

CONOCIMIENTO EN VIH EN LAS MUJERES TRANSGÉNERO DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN.

VIVIAN GISSELA DÍAZ CUERO.
SILVIA ANDREA DUQUE GÓMEZ.
MARIANA TORRES LÓPEZ.

UNIVERSIDAD CES.
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
MEDELLÍN.

2022

CONOCIMIENTOS EN VIH DE LAS MUJERES TRANS-GÉNERO DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN.

VIVIAN GISSELA DÍAZ CUERO.
SILVIA ANDREA DUQUE GÓMEZ.
MARIANA TORRES LÓPEZ.

ASESORA

SARA MILENA RAMOS JARABA

Administradora en salud, magister en salud colectiva.

UNIVERSIDAD CES.
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
MEDELLÍN.

2022

CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Justificación.....	10
1.3 Pregunta	11
2. OBJETIVO GENERAL.....	12
2.1 Objetivos específicos	12
3. MARCO TEÓRICO	13
3.1 Marco disciplinar	13
3.1.1 Característica y experiencias individuales	13
3.1.2 Cogniciones y afecto específicos de la conducta	13
3.1.3 Resultado conductual	14
3.2 Marco conceptual	15
3.3 Marco referencial.....	25
3.4 Marco legal	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
4.1 Enfoque metodológico.....	30
4.2 Tipo de estudio.....	30
4.3 Población.....	30
4.3.1 Población de referencia.....	30
4.3.2 Población de estudio.....	30
4.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	30
4.4 Fuente de Información	31
4.5 Variables	31
4.6 Recolección de datos.....	39
4.7 Sesgos y control de sesgos	39
4.8 Procesamiento de la información	40

4.9	Tratamiento de datos.....	40
4.10	Análisis	41
4.11	Plan de divulgación de los resultados.....	41
5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
6.	RESULTADOS.....	43
6.1	Características socio demográficas, económicas y de salud de las mujeres transgénero de la ciudad de Medellín.	43
6.2	Conocimientos que tienen las mujeres trans de Medellín sobre la infección del VIH -SIDA.....	46
6.3	Prácticas de riesgo y de autocuidado sobre el VIH.	48
6.4	Análisis Bivariado	52
7.	DISCUSIÓN	55
8.	RECOMENDACIONES.....	59
9.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	60

TABLA DE ILUSTRACIONES

Figura 1.Árbol del problema	10
Figura 2.Modelo de promoción de la salud de Nola Pender(9)	15
Figura 3.Diferencias entre sexo y género.....	22
Figura 4.Descripción y clasificación de variables.....	¡Error! Marcador no definido.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- es considerado un importante problema de salud pública a nivel mundial, más de 39 millones de personas han muerto y se estima que 36 millones viven actualmente con el VIH. Se calcula que en América Latina en el año 2017 ocurrieron alrededor de 35.000 muertes y 100.000 nuevas infecciones (1). La población en general puede estar en riesgo de contraer el virus, pero hay una población que se considera clave pues tienen un riesgo de infección para el VIH entre 10 y 50 veces mayor que otros adultos y también tienen menos posibilidades de acceder a adecuados servicios de atención para el VIH por diferentes factores (1). El 65% de las nuevas infecciones por VIH en el mundo se encuentra entre las poblaciones claves y sus parejas, entre estas están: las mujeres transgénero, los trabajadores y trabajadoras sexuales, los habitantes de calle, las personas que se inyectan drogas, y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

De acuerdo con ONUSIDA, el riesgo de contraer el VIH es 35 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas, 34 veces mayor para las mujeres transgénero, 26 veces mayor para los/las trabajadores/as sexuales, y 25 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres(3). Transgénero es un término global que define a personas cuya identidad de género, expresión de género o conducta no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se les asignó al nacer, por lo tanto, las mujeres transgénero, son aquellas que, a pesar de haber sido asignadas al sexo masculino, se identifican como mujeres o sitúan su identidad dentro de lo femenino (2).

