y la segunda en campañas comunitarias y centros de atención primaria desde el año 2018. En los centros de atención de la red pública el examen corresponde a una prestación de salud gratuita, que requiere por ley ser acompañada de entrega de información por parte de un profesional de salud para respaldar la decisión de acceder al examen por medio de la firma del consentimiento informado requerido por ley. Para realizarlo, basta con que la persona exprese su voluntad para hacerlo y presente su documento de identificación. Con la finalidad de asegurar el acceso de la población joven a la prueba diagnóstica, el año 2017 se dictó la Ley N° 20.987, que realizaba modificaciones en las directrices para la toma del examen de detección del VIH/SIDA, y que establecía que desde la fecha de su publicación podrían acceder al examen de detección del VIH todos los jóvenes mayores de 14 años y menores de 18 años sin el consentimiento de los padres o un representante legal(43). Este hito fue muy importante y suponía lograr vincular a la población joven del país y potenciar el diagnóstico precoz del VIH/SIDA.

Entrega de resultados. Los tiempos de entrega de los resultados de la prueba de detección del VIH dependen de la técnica utilizada. En el caso de la prueba rápida es posible identificar reactividad a los 15 minutos de realizado el examen, y en el caso del test ELISA entre 5-7 días hábiles. Ambas pruebas entregan resultados preliminares, que deben confirmarse o descartarse en el Instituto de Salud Pública (ISP) y requieren a su vez, de la toma de una muestra sanguínea de la persona en proceso de confirmación, conocida como prueba de identidad(44)(45).

Vinculación al programa de VIH. La determinación del resultado del procesamiento de la muestra por el ISP es enviada a través de un informe al establecimiento en el que la persona se realizó la prueba de detección para VIH. Por ley, quien acceda a la prueba de detección de VIH debe recibir la

notificación de su situación serológica, es por esto que en caso de positividad se activa el protocolo definido por el Ministerio de Salud para la vinculación al Programa de VIH. El proceso definido establece lineamientos para asegurar que las personas diagnosticadas puedan vincularse de forma efectiva a uno de los centros de atención que formen parte de la red pública asistencial y que otorguen prestaciones para la atención de las PVVIH. Además, detalla que en el caso que la persona recientemente diagnosticada no desee vincularse al programa de VIH deben expresarlo formalmente (46).

En el sistema público, al año 2005 existían 32 centros de atención para las PVVIH beneficiarias de FONASA, los que hasta la actualidad operan de forma gratuita para el diagnóstico, control y tratamiento. Forman parte del nivel secundario de atención y garantizan prestaciones a toda PVVIH que desea acceder a él, independiente de su lugar de residencia (18)(47). Para acceder a él basta con la derivación que se realiza desde los establecimientos de la red asistencial, y en el caso de que el diagnóstico se realice en el extrasistema, las personas beneficiarias pueden acceder presentando su carnet de identidad/documento de identificación junto con el Informe de ISP que indica confirmación del diagnóstico.

Protocolo de acciones y prestaciones del programa de VIH. En Chile se dispone de un Modelo de atención integral para las PVVIH desde el año 2005(47), en él se determinan las bases para el abordaje de la patología en los diferentes Centros de atención y se establecen principales lineamientos para definir el estándar de los integrantes del equipo, sus funciones y requerimientos de infraestructura.

Además, y en congruencia con la incorporación del VIH a las GES(48), se han estipulado prestaciones gratuitas para los beneficiarios del sistema público de salud en relación con lo descrito a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2: Prestaciones y periodicidad de atención de PVVIH recién diagnosticadas y en control en programa VIH de la red de salud pública.

PRESTACIÓN	PVVIH RECIÉN DIAGNOSTICADA	PVVIH EN CONTROL
Atención por equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras o matronas, psicóloga, nutricionista, químico farmacéutico y trabajador social según se disponga en los establecimientos de la red)	Atención por cada uno de los integrantes del equipo dentro del primer mes post notificación diagnóstica. La atención con médico debe concretarse hasta 45 días post entrega de resultado positivo.	Atención semestral por médico y enfermera/matrona. El resto de los profesionales define periodicidad de atenciones de acuerdo a plan terapéutico.
Realización de exámenes sanguíneos para determinación de situación clínica, inmunológica y viral	Dentro del primer mes post entrega de diagnóstico	Cada 6 meses
Acceso a tratamiento antirretroviral combinado	Hasta 7 días posterior a la indicación médica, con obligación de retiro mensual.	Con retiro mensual o bimensual (en contexto de pandemia)

Fuente: Elaboración propia en base a información GES.

Cabe señalar que existen prestaciones paralelas que se otorgan a embarazadas viviendo con VIH que garantizan atención en el período gestacional, parto y puerperio para la mujer y el RN (18).

Por otro lado, en el caso de la atención de PVVIH en situación de abandono a programa, existen lineamientos descritos para su rescate y revinculación(49). En caso de que la PVVIH reingrese al programa, la atención se centra en la pesquisa y abordaje de enfermedades oportunistas y en el inicio oportuno de tratamiento antirretroviral.

Para finalizar, el propósito de este estudio es identificar a través de la perspectiva cualitativa aquellos elementos que explican las altas tasas de notificación de VIH/SIDA en población joven que no han sido relevados ni incorporados en las estrategias de intervención dispuestas en las líneas de intervención desarrolladas a lo largo de los años para su abordaje.

OBJETIVOS

Objetivo General

Objetivo General: Conocer los contextos, percepciones, experiencias y prácticas en torno al VIH, previo y posterior al diagnóstico, vividas por la población entre 18 y 26 años atendida en el centro de atención de PVVIH del Hospital San Pablo de Coquimbo a diciembre del año 2022

Objetivos Específicos:

1. Describir contextos, prácticas y percepciones que favorecieron la vulnerabilidad al VIH en las personas entre 18 y 26 años que se atienden en el centro de atención de PVVIH del Hospital San Pablo de Coquimbo a diciembre del año 2022.
2. Describir la percepción y experiencia de vinculación-adherencia al programa de VIH en el centro de atención de las PVVIH entre 18 y 26 años que se atienden en el centro de atención de PVVIH del Hospital San Pablo de Coquimbo a diciembre del año 2022.
3. Describir percepciones y experiencias en torno al VIH posterior al diagnóstico de VIH en la población entre 18 y 26 años vinculada al centro de atención de PVVIH del Hospital San Pablo de Coquimbo a diciembre del año 2022.

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

El estudio corresponde a una investigación cualitativa de tipo descriptivo con una perspectiva fenomenológica.

Población en estudio

Personas viviendo con VIH vinculadas al centro de atención de PVVIH del Hospital San Pablo de Coquimbo, que a diciembre de 2022 tengan entre 18 y 26 años y que hayan sido diagnosticadas en los últimos 10 años. Se excluyen personas con vía de transmisión vertical. Como antecedente, en el Hospital San Pablo de Coquimbo a diciembre del año 2022 existían 1264 personas activas en el programa de atención de personas viviendo con VIH, de las cuales casi el 9% correspondía a población joven entre 18 y 26 años de edad. De ellas, el 12,5% eran mujeres y el 20,5% migrantes.

Estrategia de muestreo y muestra

Con el fin de captar la variedad de perfiles de jóvenes atendidos en el centro, se planteó la realización de un muestreo teórico y una muestra heterogénea a partir de las variables sexo, orientación sexual y nacionalidad. Se planificó una muestra de arranque de 12 personas jóvenes. Finalmente, luego de 6 meses de trabajo de campo se logró reclutar a 10 personas con las siguientes características: nueve hombres homosexuales entre los cuales había dos hombres migrantes y, una mujer heterosexual. Pese a que sólo se capturó el relato de una mujer, se decidió conservarlo debido a tres razones: ejemplifica un perfil de persona joven con VIH, permite plantear temas diferentes a la población de hombres homosexuales y, el relato es totalmente coincidente con lo encontrado en otros estudios sobre mujeres y VIH.

Para incentivar la participación voluntaria en el estudio, se elaboró un folleto de invitación a participar en el proyecto que describía características de este; en él, se dispuso de un código QR que dirigía a un formulario para incorporar los antecedentes de contacto de las personas interesadas de manera de asegurar el vínculo posterior para dar a conocer el consentimiento informado y aspectos más concretos del estudio (ANEXO N°3).

Producción de la información:

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas con un guion temático que orientó tópicos a abordar durante su desarrollo. El guion temático contempló las siguientes grandes dimensiones (Ver Pauta de Entrevista en Anexo 1):

- Presentación del estudio, introducción
- Vulnerabilidades y riesgos previo al diagnóstico
- Experiencias al momento de recibir el diagnóstico de VIH.
- Experiencias asociadas a vivir con VIH
- Agradecimientos y cierre

A pesar de que se proyectó que las entrevistas se desarrollaran vía remota en consecuencia de la crisis sanitaria en la que se efectuó el estudio, todas las entrevistas lograron desarrollarse de forma presencial.

Análisis de datos:

Los datos cualitativos surgidos de las entrevistas y grupo focal fueron analizados **mediante análisis narrativo de contenido**, definido por Krippendorff como “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (50). Esta definición incorpora el contexto como marco de referencia donde se desarrollan los mensajes y significados, permitiendo que el investigador pueda reconocer el significado de un acto situándolo dentro del contexto social de la situación en la que ocurrió.

La pauta de análisis fue construida a partir de las dimensiones y categorías utilizadas en las entrevistas y complementada con los temas emergentes. Se utilizó para el análisis de contenido el Programa Max QDA y planillas Excel que favoreció la consolidación de la información recopilada por cada categoría y subcategoría propuesta.

Rigor y calidad en la investigación:

En cuanto al rigor metodológico y calidad, el estudio cumple con los siguientes criterios:

- Adecuación teórico-epistemológica, al presentar coherencia entre el problema estudiado y la evidencia que lo avala.

- Credibilidad, a través de la presentación de los resultados como un reflejo del fenómeno estudiado.
- Transferibilidad, en relación con la aplicación de los resultados en otros contextos al perfil de sujetos analizados.
- Consistencia en sus resultados.
- Reflexibilidad, en relación con la expresión de opiniones
- Relevancia, a través de la declaración respecto del cumplimiento de objetivos y la identificación de nuevos aportes en relación con el tema de estudio.

El cumplimiento de lo descrito se logró a través de la triangulación de fuentes de información, la recolección acuciosa y ordenada de la información expresada por los participantes, la consideración del contexto y la comparación de resultados con otros estudios y con los informantes. Por otro lado, el estudio mantiene una línea de coherencia en su desarrollo.

Aspectos éticos

Con el objetivo de resguardar los principios éticos, se efectuó un consentimiento informado para ser presentado a las personas viviendo con VIH que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio (**Anexo 2**). Estos documentos garantizaron resguardo de identidad, beneficios y riesgos de participar en el estudio, junto con el compromiso de facilitar acceso a los resultados obtenidos y la voluntariedad de participar en el proceso.

Respecto al tratamiento de la información recopilada en las entrevistas semiestructuradas, se mantuvo confidencialidad de la y los participantes, para ello se asignó un código identificador a cada una de las entrevistas.

Por otro lado, y en concordancia a la Ley 20.120 que exige que toda investigación efectuada en Chile sea aprobada por un Comité de Ética Científico, el proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Chile (**Anexo 4**) y el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud de Coquimbo (**Anexo 5**). Con ambas autorizaciones, se solicitó visto bueno al director del Hospital San Pablo de Coquimbo para ejecutar el estudio en las dependencias que dirigía (**Anexo 6**). Una vez finalizado el estudio y presentado a la Universidad, se pretende compartir resultados con el equipo directivo del Hospital San Pablo de Coquimbo con la finalidad de que la evidencia

pesquisada sea útil para la instaurar estrategias de intervención para la población estudiada. Asimismo, se realizará devolución de resultados a los participantes de este.

RESULTADOS

Se entrevistó a un total de diez personas jóvenes, nueve de las cuales se identificaron como hombres y una como mujer. Dos participantes habían nacido fuera de Chile. Otras características sociodemográficas se presentan a continuación en la Tabla N°3.

Tabla N° 3: Características demográficas de los participantes del estudio

Entrevistado/a	Sexo	Edad (años)	Orientación sexual	Nacionalidad	Ocupación	Año que recibió diagnóstico	Edad en la que recibió el diagnóstico
1	Hombre	24	Homosexual	Chilena	Psicólogo	2018	19
2	Hombre	25	Homosexual	Chilena	TENS	2016	19
3	Hombre	26	Homosexual	Chilena	Estudiante	2019	22
4	Mujer	21	Heterosexual	Chilena	Estudiante TENS	2019	18
5	Hombre	22	Homosexual	Boliviana	Vendedor	2017 (fuera de Chile)	17
6	Hombre	24	Homosexual	Chilena	Diseñador gráfico	2019	22
7	Hombre	26	Demisexual	Chilena	Administrativo en sistema público	2013	17
8	Hombre	23	Homosexual	Chilena	Emprendedor	2020	21
9	Hombre	21	Homosexual	Venezolana	Empacador de frutas	2021 (fuera de Chile)	20
10	Hombre	24	Homosexual	Chilena	Estudiante	2020	20

Fuente: Elaboración propia basada en resultados obtenidos de las entrevistas efectuadas.

En cuanto a la presentación de los resultados del estudio, estos se dispondrán en concordancia a los objetivos propuestos, así como a las categorías y subcategorías de análisis. (ver resumen en Tabla N°4). Debido a que el estudio no pretendía contrastar las experiencias de distintos perfiles de participantes, pero sí rescatar la variedad de experiencias del grupo de personas jóvenes que fueron diagnosticados en el centro, los discursos de los grupos minoritarios fueron rescatados en el texto cuando se detectaron particularidades. Ello es el caso de la mujer y personas migrantes entrevistadas.

Tabla N° 4: Resumen de categorías y subcategorías de análisis incorporados en los resultados.

Ámbito	Categorías	Subcategorías
Vulnerabilidades y riesgos de la población joven pre diagnóstico	Contextos del desarrollo infanto-adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - Situación económica - Reconocimiento y vivencias en torno a la orientación sexual - Apoyo recibido ante la revelación de orientación sexual - Interacción familiar - Interacción social
	Prácticas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de preservativos - Consumo de alcohol y drogas - Uso de dispositivos de salud - Incursión sexual
	Percepción sobre el VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos previos sobre VIH - Percepción de estigma y prejuicios en torno al VIH - Auto percepción del riesgo en relación con el VIH
Experiencias y percepciones en relación con el diagnóstico y la vinculación al programa VIH	Motivos de realización del examen	
	Entrega del resultado positivo	
	Impacto personal del diagnóstico	
	Coordinación para la vinculación con el programa	
	Posterior a la entrega del resultado, revelación diagnóstica	
Percepciones y experiencias tras el diagnóstico de VIH	Agilidad del proceso	
	Vivir con VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Significado de vivir con VIH - Afrontamiento diagnóstico - Cambios en la vida incorporados - Estigma y discriminación
	Estado de salud y acciones para el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de salud - Autocuidado - Motivadores y barreras para el cuidado
	Relación con el centro de atención	
	Fuentes de información para esclarecer dudas	

Fuente: Elaboración propia en base al análisis de la información obtenida en las entrevistas efectuadas.

I. VULNERABILIDADES Y RIESGOS DE LA POBLACIÓN JOVEN PREVIO AL DIAGNÓSTICO

α. Contextos del desarrollo infanto-adolescente.

En este apartado se destacan aquellas vivencias que en la literatura se han relacionado a la vulnerabilidad frente al VIH de las personas.

En relación con la **situación económica**, se observa gran acuerdo en haber crecido en un ambiente en donde las necesidades básicas de alimentación, vivienda y vestimenta fueron cubiertas, caracterizándose en cada relato el factor común de contar con una figura proveedora.

“...Podría decir precariedad que no porque nos alimentaban bien, pero con cosas súper simples. Por ejemplo, paté con mantequilla, pan. Nunca pasamos esa precariedad fuerte que hay personas que hoy en día viven, si no que mi padre y mi madre siempre se encargaron de que tuviéramos; de darnos una buena educación, de comprarnos ropa para vestir, si bien no con las mejores marcas y con lujos, pero siempre se encargaron de que existiera la comodidad de vivir”. (Entrevistado 7)

Se destaca un discurso aislado en el que se declara vivencia de precariedades que intencionaron la decisión de migración por parte de la figura materna.

(...) mi papá, como te puedo decir, él trabajaba, pero no se veía lo que él trabajaba, el dinero, ¿me entiendes? No alcanzaba para la familia, como éramos 6 y cada uno ya, tú sabes, que cuando las personas van estudiando, los hijos piden los útiles, los uniformes, el dinero para que ellos puedan comer algo de su deseo, el taxi, entonces eso no alcanzaba, entonces ya, dijo que mejor se iba a ir para otro país como una amiga la invitó, entonces igual se vino y se quedó y le gustó, sí. Y empezó a trabajar y ahí nos apoyaba un poco más.

ENTREVISTADORA: Ya. ¿Y ellos se separaron por el tema económico principalmente?

ENTREVISTADO: Sí, por el tema económico. (Entrevistado 5)

En cuanto al **reconocimiento y vivencias en torno a la orientación sexual** declarada por los jóvenes entrevistados, se observa que la mayoría se declara como parte de la población LGTBQ+, reconociéndose un discurso aislado de experiencia heterosexual de la única mujer participante del estudio. En relación con ello, se observaron dos ámbitos relevantes: el apoyo recibido ante el reconocimiento como parte de la población LGTBQ+ y la vivencia de bullying por la orientación sexual.

Respecto del **apoyo recibido ante la revelación de la orientación sexual**, se observan contextos misceláneos de apoyo o rechazo, ninguno preponderante, pero que tienen como factor común el hecho de contar con por lo menos alguna figura de sostén.

“... Mi mamá quedó un poco... no sé si shockeada en realidad, porque no sé si se lo esperaba, aunque lo dudo en realidad, pero fue bastante neutra, que quizás no era el apoyo que uno necesita en ese momento, uno no necesita alguien neutro, necesita alguien que le apoye. Por parte de mi abuela era, como te dije, justamente, evidente el rechazo y por parte de mi abuelo, fue el que en ese momento dejó todos sus prejuicios de lado y fue el que me apoyó y dijo que me quería, que me seguía queriendo, que me apoyaba, quizás suena bastante superficial, pero que en el momento, es algo muy potente”. (Entrevistado 1)

(...) A mi mamá le conté y está en el proceso de aceptación. No me discrimina, pero recuerdo que fue como a los 16-17 años le conté y me miró dijo: Ah ya. Como que quedó...

...sin palabras, y se fue y no dijo nada. Y a mi papá igual le conté en un momento y dijo que le daba, o sea, no le daba igual. Pero que me quería. Igual no tengo contacto con él.

ENTREVISTADORA: ¿Y con tu mamá has vuelto a tocar el tema?

ENTREVISTADO: No se toca el tema, pero a veces cuando está enfadada dice que ojalá que esté con una vieja o viejo que sea malo o algo así. (Entrevistado 10)

Por otro lado, y en lo que respecta acciones violentas en su contra, entre quienes se declararon pertenecientes a la población LGTBIQ+, fueron comunes las experiencias de bullying en colegios.

“(...) Porque anteriormente a eso yo no sabía que era gay, solamente recibía como la burla del colegio “afeminado”, “el colipato”. Una vez un profesor me dijo: “que era un colipato”. Otra profesora cuando iba en octavo básico, me dijo: “que a las niñas le gustaban ciertas cosas y que por eso a mí me gustaban”. Ahí tuve otro problema donde mi mismo padre fue quién se enfrentó a ella y negó hasta morir que yo no era gay. Y fueron episodios en mi vida en las que yo no tenía noción de qué era...” (Entrevistado 7)

Respecto **al reconocimiento de redes de apoyo en esta etapa de la vida** la principal figura que se reconoce es la de algún integrante del núcleo familiar tal como madre, abuelos o tíos. En discursos aislados se mencionan las redes sociales y una figura de amistad femenina.

En cuanto a la **interacción familiar**, se analizaron dos ámbitos:

- a) **Percepción de la interacción familiar** donde lo predominante fue identificarla como buena y cercana con por lo menos un integrante del núcleo familiar pero distante, fría, conflictiva o incluso violenta con otros miembros. Un relato aislado muestra una interacción deficiente con ambos padres.
- b) **Violencia intrafamiliar** que resultó muy común para los entrevistados ya sea dirigida a ellos o a otro integrante de la familia.

ENTREVISTADO: Sí, de él yo he recibido mucho maltrato. (refiriéndose a pareja actual de su madre) (...) Físico y psicológico. Físico gracias a Dios ha sido muy de vez en cuando pero también han sido importantes episodios, pero psicológico más que nada es lo que más me ha dolido porque ha tenido sus repercusiones y yo he tenido que sanar esas cosas (...) hasta que yo tuve que aprender no más a soltar a mi madre, porque ya no... también la mamá en ese sentido tiene que estar ahí y defenderte y decir “no, eso no se hace, no se dice”. Pero no pasó po, entonces también aceptar que las cosas en algún momento son como son, así que hay que dar un paso al costado. (Entrevistado 3)

(...) No, es que el ejercía violencia intrafamiliar (refiriéndose al padre).

ENTREVISTADORA: ¿Sólo a ti o a todos?

ENTREVISTADO: Hacia mi madre, pero como yo me defendía a mí me golpeaba más fuerte. (Entrevistado 10)

En cuanto a **la interacción social** durante la infancia y la adolescencia, **en el grupo de hombres entrevistados** fue muy común tener pocos o pobres vínculos con otras personas y además haber experimentado violencia por parte de personas que no son familiares.

Respecto de la dificultad en la interacción social fue preponderante atribuirlo a características personales propias y/o a un mecanismo de protección frente a los otros.

(...) Mira, en el colegio yo era la persona, como te puedo decir, callada, tímida, entonces no salía a recreo, me quedaba en el curso, era poco sociable con mis compañeros, si hacía los trabajos los hacía yo solo, no me gustaba que copiaran, era como más justo con las cosas ¿me entiendes? Entonces ese sentido era cómo convivía en el colegio. (Entrevistado 5)

(...) En básica, muy nulo. La actividad social es casi nula, no tenía amigos, muy solitario, no recuerdo haber tenido un amigo tan fuerte en básica y si tenía algún contacto, eran contactos más bien superficiales, porque tenía que hacerlo. Recuerdo estar sentado solo, una fila completa, porque no me juntaba con nadie.

ENTREVISTADORA: ¿Qué era lo que te movilizaba a no juntarte con nadie?

ENTREVISTADO: Creo que podría haber sido el como alejarme de prejuicios, de ser gay, que tal vez en ese momento no lo percibía así, ahora uno lo puede ver quizás... (...) Con mujeres siempre fue muy cercana en ese entonces. Con hombres cis siempre se me dificultó mucho, creo que hasta el día de hoy se me dificulta. (Entrevistado 1)

En el caso de la mujer entrevistada, se menciona una mezcla entre interacciones positivas con amigos y enfrentamientos violentos con desconocidos en el marco de uso de alcohol, drogas y fiestas.

Respecto de las **experiencias de acoso, abuso o violencia sexual** hubo varios relatos vinculados a **ello refiriendo** que fueron ocasionadas por distintos tipos de personas incluyendo familiares, pares o personas desconocidas.

(...) El tema de que yo fui abusado sexualmente a los dos años por el hermano mayor de mi papá. Y mi hermano mayor también estaba siendo abusado sexualmente por él y mi mamá vio las alertas, porque a mi hermano, le pilló chupones y cosas así (...) (Entrevistado 8)

“Recibí acoso por parte de un colectivo; que me llevo por todas las compañías con las puertas cerradas, dejó a un pasajero y luego no me quería dejar bajar y quería llevarme a su casa. Para mí fue una experiencia traumante y lloraba. Por suerte logré bajarme y correr hacia mi casa que estaba estaba cerca...Luego viví otra experiencia con otro colectivo que me invitó a salir y yo era joven. Yo tenía como 15 y 16 años y también me traumatizó.

(...) Tuve otra que igual no fue tan “salvadora”. Fue con el padre de una amiga, mi mejor amiga hasta ese entonces. Me quedé con ella una noche y el padre de ella intentó aprovecharse de mi yo durmiendo en el sillón...Fue una experiencia fuerte igual... (Entrevistado 7)

(...) No, es que me fui acostar a una pieza y estaba borracho. Estaba recostado y yo sé que alguien abusó de mí. (Entrevistado 10)

En el caso de la mujer entrevistada, no se identifican relatos de este tipo.

a. Prácticas sexuales

El uso de preservativo en los jóvenes entrevistados fue variable, lográndose identificar dos discursos: uso regular y uso inconsistente o no uso.

En relación al *uso regular*, destaca que pese a la declaración de uso habitual ello no incluye su utilización en el sexo oral así como tampoco la verificación de la indemnidad del mismo durante el contacto sexual.

“(...) Entonces era muy sexual (refiriéndose a una de sus relaciones de pareja) y de repente pasaba de que nos quedábamos sin preservativos y era como que yo decía no. Pero, por ejemplo, en una ocasión fue como que se rompió o habían veces que se rompían y no nos dábamos cuenta. O si nos dábamos cuenta, le decía cámbiate el condón altiro. O yo me cambiaba el condón. Entonces, al final es como que siempre trataba de tener como condón a la mano o sino evitar tener intimidad... (Entrevistado 8)

Respecto del uso *inconsistente o no uso*, se declara que los motivos han sido sentirse en confianza con la pareja sexual, por “calentura”, disminución del placer durante la penetración o por autoflagelación.

(...) No, no ocupaba (refiriéndose al uso de preservativo), mira, esto sí, no sé si está bien que lo piense, pero como eran niños de mi edad, tampoco sentía como el riesgo (...) No lo ocupaba porque quería como, no sé si la palabra es arriesgarme, pero quería como... no quería ocupar el condón, no me sentía cómodo, no lo sentía como... me gustaba más sin condón, como que físicamente lo encontraba... me daba como más placer y a la misma vez tampoco me importaba mucho el hecho de tener el riesgo, sabiendo que estaba, pero no...

ENTREVISTADORA: ¿Por esta autoflagelación que me comentabas anteriormente?

ENTREVISTADO: Sí, sí y no, no me cuidé en ningún sentido, en ese sentido no. No, allá y acá tampoco. (Entrevistado 3)

En lo que respecta lo referido por la única mujer entrevistada, destaca el uso de preservativo inconsistente, manifestando que no se sentía en riesgo por no haber tenido un historial de contacto con múltiples parejas sexuales.

(...) No era así como tan de tener pareja, he tenido como 3 no más, pero igual cuando uno sale... yo salía ya, no me cuidaba (refiriéndose al uso del preservativo) ...porque yo pensaba que uno se contagiaba cuando uno tenía, no sé, más de 10 parejas o cosas así (...) Entonces yo decía "ya, si voy a estar con él, es el segundo y ya no voy a contagiarme, y eso. (Entrevistada 4)

En cuanto al **consumo de alcohol y drogas**, fue común declarar que este ha sido habitual. Entre los motivos para hacerlo se mencionan búsqueda de placer sexual, curiosidad o búsqueda de descanso emocional.

(...)La marihuana, sí, pero no en todos los encuentros, como en personas con más confianza, así como previo... Pero alcohol no y otras drogas tampoco. Ah, el popper, no sé si ubica el Popper (...) el LSD, el éxtasis, la marihuana, el alcohol y eso. Pero es como de probar (Entrevistado 2)

(...) Clonazepam, cuando estaba con episodios depresivos más chico, consumía. (...) para pasar el día en modo automático. (Entrevistado 1)

Respecto del conocimiento y uso de dispositivos de salud el discurso predominante fue desconocer la existencia de los dispositivos de salud y prestaciones ofertadas para la población joven. Si bien algunos reconocen los servicios de urgencias se enfatizan desconocimiento en torno a la utilidad de los centros de atención de salud. En el caso de la única mujer entrevistada menciona recepción de prestaciones para la regulación de la fertilidad más no para la prevención de la transmisión de alguna enfermedad sexual u otra.

(...) No, no sabía nada, no, no tenía idea de nada, lo que es un consultorio, a qué hospital tenía que ir, no, nada, no... cero información.

ENTREVISTADORA: Y cuando te enfermabas, ¿cómo lo hacías, dónde ibas?

*ENTREVISTADO: Por ejemplo, cuando me enfermaba siempre me llevaban a urgencias...
Sí íbamos a un oftalmólogo pero particular. (Entrevistado 3)*

(...) Sí, iba pero solamente a inyectarme.

ENTREVISTADORA: ¿A inyectarte para no tener bebés?

ENTREVISTADA: Sí, eso no más.

ENTREVISTADORA: Ya, ya. ¿Y ahí te hablaron alguna vez de la prevención de las infecciones?