A nivel internacional, las mujeres transgénero están sujetas a situaciones de discriminación, estigmatización y transfobia, debido a la construcción heteronormativa y cisgénero de la sociedad, resultando en impedimentos al acceso de la educación, salud, entre otros (34). Muchas de ellas han identificado o han sentido en el cuerpo equivocado desde que están pequeñas, sin embargo, han visto limitaciones o situaciones en su entorno que las han obligado a permanecer en silencio ya que no quieren ser víctimas de la violencia de género. Hasta el momento solo 8 países de Latino América han aprobado leyes que reconozcan la identidad de mujer transgénero. Actualmente las mujeres transgénero pueden

enfrentar situaciones de discriminación por parte de su entorno y también por parte del personal de la salud lo que limita su acceso a estos servicios. (35)

Este panorama se ve reflejado en la realidad de muchas mujeres transgénero, a pesar de que en Colombia se reconoce esta identidad y se han creado normas y cartillas entorno a la protección de sus derechos como ciudadanas estos se ven vulnerados, según un estudio cualitativo realizado en 5 MT de la ciudad de Bogotá, se encontró que uno de los problemas más frecuentes que estas relatan son es la solicitud de documentos inexorables a la población masculina, o que resulta en una negación a su identidad de género. Además, en el sector salud, para los procesos de atención general se solicita diagnóstico catalogado por el manual diagnóstico de patología mental, como “disforia de género” lo que genera sentimientos de estigmatización e invalidación. En cuanto al derecho a la salud el 45% de las personas encuestadas refieren haber sido discriminadas, con una negación en el acceso al servicio de 43,84% (Bogotá D.C, 2011).

Muchas de las nuevas infecciones por VIH en mujeres trans son atribuida a las inequidades, pues a menudo tienen menor acceso a la educación sexual de calidad, menores recursos para poner en práctica medidas preventivas, y de manera directa se asocia a la violencia de género debido a la violencia sexual, y de manera indirecta, a la incapacidad de las MT para negociar el uso de preservativos o a las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren (36).

El riesgo de VIH en población clave, ha sido tema de interés en programas de prevención y en políticas públicas, pero aún no se logran metas satisfactorias en el manejo de la enfermedad, prevención y promoción de prácticas de autocuidado. Según ONUSIDA las campañas de prevención no han producido el impacto esperado (4), lo cual revela que las personas continúan teniendo comportamientos de riesgo, aún con información suficiente sobre la enfermedad. Sin embargo, tales conductas no se relacionan de forma significativa o directa con la ausencia de información, es decir, las campañas han cumplido con el objetivo de informar, más no producen en los individuos conductas generalizadas de prevención frente al VIH (4). Algunos estudios permiten explicar este fenómeno, pues concluyen que la prevención se ha realizado bajo diferentes modelos, pero sin tener en cuenta las necesidades de la población. Un ejemplo de ello se estableció en un estudio realizado con adolescentes en la ciudad de Medellín, publicado en el año 2007, donde se pudo establecer que más del 90% de la población estudiada consideraba que el SIDA era una enfermedad grave o fatal, mientras que sus comportamientos de riesgo sexuales que los exponían a la infección se presentaban en más del 70% de los encuestados (4).

Está bien documentado que los conocimientos en salud aumentan conforme lo hace el nivel educativo y entre las personas con mayores ingresos, frente a esto las MT tienen una desventaja, pues pocas logran acceder a estudios superiores y un gran porcentaje solo accede hasta la primaria (37).

De acuerdo con la Encuesta Nacional Estrés, Salud y Bienestar de las personas LGBT en Colombia, realizada por Williams Institute, UCLA (2020) (38), 7% de las personas trans informaron tener desorden del sueño, 10% reportaron problemas de hipertensión, 55% informaron haber pensado en el suicidio a lo largo de su vida, y 31% había intentado suicidarse. Adicionalmente, se reporta el consumo problemático de alcohol y de drogas. Muchas de las mujeres transgénero reportan que acceder a los servicios de salud se ha convertido en un gran reto pues además de la segregación por parte del personal de la salud, muchos de los procedimientos que requieren para su transformación son de alto costo lo que resulta en una vulneración a su reafirmación de género.

Entre algunas de las mujeres transgénero predominan los conocimientos sobre la importancia del uso del condón como medida básica de protección, sin embargo, es sabido que las mujeres trans tienen escasas posibilidades de decidir sobre su cuerpo y pedir el uso del condón con sus parejas estables y/o clientes. Además, existe un alto nivel en las cifras de consumo de sustancias psicoactivas, lo que las hace más propensas a una ITS (8). Los estudios realizados en Colombia en 2013, 2016 y 2019 muestran bajos conocimientos de VIH entre las MT y múltiples conductas de riesgo, que las hacen más vulnerables al VIH, especialmente entre las que ejercen la prostitución y las que ofrecen servicio de web cam (5).

El VIH no solo afecta la esfera de la salud de cada persona, de más de esto tiene graves repercusiones en su entorno social, económico y psicológico; socialmente no solo se enfrenta a las opiniones por su identidad de género, sino que también se enfrenta a exclusión por la connotación religiosa y moral que la sociedad le da al VIH, muchas veces esto causa que su familia y entorno les den la espalda. A medida que el estado de salud la mujer va empeorando esta tendrá limitaciones para conseguir trabajo y por ende recursos para solventarse a ella y su tratamiento lo que progresivamente va a generar que la calidad de vida de estas se vea abruptamente disminuida causando un estado de depresión o problemas psicológicos. Por lo anterior, surge la pregunta de investigación ¿cuáles son los conocimientos sobre el VIH que tienen las mujeres transgénero de la ciudad de Medellín?

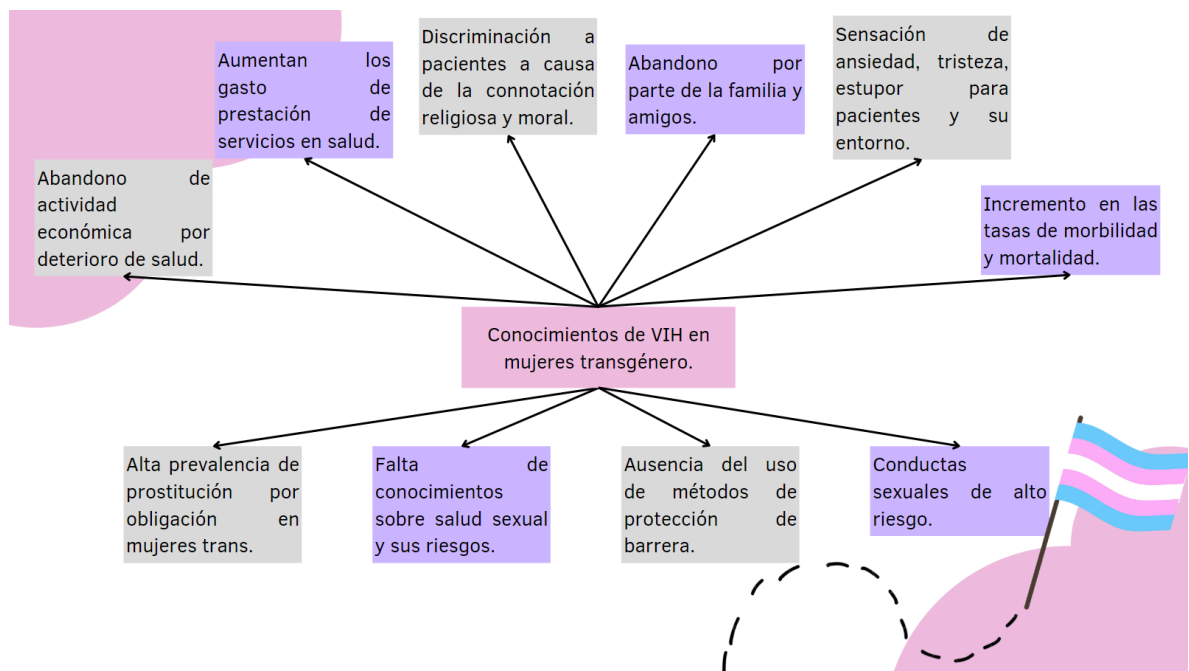


FIGURA 1. ÁRBOL DEL PROBLEMA

FUENTE: ELABORADO POR LAS INVESTIGADORAS.

1.2 Justificación

Actualmente se entiende el VIH como un problema de salud pública que tiene repercusiones en los entornos personal, social y económico, no solo del individuo en cuestión, sino también en el entorno familiar y sanitario. Además de ser una infección que a pesar de los avances continuos en investigación que han sido numerosos y destacados en la literatura y de las campañas de promoción y prevención sigue siendo altamente prevalente (31), especialmente en algunas poblaciones con mayor vulnerabilidad, como son las mujeres transgénero.