ENTREVISTADA: Me daban condones no más, eso no más. (Entrevistada 4)

En lo que respecta la **incursión sexual**, todos los participantes de este estudio iniciaron vida sexual antes de los 16 años, algunos relatan haber mantenido contacto sexual con múltiples parejas sexuales previo al diagnóstico; estas parejas sexuales eran conocidas a través de redes sociales, de forma casual o a través de la práctica de “cruising”. Un discurso minoritario plantea la identificación del acto sexual como una vía de escape frente al dolor que tuvieron que vivir durante el desarrollo de su adolescencia. En uno de los discursos se puede identificar que el participante plantea sospecha de vulnerabilidad asociada al género masculino, principalmente por la percepción de una característica común en los hombres, actuar bajo instinto.

(...) mis parejas sexuales fueron muy superficiales, muy de una vez, juntémonos, sexo y nunca más los veo.

ENTREVISTADORA: ¿Y cómo ubicabas a esas personas?

ENTREVISTADO: El Grindr... Instagram de vez en cuando, pero mayormente en Grindr. (Entrevistado 1)

(...) cuando yo me vine para acá yo conocí una práctica que se llama cruising (...) El cruising es cultura homosexual completamente y de hombres (...) Pero ¿sabes qué? Para mí el tema de las relaciones sexuales fue súper... tuvo un papel protagónico muy importante en mi vida porque, por ejemplo, hay gente que se corta los brazos, hay gente que se pega, hay gente que se... que de alguna manera trata de sacar esa energía negativa, como de desestresarse de alguna manera, como auto destruyéndose y para mí, yo vivía mi sexualidad de esa manera y yo lo entiendo ahora, que yo creo que ahora mi sexualidad es completamente sana... (Entrevistado 3)

b. Percepción sobre el VIH

Para identificar las percepciones sobre el VIH de los jóvenes previo a su diagnóstico, se abordaron preguntas abiertas sobre conocimientos previos sobre el VIH, estigma y prejuicios propios en torno al VIH, así como también respecto de la autopercepción del riesgo de adquirirlo. En este análisis se destacan aquellas percepciones que se han relacionado a la vulnerabilidad y que podrían haber contribuido al diagnóstico posterior de VIH.

Respecto del **conocimiento sobre el VIH previo al diagnóstico**, existió consenso en que este era casi inexistente, manifestando que hubo poca o nula educación sexual, situación que los obligó a buscar de manera autónoma información en internet, redes sociales o a través de la experiencia de amistades cercanas. Destacan discursos de jóvenes migrantes en los que se declara percepción de una buena educación sexual en los colegios.

(...) Fue nula en ambos colegios. Nula, en ninguno de los dos se habló el tema, no se hablaba el tema en un ramo, no sé, filosofía aunque sea, religión, nada, nunca se tocó. Igual en ese tiempo era... Tampoco es tanto el tiempo que ha pasado, pero sí, no eran tan abiertas las mentes si se puede decir así, para llegar a ese punto, de educar de esa forma. Como que uno llegaba con educaciones de redes sociales, o que el compañero tenía otro tipo de vida, que él hacía de repente otras cosas y llegaba con esos colegios... y de esa forma. Pero, así como educación-educación, ningún colegio (Entrevistado 2)

(...) Mira, sin mentirte en un sólo colegio, te voy a mentir porque estudié un poco más años que en otros, en ese colegio que te decía anteriormente... enseñaron el proceso de la sexualidad, cómo prevenir las enfermedades, siempre hay ferias que te sacan a cómo te puedo decir... A una plaza a que tú puedas dialogar con las personas, enseñarles cómo cuidarse, entonces uno se preparaba antes para salir a hacer esas cosas, esos proyectos, sí, siempre se hacía (...) siempre participaba en eso, me gustaba mucho disertar, entonces fue algo que aprendí mucho de la sexualidad también. (Entrevistado 5)

Además, se manifestó haber desconocido las diferencias entre el VIH/ y el Sida así como las estrategias clínicas de abordaje de la enfermedad (tratamientos).

En lo que respecta a **los prejuicios propios en torno al VIH**, entre quienes habían pensado en el tema predominaba el considerarlo una enfermedad mortal que generaba temor.

(...) Había como susto, así como miedo, porque en el ambiente homosexual, si se puede decir así, como que todos lo ven de esa forma de que somos propensos a tenerlo y tenía eso, como ese miedo de que me decían esa palabra y era como “oh, qué miedo tenerlo” o esas cosas. (...) Porque igual, como había ignorancia en el tema de parte mía y como en general yo creo, siempre era el VIH como igual a muerte, como a infección, así que te va a matar, lo mismo que el cáncer, como eso de “¿Cáncer? Ah, muerte”. Como eso, esos prejuicios que habían antes en relación a eso. No sabía que existían tratamientos, no sabía que la gente podría vivir tranquilamente con el VIH. (Entrevistado 2)

En cuanto a la **autopercepción del riesgo en relación con el VIH**, conviven dos discursos contrarios: percibirse en riesgo y no hacerlo (al menos totalmente) siendo predominante el primero. El principal motivo para sentirse en riesgo fue tener muchas parejas sexuales y/o no utilizar siempre el preservativo

(...) Pero sí sentía el riesgo esos 6 meses antes de venirme, porque ya no me empecé a meter con niños de mi edad, entonces yo dije “ya, acá ya hay riesgo”. Y acá yo estaba plenamente consciente que debería haber ocupado condón pero no lo ocupé, tampoco lo ocupé. (Entrevistado 3)

Respecto de la percepción de “no riesgo” cabe mencionar que en general esta no ha sido permanente ni categórica, pues se declara que había momentos o etapas de la vida en los que sí se sentía temor. Los motivos para no sentirse en riesgo se relacionaban con considerar tener pocas parejas sexuales (relato de mujer participante en el estudio), que estas no representaban riesgo por ser de la misma edad o no tener conciencia del VIH y otras ITS.

“No (refiriéndose a la autopercepción de riesgo frente al VIH). Me daba miedo sí, era como “uy, qué susto”, pero nunca me sentí como... Era como contradictorio, así como tener miedo, pero no ponerse, no sé ... serio con el tema y cuidarse, como que me daba miedo pero no me cuidaba, pero no siempre, como habían ocasiones que no me cuidaba. “ (Entrevistado 2).

(...) Porque yo pensaba que uno se contagiaba cuando uno tenía, no sé, más de 10 parejas o cosas así (...) Entonces yo decía “ya, si voy a estar con él, es el segundo y ya no voy a contagiarme, y eso. (Entrevistado 4)

II. EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES EN RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA VINCULACIÓN AL PROGRAMA DE VIH

En cuanto a los motivos de realización del examen, predomina la iniciativa personal por sobre la solicitud médica. La iniciativa personal se enmarca en dos contextos: considerar al examen como mecanismo de prevención y/o chequeos regulares ante la conciencia de haber enfrentado situaciones de riesgo (en el fondo no se cambia la práctica sino que aumenta la cantidad de chequeos). Hubo un discurso aislado en el que se hizo referencia a que la sospecha de abuso lo había incentivado a efectuarse el examen.

“(…) Siempre cada 6 meses me hacía los exámenes, yo creo que por eso fue que me lo detectaron entre comillas a tiempo. Por el tema de que en la ocasión que me contagié fue un ex al cual literalmente pillé en pleno acto sexual con otra persona.” (Entrevistado 8)

“(…) Fue justo el 2019 en año Nuevo, entonces tuve sospechas después del abuso, como que no dimensioné el peso. Porque me sentía que yo fui culpable en ese momento. Y no quise tomar ninguna acción. Y ya después con el test rápido dije mejor prevenir que nada. Fue más que nada por eso.” (Entrevistado 10)

La motivación clínica se produce en el marco de la detección de otra ITS.

“(…) Primero me lo hice con la enfermera, va, con la matrona, ella me dijo que si me lo quería hacer, porque yo empecé con picazón y yo tenía como unos granitos y me dijo “¿te querís hacer el examen del VIH?” y yo le dije que yo ya me lo había hecho, que no me había salido nada. Me dijo “¿hace cuánto?” y le dije yo que un par de meses atrás, antes de llegar acá. Después le dije “ya, mejor sí, para estar segura”. (Entrevistada 4)

Sobre las experiencias vividas durante la entrega de resultado positivo para VIH, si bien hubo diferentes experiencias, el discurso predominante es que fueron negativas, destacándose la falta de información entregada, la forma inadecuada de recibir el resultado y en un discurso aislado la negligencia al entregarle el resultado a su madre.

“(…) Fue como muy seco el mensaje. Fue como: Ya, tienes VIH y chao. Anda al hospital. Y nada como red apoyo, nada. Y en el hospital sí fueron como más cálidas las personas de ahí. Pero fuera de eso...(Entrevistado 10)

(…) Sí, de verdad, muy raro. Pero la niña que me comentó, que es la que me dijo que yo tenía (refiriéndose al diagnóstico de VIH)... yo la ví más afectada a ella, porque ella se puso a llorar

y yo de hecho (...)lo encontré bien raro, porque igual... no creo que esté bien si me preguntas a mí, porque puede haber gente que de verdad se sienta afectada con el resultado y no le va a ayudar mucho que la enfermera se ponga a llorar, porque en parte le vai a dar como la sensación de que se va a morir... Lo único que te puedo decir, sentí como... ni siquiera como un balde de agua fría, fue como, fue como una sensación como de parálisis, así, pero se pasó a los 2 segundos. Fue una sensación como... como cuando ves yo creo que a tu pareja que te está engañando, eso. (Entrevistado 3)

Se rescata discurso aislado en el que la experiencia relatada en torno a quien le entregó la información fue más favorable.

(...) Objetiva, acogedora, pero al mismo tiempo, como que ... el cómo ella lo dijo, cómo me lo explicó, pero creo que están tan naturalizados a ver el diagnóstico, que era como tan normal, bueno es que claro, es muy normal, pero para ellos es como tan cotidiano quizás, de alguna forma y para mí era tan poco cotidiano que ese choque se me generó, pero el cómo ella me lo entregó, recuerdo cómo me lo dijo y era muy tranquila al decírmelo, una voz muy suave, pero también le preguntaba algo muy concreto y me lo respondía también muy concreto. Pero era como, “exigencia mía”. (Entrevistado 1)

Respecto del impacto personal del diagnóstico, se relata que hubo sensación de incertidumbre, confusión, tristeza, miedo y negación.

(...) Mucho miedo, creo que me invadí de miedo. Recuerdo que me sentía como que estaba hundido en la silla, me fui... Como que me desconecté. Salí, me fumé unos cigarros, no sé cuántos cigarros me fumé y me fui pa la casa, pero como muy ensimismado de no saber qué hacer, como de no querer creer lo que estaba pasando. (Entrevistado 1)

“(...) Yo creo que fue el hecho de haberme sentido traicionado en cierta forma (refiriéndose a la sensación de derrumbe). Aparte de que igual como le digo, me sentía como sucio, incluso me bañe me acuerdo con decirle me había bañado así ya más temprano y me volví a bañar después del diagnóstico. Ok, me estaba bañando y literalmente me demoré mucho en la ducha. Después me fui a acostar y después estaba en mi pieza solo y escuchando música. Me derrumbé y quería puro llorar, pero si yo lloraba en la casa me iban a pillar. Entonces fue, como dije, no voy a salir. Con decirle que literalmente pensaba en matarme en el momento, así fue como estaba demasiado. (Entrevistado 8)

Respecto de la coordinación para la vinculación con el programa de atención de personas viviendo

con VIH dependió del lugar al que los participantes del estudio accedieron para la realización del examen. Aquellos usuarios que lo efectuaron en el sector privado relatan mala experiencia principalmente porque no fueron derivados luego de la entrega del resultado. Aquellos jóvenes que accedieron al examen en la red pública relatan haber tenido buenas y malas experiencias, siendo las más positivas cuando accedieron al examen en la atención secundaria, lugar donde posteriormente serían atendidos.

(...) ahí igual fue como medio al lote, el caballero igual me dio esperanzas falsas, así como de que podía ser negativo y yo igual así como al universo, decretándolo, como de que sea así y no fue así. Después como información externa llegamos al hospital y ahí...nos explicaron y ahí fue cuando ingresé a la parte de infectología. (Entrevistado 2)

(...) Yo tuve que ir a su box y me dijo: Acá están tus resultados y tienes VIH, y me dijo. Te voy a derivar al hospital de La Serena y eso (...) fue como: Tienes VIH, chao.

ENTREVISTADORA: ¿Y te fuiste inmediatamente al Hospital de La Serena?

ENTREVISTADO: No tan inmediatamente porque me fui bueno quedan cerca, pero me fui muy lento, me fui pensando muchas cosas. (Entrevistado 10)

Posterior a la entrega de resultado y en lo que respecta la revelación del diagnóstico, se observan tres discursos: el primero relativo a compartir de manera voluntaria su estado serológico con sus seres cercanos, familia, amigos y pareja; el segundo que refiere haberlo socializado con ciertos amigos de confianza y no a sus familiares; y el tercero que refiere haber sido descubiertos por sus familias. El motivo de evitar la revelación diagnóstica se relaciona en todos los casos al temor al estigma.

(...) En ese minuto le conté a un par de amigas, a mi mejor amiga que bueno, la tengo de hace muchos años, es una fuente de apoyo para mí, fundamental, pero mi familia no sabe nada... Cuando estaba conociendo a una pareja, ya estábamos pololos y le conté a él y él me apoyó en ese instante y de hecho él me acompañó a buscar los primeros medicamentos, a hacerme algunos exámenes, también me tomaron y le hicieron una consejería a él con

respecto al tema, pero núcleo de amigos saben casi todos, si es que no todos, pero familia, nadie. (Entrevistado 1)

(...) No, nadie. (haciendo referencia a revelación diagnóstica) (...) Nadie sabe porque siento que es algo mío, es algo mío personal, es como algo que yo tengo que llevármelo sola, sí (...) Yo los conozco a ellos cómo son, ellos son discriminadores, son discriminadores y tengo yo una amiga allá que ella tiene el VIH, ella tiene el VIH y ellos se burlan. (Entrevistada 4)

Finalmente, respecto de la **agilidad del proceso**, independiente del lugar de realización del examen y la técnica que se utilizó para su procesamiento, fue común en los participantes manifestar que el proceso fue tedioso por los tiempos de espera involucrados entre la realización del examen y la recepción de la confirmación del Instituto de Salud Pública.

(...) bueno, nuevamente la toma de exámenes, para enviar al ISP y nuevamente volver al hospital, que es un proceso bastante tedioso en realidad, el hecho de esperar... Porque ya en el examen del test de ELISA hasta que te den los resultados son como 2 semanas, bueno, en ese entonces, no sé cómo está ahora...pero cuando tienes que esperar un resultado de algo así, es una eternidad. Y después que te digan que la probabilidad existe y que se demore un mes en estar en el ISP y volver, es mucho. Es un proceso muy agotador. (Entrevistado 1)

III. PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS TRAS EL DIAGNÓSTICO DE VIH

d. *Vivir con VIH*

En cuanto **al significado atribuido al vivir con VIH**, se observan percepciones positivas y de forma aislada negativas. Respecto de las positivas se destacan aquellas que a pesar de las trayectorias vividas en esta experiencia logran resignificar el concepto del VIH, visualizándolo como una consecuencia que abrió las puertas para mejorar, para dejar hábitos poco saludables, como una oportunidad de vida, como una enfermedad controlable o como un catalizador para la toma de decisiones en salud.

(...) Es una aceptación completa de mí, es una transmutación de emociones, es un empuje. Significa aprovechar completamente las oportunidades que la vida me da día a día que no son constantes, no son para siempre; significa comenzar amar desde la más sincera parte de cada uno y no ocultar nada mío. Significa mostrarme tal cual como soy completo sin

esconder ninguna parte. Significa aceptación, significa amarme a mí mismo y no ponerme murallas y tampoco dejarme pasar a llevar por nadie. (Entrevistado 7)

Cabe mencionar que en ocasiones la declaración de una percepción positiva es solo nominal (se declara eso, pero no se justifica en el discurso) pues no se acompaña de elementos que la describan de ese modo sino más bien de vivencias negativas.

Respecto al significado negativo, destaca la atribución de padecimiento y afección frente a la prohibición de consumir alimentos, la obligación a consumir fármacos que tienen consecuencias adversas en su organismo, miedo a que el virus progrese en el mismo y temor a la discriminación

(...) Un poco de carga y al mismo tiempo, una lección (Refiriéndose al significado atribuido de vivir con VIH). Una carga por el tema de que igual no es fácil padecerlo porque al final uno adquiere un nivel de responsabilidad mucho mayor. Y al mismo tiempo la vida sigue y trato de vivir mi vida al día a día más que nada... (Entrevistado 8)

Las percepciones en relación con el afrontamiento del diagnóstico son múltiples y no se identifica ninguna preponderante. Los discursos manifiestan temores, dificultades para recordar horas de atención, trayectorias iniciales de baja adherencia a prácticas de autocuidado recomendadas por el personal de salud y falta de conocimientos respecto a los procesos de salud/enfermedad asociados al VIH. Llama la atención que entre los temores relatados destacan aquellos asociados al estigma/discriminación y en un discurso aislado el temor a transmitir el virus a su hijo en caso de quedar embarazada, así como también a que cesen las garantías de entrega de medicamentos en algún momento por cambio de residencia hacia un lugar fuera del país.

(...) bueno, me pasó dos veces que fue prácticamente lo mismo, que conocí a un chico, el nivel de intimidad estaba aumentando entre los dos y ya decidí que era tiempo de contarle, porque para mí antes de la terapia, hace un par de terapias que tomé, era muy difícil, era un tema complejo el decidir si decirle o no decirle, cómo decirle, cuándo, era un tema que me hacía entrar en crisis constantemente cuando conocía a alguien. Me arriesgué con él, le conté, bueno, dijo que no quería hablar más, que no estaba preparado para el tema, de que dejáramos de vernos y ahí fue cuando sentí fuertemente ese prejuicio. (Entrevistado 1)

“(…) Yo me siento nerviosa ... (refiriéndose al hecho de asistir al hospital)...No sé, por ejemplo, cuando me hacen un examen me dicen “ya, en unos días va a estar bien” y ahí como que yo estoy mal...pienso que todo va a salir positivo, eso es... (Entrevistada 4)

Respecto de los cambios producidos en su vida posterior al diagnóstico, existe un discurso predominante que refiere que estos han sido positivos, aunque a veces con las ambigüedades antes descritas. Sólo se reconoce un discurso aislado que plantea directamente que la transición a esos cambios fue dura ya sea por el efecto adverso a los fármacos indicados y dificultades para el afrontamiento diagnóstico.

(...) Me hizo como estrellarme en el piso de dejar de ser así como tan inseguro, de ver mi entorno, ser empático con el entorno en relación a que hay gente que no está bien, que está, no sé, peor que uno y eso era como igual un motivante de agradecer y seguir en todo esto y no verlo como un impedimento o algo. Le doy con mi vida pa adelante y siempre estuve enfocado en eso, como que no fue ese tema. (Entrevistado 2)

(...) Hubo cambio. Mira, sin mentirte comía y no lo podía... Comía y lo quería botar (...) vomitar... ese fue el proceso que pasé cuando comencé el tratamiento por largo tiempo, fue como el 2019, recién mi estómago se pudo ir acostumbrando a lo que yo ingería de noche, a las pastillas, porque siempre cuando yo tomaba y en la mañana iba al baño, era como si hubiese comido algo que me hubiese hecho daño y era por la pastilla, por lo fuerte que era. Entonces...¿sabes qué me pasa? Me duele el estómago como si tuviese hambre cuando tomo la pastilla. Pero no es cuando me lo tomo, sino cuando pasan 2 horas, 3 horas, recién comienzo, que me está haciendo efecto. (Entrevistado 5)

La mayoría de los participantes del estudio identifica acontecimientos que reflejan **experiencias de estigma y discriminación**, reconociéndose múltiples relatos para diferentes circunstancias.

(...) En la comunidad LGBTQ+ si he recibido discriminación (...) Una vez estaba en la disco un año nuevo y yo me quedé solo porque mis amigas, una se fue con su pareja, la otra se encontró con otros amigos yo me quedé solo carreteando con otro amigo; y me fui con un chico trans al baño. Estábamos ahí mojándonos el pelo y llegó otro niño que no me tenía mucha buena y partió diciéndome boliviano ... pero seguido de eso el comentario de “La infectada” . Entonces ahí fue cuando recibí mi primera discriminación VIH, me afectó yo creo más la actitud de él. Hasta ese entonces como que yo creo que dentro del ambiente se ha

hablado, son personas muy cercanas al ambiente de disco a ese mundo donde dice si hablado... (Entrevistado 7)

e. Estado de salud y acciones autocuidado

En cuanto a la **percepción del estado actual de salud**, hay consenso en plantear percepción de bienestar. Sin embargo, conviven discursos que refieren percepción de bienestar completo y sin cambios en su salud y aquellos que refieren sensación de bienestar físico pero no mental, lo que estaría asociado a situaciones de estrés o a cuadros de ansiedad principalmente.

(...) Mi salud, mira, con lo que me han dado los resultados hace... con los meses que han pasado, ha sido constante en el tema de carga viral así que por ese lado super bien. Por el lado de alimentación también super bien, porque bueno, yo me cocino solo entonces siempre me preocupo de comer harta verdura, harta fruta, como... me tomo como prebióticos, probióticos, tomo pastillitas de maqui, siempre como que ando viendo información de eso y es super retroalimentativo de hecho, me gusta también por lo emocional, lo bien que me hace sentir... En lo que es ejercicio ahí yo guateo, así que el mayor ejercicio que yo hago es caminar, porque camino un montón.... Pero camino mucho, mucho, así que el único ejercicio que hago es caminar...(Entrevistado 3)

(...) Está bueno, me siento bien y eso no más, la mente sí me tiene mal, que pienso mucho, pero fue como después (...) Entonces dijo (refiriéndose a la psicóloga) que era como una ansiedad leve que tenía, no era terapia de pastillas, porque si hubiese sido una ansiedad como la etapa última, ella me hubiera derivado al psiquiatra, pero dijo que lo mío era ansiedad depresiva pero me faltaba como 1 punto para no tener nada. Yo le dije sí que era como que pensaba mucho, qué iba a pasar después, cómo voy a estar yo después, dijo que no me preocupara porque había gente que estaba más mal que yo en lo mental y que estaba con la ansiedad mucho más elevada que la mía y con las terapias que ella hace salen bien (Entrevistado 4)

Con la finalidad de conocer las **acciones para el autocuidado**, se analizó la adherencia a controles/tratamiento y tolerancia a los mismos, consumo de alcohol y drogas, y aspectos de la vida sexual posterior al diagnóstico de VIH.

En relación con la adherencia a controles/tratamiento y tolerancia a los mismos destaca que fueron habituales las experiencias de abandono de control y tratamiento en algún período, atribuidas a la mala tolerancia a los fármacos, los tiempos involucrados en los procesos de atención del programa VIH, dificultades para regularizar situación migratoria, angustia al asistir al hospital y la búsqueda de otras alternativas de tratamiento

(...) Me sentía pésimo sí, pero le daba, le daba, le daba. De hecho la primera vez que tomé la triterapia fue en el trabajo, me quería morir, como que me estuviera envenenando, de verdad, vomitaba y de un color salmón, me mareaba, me dolía la guata, me dolía todo el cuerpo (...) Abandoné el tratamiento porque me hacían poner los ojos muy amarillos los medicamentos y era muy notorio, todos me decían “oye que onda, tenís los ojos amarillos” y eso era incómodo. (Entrevistado 2)

(...) Yo creo que como 4 años sin controles médicos y espaciados con una carga viral súper alta. (...) me preocupaba de vez en cuando y como estaba con mi ex pareja yo tenía una seguridad de una permanencia través del tiempo de la relación y como que no encontraba necesario el hecho de tratarme. Ahora encuentro que era un pensamiento súper erróneo, porque aún así teniendo pareja y que tu pareja tenga VIH, tienes que seguir tratándote y cuidando tu sistema inmune. Entonces era un tema de irresponsabilidad totalmente y de comodidad, por eso no me trate durante ese tiempo y ya después cuando termine con Sebastián era un tema de descontrol emocional, donde no quería nada. Solamente me enfoque en carretear, en eso más que nada esta etapa súper carretera. (Entrevistado 7)

Sobre el consumo de alcohol y drogas predomina el consumo moderado por el propio cuidado.

“Bueno, para... yo tomo alcohol, no... social igual tomo, nos juntamos una vez al mes quizás, con algunos amigos, entonces yo... por lo mismo, yo quería que estas pastillas, si tomaba este tratamiento, no cortara mi vida social ni mi vida cotidiana, entonces ya, dije, tomarlas a una hora del día que es a las 12, 1 de la tarde, para lo mismo ¿no? después de almuerzo y por último, si voy a tomar alcohol, lo puedo tomar en la tarde. Entonces si lo tomo en la noche y tengo un desfase de... por eso intenté mantener como una vida normal. Yo consumo alcohol una vez al mes, de repente, destilados y consumo THC pero en muy poca frecuencia y muy poca cantidad. (Entrevistado 1)

Respecto a la vida sexual de los jóvenes que participaron en el estudio, en su mayoría plantean mantener una vida sexual activa, identificándose relatos aislados en los que se plantea inactividad sexual. En relación con la primera, no siempre se ha asegurado el uso de preservativo argumentando que se ha debido a irresponsabilidad o a la decisión del cese de su utilización en común acuerdo con pareja sexual debido a la condición de indetectabilidad.

*(...) porque ahora sí con la última sí lo dejé de ocupar después que se empezó a medicar y todo el tema, yo me arriesgué a ya empezar a dejar de ocupar un poco el condón.
(Entrevistado 3)*

En el caso de aquellos que reconocen inactividad sexual, se identifican dos relatos, uno relacionado a abstinencia acordada con su pareja por su condición clínica y el otro a la manifestación de bloqueo sexual secundario al diagnóstico de VIH.

(...) Mira, sin mentirte mi vida sexual es como más bloqueada... como que no me gusta tener sexo, como que me aparto de eso, no siento como el deseo ¿me entiendes? Como que ya no quiero saber, porque como que... Como cuando te... Hay una palabra, te bloqueas con esa frase que te hizo daño. (...) Como un trauma, exacto, quiere decir que por eso tengo esto. Ese es el drama, como que ya no quiero saber mucho, y que, si quiero tener relación o algo me bloqueo y como que no, no quiero. (Entrevistado 5)

En cuanto a los motivadores para el cuidado conviven dos discursos, aquel asociado a una visión de futuro que no considera el concepto de enfermedad, en donde destacan proyectos, bienestar y disfrute de la vida y otro en la que se toman resguardos poniendo énfasis en los deseos de evitar el progreso de la enfermedad.

(...) El proyectarme a futuro y saber que todo va conectado de una cosa la otra. Porque si yo no hiciera todas estas cosas, no tomara mi medicamento todos los días a cierta hora. Mi futuro se acorta de posibilidades, es un momento en el que me va a pasar la cuenta en el que mi cuerpo no va a resistir. Eso es el principal más que nada, del amor a mí mismo y querer verme bien proyectarme con planes a futuro, tener una vivienda, sacar una carrera, verme como una persona completa con todas las herramientas y también el amor hacia las personas con las que estoy. El amor que tengo por mi madre que ella quiere verme bien, el amor que tengo con mi pareja, con mis amigas que son como mis hermanas que es la Yasna

y Paula. Que ya somos tres amigos que nos amamos demasiado. Entonces es como eso, proyectarme a futuro es el principal motivador por el cual yo sigo adelante. Es una ayuda para mi sistema inmune que está a disposición y hay que aprovecharlo, si no yo creo que no serviría de nada todo el esfuerzo que uno hace.(Entrevistado 7)

(...) Me motiva el que no crezca esto, no sé si me explico, porque yo sé que hay una etapa de VIH, una etapa de SIDA y les tengo respeto, no miedo, como en un tiempo fue así, como miedo... no, le tengo respeto. Yo sé que tengo que cuidarme, yo sé que tengo que seguir mi tratamiento y siempre lo complemento con hierbas naturales, hierbas para las defensas, hierbas para no sé, hasta para VIH, de una hierba que tomo que está por comprobado de que ha curado el SIDA, pacientes que han entrado a la etapa SIDA, los ha sacado de esa etapa.(Entrevistado 2)

Las barreras para el cuidado por su parte, cuando fueron identificadas, se asocian a la organización del centro de atención, las garantías que ofrezca el sistema de salud y a la posibilidad de ser reconocido como persona viviendo con VIH. En cuanto a aquellas que se relacionan a la organización del centro de salud se mencionó largos el tiempo de espera i para las atenciones programadas y lo tedioso del proceso de ingreso. Sobre las garantías ofrecidas por el sistema de salud, se planteó discurso aislado en el que existe el temor de volver a país de origen y no contar con respaldo terapéutico que ha experimentado en Chile y sobre la posibilidad de ser reconocido como persona viviendo con VIH y el prejuicio asociado a ello.