Este trabajo se realiza con la finalidad de indagar por los conocimientos en VIH de las mujeres transgénero de la ciudad de Medellín, ya que es considerada una población clave, con altas prevalencias de VIH, que se encuentra oculta y susceptible a situaciones de exclusión y discriminación, por lo cual es importante que tengan conocimientos comprensivos sobre el tema de VIH, que redunden en la mejora de sus prácticas de autocuidado.

Existe una necesidad de hacer investigaciones y estudios constantes en el tema de conocimientos sobre VIH, pues el personal de salud debe estar capacitado para la atención de las personas transgénero y en la identificación de factores de riesgo de

manera temprana, especialmente en las consultas a programas sociales o en las visitas a los servicios de salud; la educación que brindan médicos y enfermeras debe trascender el enfoque de riesgo y la educación de tipo transmisioncita, y más bien aplicar un enfoque de la educación para la salud transformador.

Estudios realizados en estudiantes de enfermería han mostrado que tienen buenos conocimientos sobre el VIH, pero que por ejemplo hay actitudes homofóbicas o de discriminación hacia las personas que viven con VIH, lo cual podría repercutir en las relaciones y forma de comunicación del profesional de enfermería con las poblaciones clave (32). También se ha encontrado que el currículo tradicional de enfermería poco proporciona una preparación para impartir educación en VIH y para atender adecuadamente a los pacientes que viven con el VIH, en especial si estos pertenecen a poblaciones con diversidad sexual y de género (33). Existe evidencia que muestra que brindar un acceso equitativo, e información permanente sobre el VIH y su prevención en MT, aumentan significativamente la participación y las experiencias positivas de las MT en los servicios, lo cual podría aportar a la reducción de nuevas infecciones o mejorar la adherencia a programas (33).

Desde la enfermería comunitaria este tema nos beneficiará, porque nos permitirá entender el panorama del VIH en las mujeres transgénero, entender que más allá de una campaña de promoción y prevención que va dirigida a un gran número de personas debemos estudiar el entorno y posibilidades de cada una de ellas para así brindar y aplicar un cuidado de forma holística e integral. Actualmente en la literatura científica sigue siendo baja la enfocados en los conocimientos en VIH, ya que estos se centran mayormente en cuál es la prevaencia de este, por lo que este estudio arrojará información con la cual podremos estudiar el contexto de las mujeres transgénero y diseñar campañas dirigidas a ellas, sus necesidades y posibilidades.

Con este estudio podremos generar recomendaciones y poner en contexto sobre las características actuales de la población, para que, desde el entendimiento de este, se generen diferentes formas de educar para la salud.

1.3 Pregunta

Hay múltiples estudios que hablan del VIH en población clave y general, pero son pocos los que se enfocan en mejorar sus conocimientos frente a las ITS y problemas que se enfrentan debido a la terapia hormonal. En Colombia se ha estudiado en diversas ocasiones sobre VIH y sus cifras, sin embargo, aun hace falta más énfasis en conocimientos, por ellos con este trabajo queremos responder a la pregunta de, ¿qué conocimientos en VIH tienen las mujeres transgénero de la ciudad de Medellín.

2. OBJETIVO GENERAL

- Analizar los conocimientos que tienen sobre el VIH las mujeres transgénero de la ciudad de Medellín.

2.1 Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
2. Determinar los conocimientos que tienen las mujeres transgénero sobre VIH-SIDA.
3. Identificar prácticas de riesgo y de autocuidado sobre el VIH que tienen las mujeres transgénero de la ciudad de Medellín.
4. Identificar la relación entre los conocimientos del VIH y variables sociodemográficas, de riesgo y autocuidado.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Marco disciplinar

Modelo de promoción de la salud: Nola J Pender

Este proyecto tomará para el análisis y para las recomendaciones el modelo de Nola Pender, este modelo es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.

El modelo habla de los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humano, incluyendo las actividades y las motivaciones, hacia el accionar que promoverá la salud. Nola pender se inspiró en dos teóricos Albert Bandura con la teoría del aprendizaje social (1997) y Feather con el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana (1982)(1).

El modelo de la promoción de la salud de Nola pender se dividió en tres conceptos principales, estos son: las características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específicos de la conducta; y resultado conductual.

3.1.1 Característica y experiencias individuales

- La conducta relacionada previa: La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.
- Factores personales: Categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.
- Factores personales biológicos: incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.
- Factores personales psicológicos: incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.
- Factores personales socioculturales: incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

3.1.2 Cogniciones y afecto específicos de la conducta

-Beneficios percibidos de acción: los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

-Barreras percibidas de acción: bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

-Autoeficacia percibida: el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.

-Afecto relacionado con la actividad: los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo

-Influencias interpersonales: los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

-Influencias situacionales: las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

3.1.3 Resultado conductual

-Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas: las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para «picar» algo.

-Compromiso con un plan de acción: el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud

-Conducta promotora de salud: el punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas.

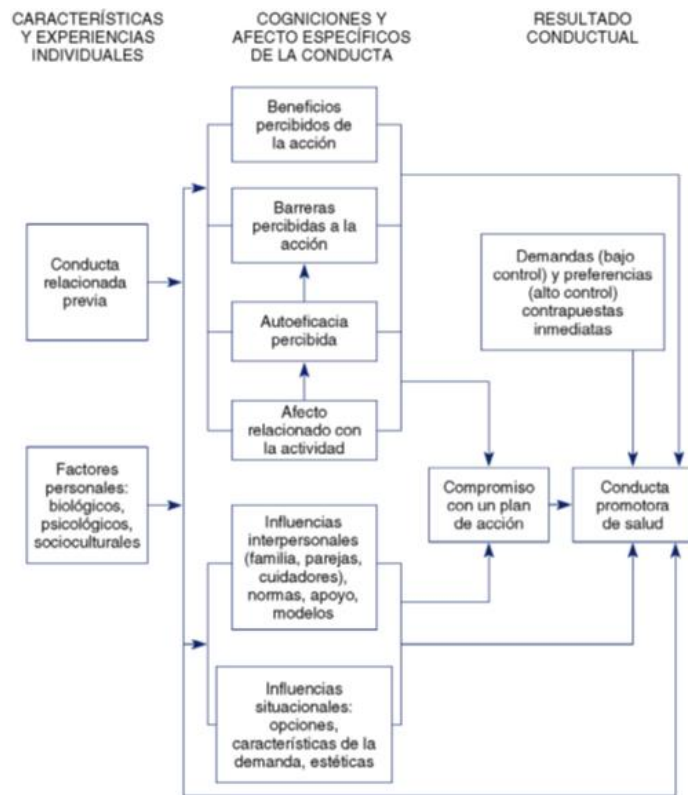


FIGURA 2.MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER(1)

3.2 Marco conceptual

- 3.2.1 Conocimiento: es la capacidad que tiene el ser humano de identificar, observar y analizar los hechos y la información que los rodea.
- 3.2.2 Conocimiento de una enfermedad: es el conjunto de información que un individuo necesita tener, para poder administrar bien su condición de salud, con el fin de obtener buenas acciones de autocuidado.

3.2.3 Literacidad en salud

Según la Asociación Médica Americana, esta se define como la capacidad de leer y comprender las indicaciones de los medicamentos y otro tipo de información relacionado con el cuidado de la salud, de tal modo que como paciente se pueda tener éxito en el tratamiento. Según esto, una falta de literacidad en salud indica que la necesidad de procesar la información de salud excede a la habilidad para procesar la información de salud. De esto se deduce dos aspectos fundamentales: primero, que para ayudar a los pacientes se puede intervenir tanto disminuyendo su necesidad de procesar información como mejorando su habilidad para hacerlo; segundo, que muchos pacientes experimentan falta de LS, especialmente cuando recién se les realiza un diagnóstico o cuando experimentan otro evento que aumenta la cantidad de información que se les da o que empeora su habilidad de procesar los datos(2).