(...) Esto es como todo muy automático, pero después de eso también tuve un periodo donde dejé de ir al hospital (...) Me hice mis primeros exámenes para mandarlos a... Los exámenes de rutina, me hice esos, creo que no los fui a ver o los fui a ver y después no fui más, pero empecé a tener como un par de contactos más en el hospital, y luego dejé de ir. Luego ya no quería ir más porque, nuevamente es un periodo, es tiempo muy tedioso, un proceso muy tedioso y entiendo que son muchos protocolos, pero para uno que está en ese momento muy sensible, está con todos los miedos, es algo que cansa mucho, porque hay que ir muy seguido las primeras veces, en el proceso inicial... me sentía muy bombardeado. (Entrevistado 1)

(...) El único temor que siento ahora es cuando, si en algún momento me tengo que regresar a mi país por “X cosa” por extranjería, no sé. Alguna deportación, ese es mi pequeño temor, mi pequeño temor...O no sé si me tenga que ir a otro país. Si puedo continuar con mi tratamiento, ese es mi pequeño tema. (Entrevistado 9)

f. Relación con centro de atención

Sobre esta categoría se reconocen preponderantemente discursos positivos, en los que se destacan una buena recepción y acogida, la calidez, seguridad y preocupación demostrada por parte del equipo y la oportunidad de recibir información por parte de sus integrantes. También se agradece la existencia de un equipo multidisciplinario.

Destaca discurso aislado en el que se relata que a pesar de haber recibido una buena acogida existe rechazo a asistir al hospital por nervios y pensamientos fatalistas que surgen al momento de llegar al lugar.

(...) Es bueno porque me han derivado a... En cuanto a un problema, como unas cositas que me salieron en el cuerpo me derivaron a un dermatólogo. Me dieron todo el apoyo, me gestionaron la visita y todo. (Entrevistado 10)

(...) si bien tengo red de apoyo acá en mi hogar. Tengo red de apoyo con mis amistades y con mi actual pareja, la atención del hospital yo creo que es la más primordial porque es donde uno llega y donde uno está esperando a que te atiendan. Es donde uno siente el retraso o sientes cariño, es donde uno se acepta o se niega y súper importante. (Entrevistado 7)

g. Fuentes de información para esclarecer dudas.

Respecto a esta categoría, se pesquisaron relatos variados en los que destacó la búsqueda en internet, consultas a amistades y, sólo ocasionalmente, resolución de dudas en contexto de atención con el equipo tratante.

(...) Google y buscaba... y aún así, aún lo busco así, yo pongo “VIH” en el buscador y en vez de ver lo que está en el buscador principal, pongo noticias al tiro, entonces... veo hartas páginas, generalmente no hay ninguna que yo te pueda decir que es como chanta, pero veo hartas como para estar seguro de lo que estoy leyendo, veo los nuevos avances, se creó, creo que quieren crear como una inyección que estaría como cubriendo un mes completo, pero está hace tiempo eso también, nuevas pastillas, nuevos tratamientos. (Entrevistado 3)

(...) Eh, Principalmente diría que Internet. Pero igual si no entiendo o no estoy seguro, si será tan así...Preguntó acá, igual tengo dos amigos que padecen (VIH) (...) Entonces como que igual de repente, por último. Es como que, si tengo la duda y no tengo hora, así como pronto, ya que me atiende cada 6 meses. Lo consultó con alguno de ellos (Entrevistado 8).

DISCUSIÓN

Los resultados descritos otorgan respuesta al objetivo central del presente estudio. Como se describió, se reconocen contextos, percepciones, experiencias y prácticas en torno al VIH acontecidas en personas jóvenes en tres etapas relacionadas al diagnóstico, las vulnerabilidades y riesgos que predisponen al VIH, la gestión del diagnóstico y el vivir con la condición de salud.

Para una mejor comprensión, se realizará el análisis en función de las etapas mencionadas en el párrafo anterior.

1. Vulnerabilidades y riesgos en torno al VIH

Entre las **vulnerabilidades** de la población en estudio previo al diagnóstico del VIH, destacan contextos relevantes en torno al desarrollo de la infancia-adolescencia, vivencias tras el reconocimiento personal como parte de la población LGTBIQ+ y aspectos de la interacción familiar/social. Además, se analizarán vulnerabilidades sociales en relación con el uso de dispositivos de salud, conocimientos previos sobre el VIH y estigma y prejuicios en torno al mismo.

En relación con el reconocimiento personal como parte de la población LGTBIQ+, se destaca la existencia de bullying y reacciones de rechazo ante la declaración de la orientación sexual, temas que no han sido estudiados a cabalidad. Sin embargo, en un estudio publicado el 2018 se registra evidencia de denuncias efectuadas en MINEDUC entre el año 2009 y 2016 por concepto de discriminación por orientación sexual, situación que respalda la existencia del problema y demuestra preocupación en torno a las consecuencias de su desarrollo, aludiendo a la proyección de incremento de denuncias en el tiempo por la concientización social que se ha desencadenado a lo largo de los años (51).

En cuanto a la interacción familiar, llama la atención que la mayoría de los participantes han tenido experiencias de violencia intrafamiliar, ya sea hacia el participante o hacia otro integrante del grupo familiar, situación que según estudio del año 2015 expuso a sus participantes a una desestabilización de los entornos seguros de aprendizaje, provocó eventuales estragos en la igualdad de género e impidió el combate contra el VIH y otras enfermedades(52). Asimismo, existe evidencia que demuestra relación entre situaciones de violencia intrafamiliar secundaria a la revelación de la orientación sexual, la que puede ser expresada de manera física, psicológica y sexual(53).

En lo que respecta la interacción social, los resultados del estudio permiten identificar dos ámbitos que ameritan análisis, el primero en relación con el establecimiento de pocos vínculos sociales y el segundo a la existencia de alguna situación de violencia sexual. Respecto de los escasos vínculos sociales, existe evidencia entre la relación de la adopción de esta conducta frente a situaciones de violencia o acoso en personas que son parte de la comunidad LGTBQ+(51). En lo que respectan las situaciones de violencia sexual declaradas, se ha demostrado que existe una fuerte relación con la adopción de comportamientos sexuales riesgosos, tales como el inicio más temprano de la vida sexual, actividad sexual no protegida, más parejas sexuales, mayor consumo de alcohol y sustancias y aumento del riesgo de la transmisión de ITS, entre ellas el VIH (54).

Tal como lo demuestra la evidencia disponible para la población joven (10), el uso de los dispositivos de salud en los participantes del estudio fue precario, demostrándose que su utilización se relacionaba a situaciones de emergencia, regulación de la fecundidad y el uso principal de la red privada cuando se requirió acudir a un soporte de salud. Esto, indudablemente incentiva a buscar mejoras en las estrategias implementadas para garantizar el acercamiento de la salud hacia la población joven y garantizar la habilitación de espacios terapéuticos a los cuales los jóvenes puedan acceder, incrementando intervenciones preventivas de carácter primario enfocadas a todos los ámbitos del ser humano y no sólo a la regulación de la fecundidad como se ha estado desarrollando hasta el momento, con la finalidad de favorecer la oportunidad diagnóstica y el acceso a la información para este grupo de la población.

El presente estudio permite identificar que los conocimientos previos sobre el VIH eran pocos o nulos en sus participantes, principalmente en aquellas personas con nacionalidad chilena, situación que se correlaciona con lo descrito en diferentes encuestas que se han desarrollado a nivel país en donde se reconoce que la educación sexual es regular y que falta educación sexual de calidad(26)(28). Ello podría incentivar a la población joven a buscar información de forma autónoma sin contar con el discernimiento para identificar fuentes confiables de las que no. Por otro lado, este antecedente cobra real importancia frente a los roles de la familia y la sociedad en relación con la entrega de información oportuna y de calidad respecto de la educación sexual hacia los jóvenes.

Llama la atención que los resultados del estudio demuestran percepción de estigma y prejuicios en torno al VIH previo al diagnóstico en la mayoría de los participantes. Sobre ello, destaca el miedo a morir y particularmente la dificultad de reconocer diferencias entre el VIH y SIDA. Estos resultados se condicen con lo descrito en otra investigación, en la que se indica que las campañas de prevención

contra el VIH no han logrado efectividad en la disminución del estigma y discriminación social en torno al VIH (16).

En lo que respectan los **riesgos**, es posible identificar aquellos que se relacionan a las prácticas sexuales, tales como la edad de inicio de actividad sexual, el uso de preservativos, consumo de alcohol y drogas y la incursión sexual, así como también la autopercepción del riesgo.

En relación a las prácticas sexuales de la población en estudio, los resultados de la presente investigación se condicen con lo descrito en relación al uso inconstante del preservativo, las múltiples parejas sexuales y la mantención de relaciones sexuales entre varones (24), además de la relación mencionada en el párrafo anterior entre el consumo de alcohol y sustancias. Llamen la atención dos ámbitos pesquisados en los resultados; el primero asociado al reconocimiento de errores en la utilización del preservativo y el segundo asociado a la diversidad de prácticas que se desarrollan para satisfacer las necesidades sexuales, tales como el “cruising” y el contacto con pares para establecer contacto sexual a través de aplicaciones/redes sociales destinadas para ello. Respecto de los errores en la utilización del preservativo se reconoce el no uso en contacto sexual oral y la no verificación de la integridad del mismo, quedando en evidencia que la decisión de dejar de utilizarlo en ningún caso se asocia a la realización de exámenes que descarten infecciones de transmisión sexual en el participante y sus parejas sexuales, situación que puede dar luces de la importante brecha que existe en la educación sexual ofrecida en el país, ya que como se mencionó anteriormente, se habla de la importancia del uso de preservativo, pero no se especifica en el cómo utilizarlo, en qué contextos ni hasta cuando hacerlo.

En lo que respecta la autopercepción del riesgo en relación con el VIH, existen discursos contrarios, identificándose la declaración de percepción de riesgo por no uso de preservativo y por tener encuentros sexuales con múltiples parejas y, por otro lado, la no identificación de este por considerar haber tenido pocas parejas, que estas no representaban riesgo y/o por desconocimiento en torno al VIH. Ambos discursos y los motivos asociados han sido revelados por otros estudios previamente tanto en hombres homosexuales como en mujeres heterosexuales(26)(55). Al respecto, se destaca que entre los motivos por los cuales no se percibe el riesgo en relación al VIH se encuentre un discurso asociado al desconocimiento sobre el VIH así como a los mitos existentes (que es una enfermedad de grupos específicos o que se relaciona con múltiples parejas sexuales), lo que potencia la necesidad de contar con educación sexual de calidad que se cultive de forma progresiva en las diferentes etapas del desarrollo infantojuvenil, con contenidos acordes a las

diferentes edades de los educandos, logrando erradicar, en definitiva, prejuicios que se han traspasado a través del tiempo, y que continúan reflejando la cara del VIH que fue conocida en sus inicios, asociada a muerte, condenación y principalmente a grupos específicos de la población (trabajadores sexuales y homosexuales principalmente).

2. Experiencia y percepciones frente al diagnóstico y vinculación al programa VIH

En el presente estudio se logró identificar que los motivos para la realización del examen de detección de VIH se relacionaban con la iniciativa personal frente a la presencia de alguna infección de transmisión sexual, como forma de prevención ante situaciones de riesgo percibidas o por sospecha de abuso sexual. Estos resultados no se relacionan por completo con lo descrito el año 2019 en el “Sondeo sobre percepciones de conductas de riesgo, ITS y VIH”, en donde no se reconocen como razones frente a la realización del examen la presencia de una infección de transmisión sexual ni la realización por sospecha de abuso sexual(31)(26). Cabe señalar que la iniciativa de realizarse el test por la presencia de alguna infección de transmisión sexual podría ser mayor si todos los jóvenes tuvieran información respecto de las infecciones de transmisión sexual y sus síntomas, así como también garantía de acceso periódico a controles de salud sexual que favorecieran su pesquisa. Respecto a la declaración de los jóvenes que participaron en este estudio en relación con la ejecución del testeo por “prevención”, es importante señalar que esta práctica no constituye una forma de prevención si es que no se toma conciencia de aquellas conductas que se relacionan con la adquisición del VIH y no se cambian. Si a esto se le suma lo descrito en múltiples estudios respecto de la sensación a ser discriminado socialmente y la falta de información/conocimiento en relación al VIH (39)(40), se refleja la necesidad de implementar cambios estructurales y multisectoriales para lograr incrementar el testeo de VIH en la población.

Entre las experiencias relatadas respecto de la entrega del resultado positivo para VIH, destacan experiencias asociadas a la falta de información entregada, la forma inadecuada de recibir el diagnóstico y la negligencia al entregar el resultado a la madre de uno de los participantes. En relación con otros estudios, sólo se reconoce la falta de información entregada, más no la forma inadecuada de recibir el diagnóstico y la negligencia descrita anteriormente (41), situaciones que ocurren a pesar de la existencia de un marco regulatorio que determina aspectos que deben ser cumplidos a la hora de entregar el resultado del examen VIH y que ponen en riesgo la vinculación de quienes reciben este tipo de información. Lo descrito permite identificar la importancia de actualizar periódicamente conocimientos en los funcionarios de salud del sector público y privado

en torno a los procesos de atención, enfatizando en aspectos metodológicos para la notificación de resultados positivos para VIH.

El impacto personal frente al diagnóstico en el presente estudio reflejó sensación de incertidumbre, confusión, tristeza y negación, la que en uno de los casos llevó a la ideación suicida. Sobre esto, se describe en un estudio efectuado en Buenos Aires (2018) que frente al diagnóstico, se han reconocido diferentes reacciones y emociones, de las últimas destacan las de tipo depresivo-ansioso y emociones acompañadas de carga o valor moral(56). Cabe señalar que no es menor tenerlas en consideración a la hora de entregar resultados positivos, ya que la asertividad y abordaje de cada profesional debería permitir la contención y apoyo necesario para apoyar ante sentimientos de la índole de lo descrito, garantizando la presencia de figura de apoyo si es necesario, la entrega de información fidedigna si la persona es capaz de recibirla, respetando sus tiempos, otorgar espacios y cultivar un ambiente de confianza que permita establecer un vínculo terapéutico efectivo.

De acuerdo con los resultados descritos, la coordinación para la vinculación con el programa de atención de personas viviendo con VIH estuvo marcada por la brecha existente entre la atención pública y la privada, demostrándose que aquellas personas que accedieron al sector público de salud recibieron una mejor respuesta que aquellos que se hicieron el examen en el sector privado. Esto se condice con el hecho de que las directrices existentes en el país plantean un plan de vinculación exigible para la red de salud pública, detallando los lineamientos y exigencias para hacer efectivo este acto (46). En consideración con ello, cobra importancia el hecho de contar con un sistema de salud que otorgue las mismas garantías en ambos sectores, asegurando, como se mencionó anteriormente, la formación de los profesionales en pro del bienestar de las personas.