3.2.4 VIH

La pandemia por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) apareció en el año 1981 y fue descrita como “una nueva inmunodeficiencia adquirida” (3) ya que es un virus que ataca el sistema inmune haciéndolo débil frente a muchas infecciones oportunistas y determinados tipos de cáncer que una persona con un sistema inmunitario sano podría combatir. A medida que el virus destruye celular inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia (4). Las células que son conocidas como el principal blanco de este virus son los linfocitos TCD4, lo que causa compromiso en toda la red de regulación inmunológica, tanto a nivel celular como de citoquinas, ya que estas células tienen un papel central en la respuesta inmune tanto innata como adquirida.

El VIH es un virus que destroza al sistema inmunológico del cuerpo haciéndolo propenso a contraer “infecciones oportunistas”, que son aquellas que afectan a las personas con sistema inmunológico sano. Algunas de las enfermedades que se pueden adquirir debido al debilitamiento del sistema inmunológico pueden ser sarcoma de Kaposi, linfoma, tuberculosis, entre otros.

En casos extremos si no se trata de manera adecuada llevan a las personas al SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y posteriormente a la muerte (1); éste se puede adquirir por:

- Tener contacto con sangre o algún fluido corporal como: semen, secreciones vaginales o leche materna.
- Sexo vaginal, anal u oral con otra persona con el virus.
- Compartir jeringas y otros elementos empleados en el consumo de drogas con personas con VIH.
- Lactancia de madres con VIH.
- Transfusiones sanguíneas que contienen el virus (1).

El VIH tiene múltiples formas de transmisión que se han resumido en tres grandes líneas:

- a. Transmisión sexual: el riesgo de contagio varía según el tipo de práctica ya que hay algunas que se consideran más riesgosas que otras, la práctica sexual que se considera más riesgosa y con mayor probabilidad de contagio es el sexo anal. La transmisión sexual también depende del uso de protección durante el acto(3).
- b. Transmisión parenteral: por exposición a sangre y sus derivados o tejidos trasplantados. Esto puede originarse por trasplante o transfusiones sin el control sanitario adecuado o por compartir agujas, jeringuillas durante el proceso de administración de algún medicamento, droga o al realizar un tatuaje contaminado con la sangre del portador(3).

El riesgo de contagio aumenta según el tipo de exposición.

- c. Transmisión vertical o perinatal: este consiste en que la madre infecta al hijo durante el embarazo, parto o lactancia. Este mecanismo ha disminuido su frecuencia debido a la implementación de protocolos efectivos(3).

Según se estima, el riesgo para contraer VIH cambiará de acuerdo con el tipo de exposición o practica; la exposición que mayor riesgo conlleva es las trasfusiones sanguíneas con riesgo estimado de 90- 100%, seguido de la trasmisión vertical en la que el riesgo estimado es de 24%, una diferencia significativa respecto al riesgo estimado de contagio según la exposición coito anal activo con un porcentaje del 0.06% y el sexo oral a hombre con un riesgo estimado del 0.06% (10).

Actualmente la mayoría de los contagios por VIH son por transmisión sexual (5).

3.2.5 Riesgos para contraer VIH

Existen múltiples factores de riesgo para contraes VIH, sin embargo, una de las principales causas es las prácticas sexuales de riesgo, definidas como las prácticas

sexuales anales, vaginales y orales sin protección, relaciones sexuales con parejas casuales o desconocidas, el uso de drogas intravenosas durante las relaciones, la promiscuidad, el inicio de vida sexual a una edad temprana, entre otras(6). Estas pueden ser influenciadas por el grado de información, prejuicios o ideas erróneas, modelos de crianza, falta de comunicación familiar, restricciones sociales, culturales, religiosas, morales, legales, poca preocupación por su salud y estilos de vida principalmente.

Otros factores de riesgo son:

- Relación circuncisión-VIH: según estudios recientes se ha demostrado que la ausencia de la circuncisión aumenta el riesgo de contraer VIH debido a las altas concentraciones de células dendríticas y a la alta frecuencia de infecciones en este tejido(7).
- Carga viral: esta se describe como la cantidad de virus que porta un paciente en sangre; mientras mayor sea la carga viral en sangre, mayor será la posibilidad de transmitir VIH.

3.2.6 Síntomas

La mayoría de las personas que contraen VIH no se dan cuenta de manera inmediata debido a que esta no produce ningún síntoma. Este virus causa debilitamiento progresivo del sistema inmunológico y esto hace que el hospedador sea más propenso a contraer alguna infección, cáncer o desarrollar SIDA.

Sin embargo, algunas personas después de infectarse pueden presentar una mononucleosis infecciosa que se acompaña de fiebre, sarpullido, dolor articular e inflamación de los ganglios linfáticos. Esta mononucleosis ocurre en el momento en que el cuerpo desarrolla anticuerpos para el VIH y generalmente se da al primer o segundo mes después de contraer la infección(4).

3.2.7 Ciclo de vida del VIH

Diariamente se producen cerca de 10.3×10^9 viriones o partículas virales completas, maduras e infecciosas. Su ciclo de vida se calcula entre 1.2 días. La infección por VIH lleva un curso definido en los diferentes pacientes en el transcurso de varios años, desde la infección primaria hasta la enfermedad por VIH o sida y que sin TARV finaliza irremediablemente con la muerte(3).

Su monitorización se puede llevar a cabo por medios clínicos (manifestaciones clínicas, presencia de enfermedades oportunistas, etc.), con conteos en sangre de linfocitos CD4+ así como concentraciones plasmáticas de ARN/VIH. Con fines

didácticos, aun cuando en la realidad es un continuo, la historia natural suele dividirse en varias etapas bien establecidas.

1. Fase eclipse: dura de 1-2 semanas: El virus se disemina desde su sitio de ingreso (mucosa anal o vaginal) al sistema monocito/macrófago y a todo el tejido linfoide donde se divide libremente en las células blanco (CD, CD4+, monocitos/macrófagos). No se evidencian manifestaciones clínicas, la viremia es indetectable y no hay aún respuesta inmune(3).

2. Infección aguda o primaria (síndrome retroviral agudo): dura de dos a cuatro semanas. Se caracteriza por altas cargas virales (>10⁶ copias /ml) y grandes cantidades de CD4+ infectados en sangre y en el tejido linfático. Las manifestaciones clínicas son generalmente leves y autolimitadas, pero están presentes en >75% de los pacientes e incluyen fiebre, adenomegalias dolorosas cervicales, síntomas similares a la influenza, diarrea leve, raramente meningitis aséptica y síndrome de mononucleosis, pero pasan desapercibidas.

La respuesta inmune aparece, se detectan los anticuerpos específicos por medio del ELISA y también la respuesta inmune celular se manifiesta por la activación de los CD8+ para actuar contra antígenos expresados en células infectadas.

Las altas cargas virales representan la ausencia de una respuesta inmune humoral efectiva, así como de la generación de grandes cantidades de CD4+, células blanco para VIH, como respuesta del organismo a la infección.

Al final de esta fase la viremia disminuye como resultado de un control parcial de la infección por el sistema inmune (humoral y celular) y un agotamiento de CD4+ activados.

Los conteos de CD4+ disminuyen levemente, aunque en algunos pacientes se han comprobado conteos muy bajos y la aparición de enfermedades oportunistas en esta etapa(3).

3. Infección crónica o latencia clínica mas no virológica ni inmunológica (infección asintomática o sintomática): dura de 2 a 20 años. Se caracteriza por un aumento lento, pero constante de la viremia con una disminución sostenida de los CD4+ lo que implica una alteración de la red de regulación inmunológica. Generalmente los pacientes están asintomáticos o con manifestaciones leves como linfadenopatías generalizadas crónicas (infección asintomática), desconocen de su condición clínica y serológica, pero pueden presentar, en estadios avanzados (infección sintomática), linfadenopatías persistentes, pérdida de peso leve, síntomas constitucionales, candidiasis persistente rebelde al tratamiento, trombocitopenia, fiebre prolongada(3).

4. Estadio Sida: finalmente el conteo de CD4+ disminuye a menos de 200 cels/ μ l, la viremia aumenta, la afectación de la red de regulación inmunológica es severa y aparecen las enfermedades oportunistas (EO) (infecciosas y cáncer) y finaliza en 1-2 años con la muerte del paciente(3). Diagnóstico y carga viral

-El diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH depende de la demostración de anticuerpos anti VIH y/o la detección del VIH o uno de sus componentes.

La prueba tradicional de detección para la infección por VIH es encontrar anticuerpos anti VIH utilizando un inmunoensayo enzimático (EIA, enzyme immunoassay). Esta prueba es muy sensible (>99.5%) y es bastante específica.