Entre las experiencias de diagnóstico y vinculación fue común encontrar relatos que detallan lo tedioso que se hace el proceso por los tiempos involucrados, lo que se condice con lo descrito en otros estudios en relación con aspectos organizacionales que conforman barreras para la vinculación con el programa (41) y que podrían ser consideradas para optimizar el proceso diagnóstico.

3. Percepciones y experiencias tras el diagnóstico de VIH

Sobre el significado de vivir con VIH, el afrontamiento al diagnóstico, cambios en la vida y vivencias de estigma/discriminación destaca la resignificación del diagnóstico en algunos casos; relatos sobre temores al estigma y perpetuidad de mitos en relación con el afrontamiento y discursos sobre el desconocimiento en torno al VIH. Además, fue posible reconocer relatos sobre cambios positivos en la vida posterior al mismo, a pesar de experiencias de estigma y discriminación relatadas por los participantes del estudio. Lo descrito se condice con diferentes estudios que indican la resignificación y aceptación de una nueva realidad, el intento de dotar de sentido el proyecto de vida, destacándose la disponibilidad de un buen nivel de información para su aceptación(57). Un afrontamiento negativo, caracterizado en el presente estudio por el temor al estigma junto con la perpetuidad de mitos descritos, podrían incrementar la ansiedad ante la muerte si se asocian a otras características del proceso de atención respecto del VIH, tales como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la presencia de virus en la sangre y el acceso tardío a tratamiento antirretroviral(58). Lo descrito, sumado a las vivencias de estigma y discriminación fortalece la necesidad de contar con políticas de salud que aseguren el acompañamiento, la entrega de información oportuna y de calidad en diferentes instancias multisectoriales que no sólo involucren a personas de la comunidad LGTBIQ+, sino que también a todos los grupos de la población, orientando el abordaje del estigma/discriminación para su erradicación en lo que respecta el VIH y la carga social que arrastra de la década del '90.

En cuanto a la adherencia y controles, el transitar un proceso de atención por una condición crónica no siempre es continuo y así se demuestra por parte de los participantes del estudio en donde todos relatan haber tenido experiencias de abandono que se condicen con resultados pesquisados en otras investigaciones, reconociéndose algunos de los factores asociados en relación a la mala adherencia, tales como la tolerancia farmacológica, tiempos involucrados en los procesos de atención, búsqueda de alternativas de tratamiento, la disponibilidad de información y factores socioculturales como el apoyo familiar, afecto, género/sexualidad, redes sociales, expectativas, estigma y discriminación(59)(60)(61).

Como se describió en los resultados, fue común declarar mantener una vida sexual activa, sin uso consistente de preservativo. En relación con esto, llama la atención que los participantes del estudio mantengan contacto sexual sin uso constante de preservativo, asumiendo dos riesgos importantes, el de adquirir una infección de transmisión sexual y el relacionado a la transmisión del VIH si es que

no existe condición de indetectabilidad (en el caso de que no consuma de forma regular su tratamiento antirretroviral). De una manera opuesta, destaca un discurso relativo a la vivencia de un bloqueo sexual que ha sido respaldada por otros estudios que demuestran una disminución del deseo sexual como expresión fisiológica frente a los sentimientos de castigo y culpa (62). En esta línea, sería interesante favorecer espacios para disminuir estos sentimientos y el estigma, más aún si se considera que la vida sexual constituye un derecho que debe ser ejercido con libertad y asociado a una toma de decisiones informada adecuadamente.

Respecto de las barreras para el autocuidado, llama la atención las declaraciones asociadas a la organización del centro de salud, el temor a perder la garantía de acceso a tratamiento y a la posibilidad de ser reconocido como persona que vive con VIH, barreras que han sido reconocidas anteriormente en otros estudios (39)(41).

Tal como se describe en un estudio desarrollado el año 2014, el desarrollo de un vínculo caracterizado por la empatía, la confianza respecto de los conocimientos entregados y las capacidades del profesional han sido centrales para promover la continuidad de los cuidados en torno al VIH (63), antecedentes que se condicen con los resultados de esta investigación, en donde se pesquisan discursos positivos en los participantes en cuanto a la relación con el centro de atención. Sin embargo, de acuerdo con lo descrito por los entrevistados, este vínculo no ha sido suficiente para generar un espacio de apoyo y orientación durante el tiempo que se vive con la enfermedad, debido a lo espaciado del contacto. Lo descrito, demuestra que a pesar de que el modelo de atención actual determine una periodicidad respecto de los controles, no ha sido capaz de generar instancias para el levantamiento de dudas o interrogantes, poniendo en riesgo la calidad y la oportunidad de la información que puedan recoger las personas viviendo con VIH para la toma de decisiones tan importantes como las relacionadas a efectos adversos asociados al tratamiento, temores o la continuidad de la atención.

LIMITACIONES

Las limitaciones del presente estudio se asocian principalmente al proceso de selección de sus participantes y el desarrollo de las entrevistas por parte de una de las integrantes del equipo de atención.

- a. En el marco metodológico se propuso una caracterización de la muestra proyectada de los participantes del estudio, sin embargo, no se logró contactar a personas que cumplieran en su totalidad con esas proyecciones.

En consideración que el presente estudio está orientado en el reconocimiento de trayectorias de personas jóvenes viviendo con VIH, se incorporó la participación de una mujer y dos personas migrante, quienes manifestaron interés de participar en el estudio. Se favoreció su participación con la finalidad de no perder la oportunidad de conocer sus experiencias, prácticas y comportamientos en torno al proceso diagnóstico de VIH. A pesar de que la muestra de estos grupos es pequeña, en los resultados se pueden reconocer relatos valiosos que permiten identificar características únicas de sus vivencias.

- b. Sólo se logró recabar perspectivas y experiencias de personas jóvenes viviendo con VIH que forman parte activa del programa en la red pública, lo que dejó de lado la posibilidad de reconocer experiencias de personas que se encuentran en situación de abandono. Sería de gran utilidad conocer experiencias, prácticas, contextos y percepciones de personas viviendo con VIH que no se encuentran vinculadas a los centros de atención dispuestos a nivel nacional.
2. Desarrollo de entrevistas por parte de integrante del equipo de atención, lo que podría haber interferido en la honestidad de los relatos expresados por los participantes, principalmente en lo que respectan los procesos de atención en el programa. Cabe señalar que no todos los participantes del estudio fueron atendidos por la investigadora, por lo que esto podría aminorar este posible sesgo.

CONCLUSIONES

A través del desarrollo del presente estudio se logran reconocer contextos, percepciones, experiencias y prácticas en torno al VIH vividas por la población entre 18 y 26 años que se atendió en el Hospital San Pablo de Coquimbo al año 2022. Sobre ellos, destaca la importancia del reconocimiento de las trayectorias vividas y factores que determinaron la adquisición del virus, el afrontamiento a la notificación diagnósticas y los cuidados adoptados, demostrándose que en la muestra estudiada hubo vulnerabilidades y riesgos previo al diagnóstico, que las experiencias y percepciones en relación al proceso de notificación diagnóstica y vinculación fue dispar en diferentes contextos y que en la continuidad de la atención y cuidados en torno al VIH interfieren múltiples factores estructurales.

El presente estudio consolida información relevante de las trayectorias emergentes en torno al VIH previo al diagnóstico y posterior a él, lo que permite reconocer hitos importantes que deben ser abordados de forma global, principalmente en la búsqueda de estrategias de prevención de la transmisión del virus, en la incorporación de mejoras en los procesos de coordinación para la vinculación y en la optimización del modelo de atención existente, de manera que se propicie de forma efectiva la disminución de los casos confirmados en población joven, una notificación diagnóstica acompañada y asertiva, asegurando posteriormente la vinculación efectiva de las personas viviendo con VIH a los diferentes centros de atención, independiente si este se encuentra inserto en el sistema público o privado.

Si bien el presente estudio sólo permite reconocer trayectorias vividas por parte de jóvenes viviendo con VIH que fueron atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo al año 2022, da luces de intervenciones que se pueden extrapolar para reenfocar el abordaje que se ha desarrollado hasta ahora en torno a la prevención del VIH y las garantías de atención, reconociéndose para cada una de ellas las siguientes recomendaciones:

1. Previo al diagnóstico
 - a. Establecer un plan de educación sexual efectivo, que asegure un estándar en los contenidos a abordar, alianzas entre el sector salud y el sector educacional, y que además, enfatice en la incorporación de información sobre diversidad sexual, desmitificación de creencias erróneas y aborde la discriminación y estigma asociado al VIH. Esto con la finalidad de contribuir en la disminución de la percepción del

estigma en relación al VIH favorezca con la gestión del riesgo a través de la entrega de herramientas que permitan vivir una vida sexual saludable en los jóvenes del país.

- b. Garantizar espacios sociales para la participación de la población joven, que permitan identificar de forma más cercana el cómo promover salud y prevenir enfermedades, así como también las necesidades de salud que requieren ser abordadas.
- c. Establecer espacios de acercamiento para la población joven por parte del sector salud, favoreciendo su reconocimiento y cercanía.
- d. Incorporar apertura de las campañas de prevención contra el VIH hacia toda la población, anulando el concepto de “poblaciones de riesgo” para evitar desinformación, porque finalmente todas las personas que mantienen una vida sexual activa podrían estar en riesgo de contraer el VIH.
- e. Respecto al acceso al examen de detección de VIH, se requiere mayor difusión de los lugares disponibles para acceder a él, asegurando que las personas que acudan a solicitarlo cuenten con toda la información que establece el marco normativo vigente.

2. Notificación diagnóstica y vinculación

- a. Capacitar y actualizar conocimientos en los integrantes de los equipos que ofrezcan el examen de detección para el VIH, otorgándoles pautas que reflejen la información a entregar, el cómo abordar diferentes escenarios diagnósticos y el cómo vincular a las personas diagnosticadas de forma efectiva. Esto, sin distinciones entre el sector privado y público de salud.
- b. Favorecer la inclusión de por lo menos una figura de apoyo en el proceso diagnóstico, si así la persona lo manifiesta.
- c. Disminuir los tiempos de espera asociados al proceso diagnóstico, esto podría lograrse descentralizando la confirmación diagnóstica u optimizando los procesos asociados.

3. Posterior al diagnóstico

- a. Promover en los equipos de atención de personas viviendo con VIH que mantengan un acceso expedito, optimicen los tiempos de atención y aseguren el buen trato,

acompañamiento y acogida necesarios para la atención de este grupo de la población.

- b. Desarrollar cápsulas informativas, de fácil acceso, que contenga respuestas a las dudas que surgen en las personas viviendo con VIH, desde la sospecha diagnóstica, cuidados, riesgos y otros. Esto se podría complementar con la identificación de las necesidades en salud que las personas involucradas puedan levantar en espacios de encuentro, encuestas u otros.
- c. Desarrollar un sistema informático que permita consolidar información relevante de los procesos de atención de salud de las personas viviendo con VIH, de manera de mejorar la atención ofrecida en los centros de salud del nivel secundario.
- d. Extender horarios de atención, de manera de favorecer el acceso a las prestaciones ofrecidas del programa.
- e. Facilitar mecanismos de comunicación expeditos y efectivos

ANEXO 1: PAUTA DE ENTREVISTA

CONTEXTO		TEMAS
Introducción		Explicación sobre el proceso de entrevista
CUERPO DE LA ENTREVISTA	Previo al diagnóstico: Vulnerabilidades y riesgos	<p>Antecedentes socioeconómicos: De quien depende económicamente Hacinamiento Trabajo/Ocupación</p> <p>Soporte social: Constitución del núcleo familiar Relación con los integrantes Con quien vivía Caracterización del apoyo percibido Violencia intrafamiliar/abuso</p> <p>Aspectos educativos: Nivel de estudios alcanzado Percepción de vida escolar (Violencia o bullying percibido) Facilitadores y barreras identificados Conocimientos entregados sobre educación sexual Nivel de conocimiento percibido</p> <p>Interacción social: Relación con los pares Percepción de relaciones de pareja Uso de redes sociales para establecer encuentros sexuales Cómo vive la interacción social en pandemia Trayectorias afectivas</p> <p>Incursión sexual: Edad de inicio de la actividad sexual Diferencia etaria con la primera pareja sexual Identidad de género Orientación sexual Uso de preservativos en diferentes contextos Uso de alcohol y drogas Presencia de ITS Escenarios de violencia percibidos</p> <p>Uso de dispositivos de salud Frecuencia de consultas Lugares o centros frecuentados Acceso por iniciativa o por obligación Distancia del centro más cercano de atención Motivos de consulta que recuerde</p> <p>Percepción de riesgo para la adquisición de VIH Estigma y prejuicios en torno al VIH</p>
	Al momento del diagnóstico	<p>Edad en la que recibió el diagnóstico Acceso al examen Conocimientos previos en torno al VIH Motivo por el que se realizó el examen Cómo accedió al examen Cercanía con el centro de salud</p> <p>Aspectos individuales identificados Caracterización de su perfil en el período Aspectos que considera que lo ayudaron y dificultaron la recepción del diagnóstico Sentimientos y reacción frente a la notificación diagnóstica</p>

	<p>Identificación de red de apoyo Percepción de su estado de salud Motivaciones para vincularse a un centro de atención Miedos Aspectos relacionados a quien entregó el diagnóstico Identificación de una relación terapéutica Recepción, apoyo e información durante el proceso de espera del resultado Se dio el tiempo para acoger, contener e informar sobre lo continuaba Aspectos que considera que lo ayudaron o dificultaron la recepción del diagnóstico Aspectos relacionados a la coordinación para la vinculación Percepción del tiempo entre la notificación y la vinculación con el programa. Trayectoria de la derivación Sentir y experiencia respecto de esa vinculación Aspectos que considera que lo ayudaron o dificultaron la recepción del diagnóstico Aspectos relacionados a la vinculación con el centro de atención Cómo fue recibido Acogida por parte del o la profesional que lo atendió Descripción de la relación terapéutica Aspectos que considera que lo ayudaron o dificultaron la recepción del diagnóstico</p>
<p>Vivir con el virus</p>	<p>Significado de vivir con el virus Cambios en la vida asociados al diagnóstico Motivadores para el cuidado Red de apoyo, revelación diagnóstica, proyectos futuros, percepciones Barreras para la continuidad de cuidados (lejanía del centro de atención, agotamiento, desesperanza, redes de apoyo, sentido) Vida sexual Experiencias sobre revelación diagnóstica a pareja Uso de preservativos en contacto sexual Pareja o parejas sexuales Transmisión de ITS u otra comorbilidad Consumo de alcohol y drogas Ocasiones en las que consume, qué consume, por qué se consume Uso de redes sociales y plataformas informáticas para consensuar sexo casual Qué redes sociales, motivadores para su utilización, con qué frecuencia se utilizan Estigma y discriminación Relato de situaciones Adherencia Controles Tratamiento Conocimientos Fuente principal de información Vínculo terapéutico con funcionarios del programa Dificultades y barreras pesquisadas Percepción de su estado de salud Significado de vivir con VIH</p>
<p>Agradecimientos y cierre</p>	



ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION

Enlace:

https://drive.google.com/file/d/1Sw1yOA_fZxLGxz52T_C443x29ZyZl2u9/view?usp=sharing



“Características, contextos, percepciones y experiencias en torno al VIH y su tratamiento en población joven atendida en el Programa de VIH del Hospital San Pablo de Coquimbo.”

Nombre: _____

Invitación a participar: Este documento tiene como finalidad incluirlo en la participación de un estudio de investigación patrocinado por la Universidad de Chile, institución acreditada por el estado. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Objetivo de la investigación: La información que será recabada, será utilizada para el desarrollo de la investigación, la cual pretende conocer los contextos, percepciones, experiencias y prácticas en torno al VIH, previo y posterior al diagnóstico, vividas por la población entre 18 y 26 años atendida en el centro de atención de PVVIH del Hospital San Pablo de Coquimbo a diciembre del año 2022, lo que se pretende lograr a través de entrevista individual realizadas por quien suscribe.

Procedimiento del estudio: En caso de aceptar participar en el estudio debe acceder a una o más entrevistas con la investigadora principal. La entrevista tiene como finalidad conocer sus vivencias y experiencias en relación al diagnóstico de VIH antes, durante y posterior de su confirmación. El tiempo del desarrollo de la entrevista puede ser variable, pero se espera una duración de 90 minutos aproximadamente.

Riesgos: Los riesgos asociados a la participación en el estudio son mínimos. Se ha realizado todo lo concerniente para la protección de la información levantada y la información que nos entregue no será conocida por ninguna persona que no se relacione directamente con la investigación. Es decir, nunca será entregada a sus padres, instituciones de salud, instituciones educativas, servicios sociales, municipio, entre otras.

Costos: La aplicación del cuestionario no tiene ningún costo para usted.

Beneficios: Si bien este estudio no le reportará beneficios directos, aportará a mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de jóvenes que viven con VIH.

Si durante la entrevista o posterior a ella usted se siente afectado o afectada emocionalmente, se le contendrá y posteriormente se le consultará si desea continuar la entrevista. En caso que usted no desee seguir participando en el estudio se comprenderá su decisión y se le entregará información respecto de los procesos de activación de atenciones por salud mental si lo requiere (en nivel primario y secundario de atención).

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Para ello los audios de la entrevista, así como las transcripciones de estas serán guardados bajo llave en dependencias de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y eliminados a los 6 meses de terminado el proyecto. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Usos potenciales de los resultados de la investigación: Una vez finalizado el proyecto, los resultados del estudio serán presentados a los participantes y organizaciones de jóvenes a través de un seminario de difusión. Los resultados también serán difundidos a través de publicaciones científicas. En todas esas instancias, nunca se entregarán datos que permitan identificar a los participantes.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al entrevistador. Si usted no desea participar o desea retirarse del estudio, no tendrá ningún tipo de sanción en ninguna circunstancia incluida la atención en el hospital. De igual manera, el investigador podrá determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio o bien conocer los resultados puede comunicarse con quien suscribe, cuyos datos de contacto los puede encontrar al final del documento.

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión: Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Características, contextos, percepciones y experiencias en torno al VIH y su tratamiento en población joven atendida en el Programa de VIH del Hospital San Pablo de Coquimbo”.

_____	_____	_____
Nombre del Participante	Firma	Fecha

Rut.

_____	_____	_____
Nombre del entrevistador	Firma	Fecha

Rut.

_____	_____	_____
Nombre del investigador	Firma	Fecha

Rut.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

- Números telefónicos: +56973413611
- Correo electrónico: l.valenzuelacuello@gmail.com

ANEXO 3: FOLLETO DE INVITACIÓN A PARTICIPANTES – ENCUESTA DE ANTECEDENTES DE CONTACTO

INVITACIÓN A PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



¿Qué busca el estudio?

Conocer, a través de **entrevistas confidenciales**, los contextos, percepciones, experiencias y prácticas en torno al VIH, previo y posterior al diagnóstico, vividas por la población entre 18 y 24 años atendida en el centro de atención de PVVIH del Hospital San Pablo de Coquimbo a Diciembre del año 2020.

¿Quién realizaría las entrevistas?

Las entrevistas serán realizadas por Lilian Valenzuela Cuello, investigadora principal del proyecto de estudio.

¿QUIÉNES PUEDEN PARTICIPAR?

- Personas viviendo con VIH (PVVIH) que a Diciembre del año 2020 hayan tenido entre 18 y 24 años y se atiendan en el Hospital San Pablo de Coquimbo.
- PVVIH que deseen contar sus experiencias previas al diagnóstico y posterior a él

EL ESTUDIO:



NO INVOLUCRA COSTO MONETARIO PARA TI



REQUERIRÁ DE UNA O MÁS ENTREVISTAS QUE PUEDEN PROGRAMARSE



CONSIDERA CONFIDENCIALIDAD EN TODO EL PROCESO Y ESTÁ A CARGO DE ENFERMERA LILIAN VALENZUELA CUELLO



ESTÁ PATROCINADO POR LA UNIVERSIDAD DE CHILE Y AUTORIZADO POR EL DIRECTOR DEL HOSPITAL

SI TE INTERESA PARTICIPAR, POR FAVOR ESCANEA EL QR O INGRESA AL SIGUIENTE LINK:

SCAN ME

HTTPS://FORMS.GLE/FLJIJZ8HEJFZRCG7

Y SI TIENES ALGUNA DUDA, POR FAVOR CONTACTA A LILIAN VALENZUELA CUELLO, CORREO: L.VALENZUELACUELLO@GMAIL.COM

Invitación a participar en proyecto de investigación

Características, contextos, percepciones y experiencias en torno al VIH y su tratamiento en población joven vinculada al centro de atención de personas viviendo con VIH del Hospital San Pablo de Coquimbo durante el período 2014-2020.

Si te interesa participar en el proyecto por favor déjame tus datos de contacto con la finalidad de establecer comunicación contigo y de esta forma contarte más detalles del proyecto y del proceso.

 l.valenzuelacuello@gmail.com (no compartidos) 

[Cambiar de cuenta](#)

*Obligatorio

Correo electrónico *

Tu respuesta

¿Con qué nombre deseas que te contacte? *

Tu respuesta

Edad a Diciembre del año 2020 *

Tu respuesta

N° telefónico *

Tu respuesta

Muchas gracias por tu interés!
Serás contactad@ próximamente!

Enviar

[Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

ANEXO 4: Acta de aprobación de proyecto CEISH Universidad de Chile

UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 3.1 corregida 17.11.2020)

Con fecha 21 de Diciembre de 2021, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dr. Manuel Oyarzún G., Médico Neumólogo, Profesor Titular, Presidente
 Dra. Lucia Cifuentes O., Médico Genetista, Profesor Titular, Vicepresidente Subrogante
 Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad
 Dra. Grisel Orellana V., Médico Neuropsiquiatra, Profesor Asociado
 Prof. Julieta González B., Bióloga Celular, Profesor Asociado
 Dra. María Angela Delucchi B., Médico Pediatra Nefrólogo, Profesor Titular
 Dr. Miguel O’Ryan G., Médico Infectólogo, Profesor Titular
 Dra. María Luz Bascañán R., Psicóloga PhD, Profesor Asociado
 Sra. Karima Yarmuch G., Abogada, Dirección Jurídica, Facultad de Medicina
 Sra. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva
 Prof. Verónica Aliaga C., Kinesióloga, Magíster en Bioética, Profesor Asociado
 Dr. Dante Cáceres L., Médico Veterinario, Doctor en Salud Pública, Profesor Asociado

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: “**CARACTERÍSTICAS, CONTEXTO, PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS EN TORNO AL VIH Y SU TRATAMIENTO EN POBLACIÓN JOVEN VINCULADA AL CENTRO DE ATENCIÓN DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH DEL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO DURANTE EL PERIODO 2014-2020**”. Cuyo investigador responsable es la Sra. Lilian Valenzuela, quien es estudiante de postgrado de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Chile.

El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública
- Curriculum Vitae de los investigadores
- Consentimiento Informado Grupo focal con expertos
- Consentimiento Informado Para la investigación
- Carta de autorización del Establecimiento
- Carta Compromiso del investigador

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

21 DIC 2021





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

- a) Carácter de la población a estudiar: El es tema es sensible, sobre todo en aspectos de confidencialidad, pero se aborda de manera adecuada.
- b) Utilidad del proyecto: La pandemia de VIH sigue siendo un problema socio-sanitario importante en el mundo, específicamente en Chile en donde los nuevos diagnósticos han aumentado muchísimo en los últimos años, más de un 100% liderando las cifras a nivel Latinoamericano. En la población joven es un tema relevante pues la mayoría de los nuevos diagnósticos son en población menor de 35 años, con lo cual es muy importante tener este tipo de información para la adecuación de las políticas públicas asociada.
- c) Riesgos y beneficios: El beneficio es mayor al riesgo.
- d) Protección de los participantes (asegurada por el Consentimiento Informado): Adecuada.
- e) Procedimiento ante consecuencias nocivas e identificación de problemas en los participantes: Contemplado.
- f) Ofrecimiento de acceso a resultados: Si.
- g) Requiere seguimiento o visita en terreno: Si X No Tiempo estimado: 6 meses
 Dada la flexibilidad metodológica se requiere informar en caso de cambios
 Nº de visitas: 1

Por lo tanto, el comité estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó los correspondientes documentos de Consentimiento Informado en su versión modificada recibida el 09 de diciembre de 2021, que se adjunta firmado, fechado y timbrado por este CEISH.

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S Nº 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley Nº 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá ser evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación conforme del

21|DIC|2021





**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **02 años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

Lugar de realización del estudio:

- Hospital San Pablo de Coquimbo.

**JAVIERA DE LOS
ANDES COBO RIVEROS**

**Nta. Javiera Cobo Riveros
Secretaria Ejecutiva CEISH**

Santiago, 21 de diciembre 2021

Proyecto: Nº 181-2021
Archivo acta: Nº 155

21|DIC|2021



ANEXO 5: Resolución de aprobación CEC Servicio de Salud de Coquimbo



RESOLUCIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

A: E.U. Lilian Valenzuela Cuello
INVESTIGADOR PRINCIPAL

En relación al Protocolo de Investigación: **"Características, contextos, percepciones y experiencia en torno al VIH y su tratamiento en población joven vinculada al Centro de Atención de Personas Viviendo con VIH del Hospital San Pablo de Coquimbo durante el periodo 2014-2020"**.

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Coquimbo, con fecha 04 de Marzo lo revisó y analizó, aprobándolo en forma definitiva, además considera que es metodológicamente adecuado, guarda confidencialidad, valor social y científico.

Es necesario mencionar, que aún cuando este trabajo no tiene reparos éticos, su aprobación definitiva, queda en manos del Director del establecimiento, acorde a la legislación vigente.

Saluda atentamente a Ud.



[Firma]
MARICELA CERDA-TAPIA
PRESIDENTA CEC
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

La Serena, 07 de Marzo de 2022

DISTRIBUCIÓN:

- E.U. Lilian Valenzuela Cuello
- CEC

Comité Ético Científico
Servicio de Salud Coquimbo

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

Con fecha 04 de Marzo de 2022, el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Coquimbo, integrado por los siguientes miembros:

- ✓ Maricella Cerda Tapia, RUN 7.559.189-6, Químico Farmacéutico de la Dirección del Servicio de Salud Coquimbo, Presidenta del Comité.
- ✓ Rodrigo Lara Holtkamp, RUN 7.136.111-K, Médico Internista del Hospital San Pablo de Coquimbo, Vicepresidente del Comité.
- ✓ M. Carolina Parada Romero, RUN 10.897.140-1, Abogada del Hospital San Juan de Dios de La Serena.
- ✓ Sebastián Prieto Gajardo, RUN 13.451.859-6, Médico Psiquiatra de la Dirección del Servicio de Salud Coquimbo.
- ✓ José Luis Pardo, RUN 14.602.221-9, Representante de la Comunidad.

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: **"Características, contextos, percepciones y experiencia en torno al VIH y su tratamiento en población joven vinculada al Centro de Atención de Personas Viviendo con VIH del Hospital San Pablo de Coquimbo durante el período 2014-2020"**. Cuya investigadora responsable es la E.U. Lilian Valenzuela Cuello, quién se desempeña en el Hospital San Pablo de Coquimbo.

El Comité revisó los siguientes documentos del Estudio:

- ✓ Proyecto de Investigación
- ✓ Currículum de los Investigadores
- ✓ Consentimientos Informados
- ✓ Autorización del Director del Hospital San Pablo de Coquimbo
- ✓ Carta Compromiso de la Investigadora

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo anterior, han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996, Declaración Universal de Derechos Humanos y Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos-UNESCO

ANEXO 6: Aprobación de Investigación en Seres Humanos, Hospital San Pablo de Coquimbo.



APROBACION DE INVESTIGACION EN SERES HUMANOS

Toda investigación científica que implique la participación de pacientes y/o que se requiera acceso a datos sensibles del Hospital San Pablo de Coquimbo, deberá dar cumplimiento a lo siguiente:

- Enmarcarse de acuerdo a lo establecido la Ley 20.120 que tiene por finalidad la protección de la vida de los seres humanos en relación con la investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas,
- Respetar lo señalado en la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Según el artículo N°10 de la Ley 20.120 toda investigación científica deberá contar con la autorización del Director del Establecimiento, previa aprobación de un Comité Ético Científico acreditado, que corresponda, según reglamento;

En base a lo anterior, Yo D. Germán López Álvarez, Director del Hospital San Pablo de Coquimbo, mediante las facultades que me otorga la Legislación vigente, me permito señalar que la realización de la investigación, la que se fundamentará según las autorizaciones exigidas por la presente Ley. La investigación tiene por título:

“Características, contextos, percepciones y experiencias en torno al VIH y su tratamiento en población joven vinculada al centro de atención de personas viviendo con VIH del Hospital San Pablo de Coquimbo durante el periodo 2014-2020”

Es rechazada:

Es aceptada:

[Handwritten signature in blue ink]

Firma Director

Coquimbo, 08 de marzo 2022.



GLA/MLM/ffr

MEMO: N° 02

ANT.:

MAT.: Respuesta a Estudio solicitado.



COQUIMBO, 08 de marzo 2022

**DE: SR. GERMÁN LÓPEZ A.
DIRECTOR HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO**

**A: EU LILIAN VALENZUELA CUELLO
INVESTIGADOR PRINCIPAL
HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO**

Junto con saludar, en respuesta a solicitud para realizar estudio de Investigación, me permito adjuntar formulario con la respectiva autorización del estudio:

"Características, contextos, percepciones y experiencias en torno al VIH y su tratamiento en población joven vinculada al centro de atención de personas viviendo con VIH del Hospital San Pablo de Coquimbo durante el periodo 2014-2020"

Para llevar a cabo el siguiente estudio deberá dar cumplimiento a lo siguiente:

- Coordinar con la Unidad respectiva los detalles de entrega de folleto de invitación de participación, aplicación de entrevistas, fecha, lugares de aplicación y otras situaciones que requiera dicho estudio.
- Una vez finalizada la investigación, deberá presentar y entregar los resultados obtenidos al Hospital. No obstante, la Dirección podrá solicitar en cualquier momento, la presentación de los avances y evidencia científica en ferias científicas organizadas por la Institución.

- Por último, será responsabilidad del investigador adoptar las medidas necesarias para asegurar que la información sea utilizada exclusivamente para los fines requeridos.

Sin otro particular, le saluda atentamente



SR. GERMÁN LÓPEZ ÁLVAREZ
DIRECTOR
HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO

08.03.2022

Distribución:

- EU Lilian Valenzuela Cuello, Investigadora principal, Enfermera encargada (s)CAE. HSP
- Dr. Christian Vargas A., Subdirector de Gestión Clínica atención ambulatoria
- EU Paulina Toro R., Enfermera Jefa CAE
- Unidad Asesoría Jurídica
- Secretaría Dirección
- Secretaría Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
- Oficina de Gestión documental



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gestor bibliográfico utilizado: Mendeley.

1. Organización Mundial de La Salud. “VIH/SIDA” [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. SIDA Chile. ONUSIDA publica Reporte 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.sidachile.cl/onusida-publica-reporte-2019-confirmando-que-chile-lidera-el-aumento-de-la-transmision-del-vih-en-latinoamerica-pero-atenua-la-estimacion-del-incremento/>
3. Instituto de Salud Pública. Ministerio de Salud. Resultados confirmación de Infección por VIH. Chile, 2010 - 2018 [Internet]. Vol. 9, Boletín de Vigilancia de Laboratorio. 2019. Disponible en: https://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-final_2019.pdf
4. Goldstein E. Estimaciones de la prevalencia y evolución del VIH SIDA en Chile [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Departamentos de Estudios, Extensión y Publicaciones. 2018. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD57239.pdf>
5. ONUSIDA. Las nuevas infecciones por el VIH están creciendo en Latinoamérica, donde los grupos de población clave son los más afectados [Internet]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2019/october/20191014_latin-america
6. Villanueva-Pabon LP, Alfaro-Fierro VF, Lagunas-Pizarro MA, Horna-Campos OJ. Caracterización epidemiológica de los nuevos diagnósticos de infección por virus de inmunodeficiencia humana en Chile período 2010-2019. Rev Chil infectología [Internet]. 2022;39(4):405–12. Disponible en: <https://www.revinf.cl/index.php/revinf/article/view/1295/781>
7. INFORME ANUAL INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). CHILE, 2018. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/Informe_Anual_Situacion_Epidemiologica_del_VIH_en_Chile_2018_Rev.pdf
8. Goldstein E. Evolución de VIH/SIDA en Chile y países seleccionados de América Latina Autor [Internet]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Especificación-de-la-información->
9. Cáceres K, Pino R. Estimaciones poblacionales sobre VIH en Chile 2017 SPECTRUM, ONUSIDA. Rev Chil infectología [Internet]. 2018;35(6):642–8. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Estimaciones_VIH_Spectrum2017final_publicado.pdf
10. ONUSIDA; MINSAL. INFORME NACIONAL DE PROGRESO SOBRE SIDA EN CHILE [Internet]. 2014. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/Informe-Chile-UNGASS-2014.pdf
11. Mesquita Ayres J de C, Franca Junior I, Junqueira Calazans G, Saletti Filho H. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas en salud: nuevas perspectivas y desafíos. En: Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires; 2008. p. 135–61.

12. Rodríguez Vignoli J V. Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población.
13. Ministerio de protección social de Colombia. Guía de prevención VIH/SIDA [Internet]. 1386. 283 p. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guía de prevención VIH Sida JOVENES en contextos de vulnerabilidad.pdf>
14. AVERT. Jóvenes, VIH y SIDA [Internet]. Disponible en: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/young-people>
15. Comisión Nacional del SIDA, MINSAL. Resumen de las campañas de prevención del VIH/SIDA [Internet]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/853849dda84deb30e04001011e015919.pdf>
16. Farago D, Triantafilo J, Martí M, Perry N, Quiñones P, Silvestre C Di. VIH/SIDA: definición, significados y vivencias. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2018;22(1):21–30. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/51017>
17. DIPRECE/MINSAL. Información para Equipos de Salud VIH, SIDA e ITS - #CuidémonosEntreTodos [Internet]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programa-vih-sida-e-its/informacion-al-profesional-vih-sida-e-its/>
18. Superintendencia de Salud. Problema de salud 18: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-592.html>
19. Katzman R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. Borrador para discusión [Internet]. 5 Taller Regional, La medición de la pobreza, métodos y aplicaciones. 2000. p. 275–301. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/31545>
20. Artículo De Revisión BB, Velásquez Vélez S, Bedoya Serna B. Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA The youth: a vulnerable population for HIV/AIDS.
21. Educación sexual Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/>
22. Palma I, Abarca H, Moreno C. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN “ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN JOVENES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: HACIA UNA NUEVA SÍNTESIS DE CARIBE: HACIA UNA NUEVA SÍNTESIS DE [Internet]. Disponible en: http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Estrategias_de_Prevenccion_en_Salud_Sexual_y_Reproductiva_en_Jovenes_en.pdf
23. Teresa M, Cavazos R, César P, Martínez C. EL VIH/SIDA Y LA ADOLESCENCIA [Internet]. Vol. 4, Revista Salud Pública y Nutrición. 2003. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
24. Calatrava M, López-Del Burgo C, De Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. Med Clin (Barc) [Internet]. 2012;138(12):534–40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-factores-riesgo-relacionados-con-salud-S0025775311008621>

25. Trejo-Franco J, Flores-Padilla Luis L, Villaseñor-Farías M. Percepción de riesgo de contraer SIDA en adolescentes de Guadalajara Jalisco [Internet]. Vol. 18, Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2010. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29733>
26. INJUV & DESUC. Sondeo N° 5 : Percepciones de conductas de riesgo , ITS y VIH. Jóvenes entre 19 y 29 años. 2019; Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Resultados_Sondeo_05_Percepciones_de_conductas_de_riesgo_ITS_y_VIH.pdf
27. Saura S, Jorquera V, Rodríguez D, Mascort C, Castellà I, García J. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. Aten Primaria [Internet]. 2019;51(2):61–70. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepcion-del-riesgo-infecciones-transmision-S0212656717300343>
28. INJUV. 9° ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.injuv.gob.cl/9encuesta>
29. Blanco-Cedres L, Pérez Rancel M, Osuna Z. VIH/SIDA: conocimientos y conducta sexual. Gac Med Caracas [Internet]. 2005; Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0367-47622005000300007&script=sci_arttext&tlng=pt
30. Pernaz-Linsuy G, Cárcamo-Cavagnaro C. Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000400006&script=sci_arttext&tlng=en
31. Instituto Nacional de la Juventud. Sondeo N°5: Percepciones de conductas de riesgo, ITS y VIH. Jóvenes entre 18 y 29 años [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/resultados_sondeo_05_percepciones_de_conductas_de_riesgo_its_y_vih.pdf
32. Rossi D, Goltzman P, Touzé G, Ralón G. Uso de drogas y VIH. [Internet]. 2012. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000218cnt-2013-08_drogas-vih.pdf
33. Albury K, Burgess J, Light B, Race K, Wilken R. Data cultures of mobile dating and hook-up apps: Emerging issues for critical social science research. Big Data Soc [Internet]. 2017;4(2). Disponible en: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access->
34. BULL SS, McFARLANE M. Soliciting Sex on the Internet: What Are the Risks for Sexually Transmitted Diseases and HIV? Sex Transm Dis [Internet]. 2000;27(9). Disponible en: https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2000/10000/Soliciting_Sex_on_the_Internet_What_Are_the_Risks.8.aspx
35. Aires U de B. Cuadernos de Antropología Social [Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180913909005>
36. Daniela Alejandra Guzmán Reyes L, Dámaris Elizabeth Opazo Vega P. “Vivir con VIH desde la adolescencia. Significados y experiencias personales” [Internet]. 2013. Disponible en: http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/326/1/Guzmán_Reyes_Daniela_A..pdf

37. Grimberg M. Vih-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con Vih. Cuadernos [Internet]. 2002;82:43–59. Disponible en: <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/07/n82a394.pdf>
38. Naik R, Zembe W, Adigun F, Jackson E. What Influences Linkage to Care After Home-Based HIV Counseling and Testing? AIDS Behav [Internet]. 2018;22(3):722–32. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5847222/pdf/10461_2017_Article_1830.pdf
39. Paola Carrasco, Alejandra X. araya, Paula Vega, María Teresa Urrutia, Miriam rubio, Claudio Trujillo MJL. Percepción de la vivencia del acceso oportuno al diagnóstico del VIH, en personas viviendo con VIH/SIDA. Acceso oportuno al test de VIH. 2016;1391–9. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n11/art04.pdf>
40. Rachlis B, Naanyu V, Wachira J, Genberg B, Koech B, Kamene R, et al. Identifying common barriers and facilitators to linkage and retention in chronic disease care in western Kenya. BMC Public Health [Internet]. 2016;1–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3462-6>
41. Araya AX, Bravo P, Carrasco P, Urrutia MT, Vega P, Rubio M, et al. Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura. 2013;30(6):638–43. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v30n6/art11.pdf>
42. Paz M, Urra V, Guía P, Andrés M, Peñaloza R. Significados sobre VIH en hombres seronegativos que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y la relación con su vida sexual [Internet]. 2019. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/5350/TPSICO819.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Lampert Grassi MP. Programas de VIH/SIDA: 2010-2018. [Internet]. 2019. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27412/1/BCN__2010_2018_programas_prevencion_tratamiento_VIHSIDA_final.pdf
44. Ministerio de Salud de Chile. Circular N°20: Derivación de muestra al Instituto de Salud Pública. Procedimiento de resultados registra muestra anterior (RMA) de ISP [Internet]. 2014. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programa-vih-sida-e-its/informacion-al-profesional-vih-sida-e-its/>
45. Hurtado A, Ortiz E, Berrios G, Hernández H, Torres M, Meta N. Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/96d9b6e8bc661b9ae04001011e010150.pdf>
46. Subsecretaría de Salud Pública/Subsecretaría de Redes Asistenciales. Directrices para la vinculación e ingreso oportuno de personas VIH (+) al programa de atención en establecimientos de la Red Asistencial Pública del país. 2017;1–11. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.12_DIRECTRICES-VIH.pdf
47. Comisión Nacional del SIDA. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH / SIDA [Internet]. 2005 p. 1–64. Disponible en: http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/SIDA_CL_6141.PDF

48. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA [Internet]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCVIH.pdf>
49. Ministerio de Salud de Chile. Protocolo De Rescate De Personas Viviendo Con Vih Que Abandonan Controles Médicos Y / O Tratamiento [Internet]. 2019. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/06/Protocolo-Rescate-PPVIH_2019.pdf
50. Andréu Abela J. Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada [Internet]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
51. ESPEJO JC. Discriminación por orientación sexual en el sistema escolar chileno: 2009 – 2016. Vol. 13, Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação. 2018. 1471–1502 p.
52. Arrom Suhurt CH, Arce Ramírez AC, Arrom Suhurt CM, Fresco Arrom M del P, Samudio M, Capurro M, et al. Violencia intrafamiliar en pacientes en edad pediátrica que recibe atención psicológica. frecuencia, factores predisponentes y consecuencias TT - Domestic violence in a pediatric population receiving psychological care. frequency, predisposing factors an. Mem Inst Invest Cienc Salud [Internet]. 2015;13(3):24–30. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v13n3/v13n3a15.pdf>
53. Solís Zúniga F. Proceso de aceptación que experimentan padres y madres de hijos homosexuales ante el conocimiento de la orientación sexual. Rev Científica FAREM-Estelí [Internet]. 2016;(12):28–41. Disponible en: <https://revistasnicaragua.cnu.edu.ni/index.php/RCientifica/article/view/1698/1642>
54. González A E, Troncoso E P, Molina G T, Martínez N V. Antecedente de agresión sexual y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes consultantes en un centro de atención en salud sexual y reproductiva. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(1):31–9.
55. Fagbamigbe AF, Lawal AM, Idemudia ES. Modelling self-assessed vulnerability to HIV and its associated factors in a HIV-burdened country. Sahara J. 2017;14(1):140–52.
56. Radusky PD, Mikulic IM. Impacto emocional del diagnóstico de VIH en personas residentes de Buenos Aires. Anu Investig [Internet]. 2018;25:107–25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253013>
57. Cardona-Arias JA. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. Rev Salud Publica. 2010;12(5):765–76.
58. Melina Miaja Ávila y José Moral de la Rubia. Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general. Rev Mex Investig en Psicol [Internet]. 2014;6(1):26–42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71094>
59. Prado Matamoros AM, Mazacón Mora MC, Estrada Concha TI. Factores favorecedores de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los autocuidados y hábitos de alimentación saludables de las personas con VIH/SIDA. Universidad, Cienc y Tecnol [Internet]. 2019;20(2):150–6. Disponible en: <https://www.uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/233/349>
60. Stuardo Ávila V, Manriquez Urbina JM, Fajreldin Chuaqui V, Belmar Prieto J, Valenzuela

Santibáñez V. Model of socio-cultural dimensions involved in adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in public health care centers in Chile. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2016;28(11):1441–7.

61. Belmar J, Stuardo V. Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural Antiretroviral treatment adherence for HIV/AIDS in women: a sociocultural perspective. *Rev Chil Infectología*. 2017;34(4):352–8.
62. Cardona-Duque DV, Medina-Pérez ÓA, Castaño SMH, Gómez PAO. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Rev Habanera Ciencias Medicas*. 2016;15(6):941–54.
63. Arístegui I, Dorigo A, Bofill L, Bordatto A, Lucas M, Cabanillas GF, et al. Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud. *Actual en SIDA e Infectol* [Internet]. 2014;22(86):71–80. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26878024><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4751985>