La mayoría de los conjuntos comerciales de EIA puede detectar anticuerpos contra los VIH-1 y 2 y muchos también detectan el antígeno Core p24 del VIH. Los anticuerpos contra el VIH comienzan a aparecer dentro de las 2 semanas posteriores a la infección, y el periodo entre la infección inicial y el desarrollo de anticuerpos detectables rara vez es >3 meses. Los niveles de antígeno plasmático p24 aumentan durante las primeras semanas después de la infección, antes de la aparición de anticuerpos anti VIH.

-Carga viral: la medición del recuento de linfocitos TCD4 es un procedimiento que se realiza como medidor de la competencia inmunitaria de los pacientes.

3.2.8 Tratamiento

Para el tratamiento se usa la terapia antirretroviral que impiden la reproducción del VIH en el cuerpo, se usa la combinación de fármacos para aumentar la potencia y reducir la probabilidad de desarrollar resistencia(8). Cuando hay un adecuado tratamiento la persona no contagia el virus y se logra una calidad de vida y una esperanza de vida similar a la esperada en una persona que no ha contraído el virus(9).

El tratamiento farmacológico es variado y tiene diferentes mecanismos de acción como lo son: inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos, inhibidores de la proteasa, inhibidores de entrada e inhibidores de la integrasa.

3.2.9 Prevención

Según la ONUSIDA “la prevención del VIH se define como un grupo de estrategias comunitarias conjugadas con intervenciones biomédicas, y comportamentales y

estructurales; con el fin de disminuir el nuevo número de contagios mediante actividades que tienen un impacto sostenido de mayor magnitud”(10).

Esta tiene un papel muy importante en el contexto de la salud pública, pues si se realiza de la manera correcta se pueden evitar nuevos contagios, reinfecciones y mejorar la calidad de vida de las personas con o sin VIH. El éxito de las campañas de prevención también estará determinado por la población que sea receptora de estas, es decir, los programas solo serán exitosos cuando las comunidades entiendan la complejidad de la situación y comiencen a realizar cambios en sus prácticas.

Para desarrollar conductas sexuales más seguras basadas en la prevención se necesita de recursos que en algunos casos son gestionados por el gobierno, ya que una parte de la población no cuenta con los ingresos necesarios para adquirir hábitos más sanos. Algunas técnicas recomendadas para una adecuada prevención del VIH son:

- Relaciones monógamas entre personas no infectadas.
- Uso correcto y persistente del preservativo femenino y masculino.
- Administración de profilaxis preexposición a personas no infectadas por VIH.
- La circuncisión médica masculina voluntaria.
- Sexo entre dos personas cuando una de ellas vive con VIH, pero está en tratamiento antirretroviral y vive con carga viral indetectable.
- En caso de usar drogas inyectables, asegurarse de usar agujas y jeringas nuevas desechables o que anteriormente hayan sido adecuadamente esterilizadas.
- En caso de tener VIH, para evitar la transmisión de este y mejorar su salud, exija tratamiento sin interrupciones y de manera constante.

Actualmente hay una población en la que es necesario hacer énfasis en la promoción y prevención del VIH pues son considerados “población clave” y estas son las mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres.

Para abordar el tema de manera clara, es necesario aclarar conceptos.

3.2.10 Diferencias entre sexo y género

El sexo hace referencia a las características fisiológicas, sexuales y biológicas que tiene una persona al nacer. Desde el abordaje clásico el sexo es el que consta en el registro de nacimiento en el momento en que la persona que facilita el parto

observa las características de los genitales externos y lo clasifica en función de las características morfológicas y dicotómicas en las que se cataloga a los seres humanos (macho o hembra)(11).

En cambio, el género hace referencia a los comportamientos, actividades, y atributos que se consideran apropiados para hombres y mujeres. Este también hace referencia a los atributos sociales, oportunidades y relaciones que son construidos a través del proceso diario de socialización y son específicos del contexto y época en que se vive, por ende, son constantemente cambiantes. En otras palabras, el género es un constructo social y cultural que determina lo que se espera de un género según unas normas, ideas y comportamientos previamente establecidos en una época y sociedad determinada(11).

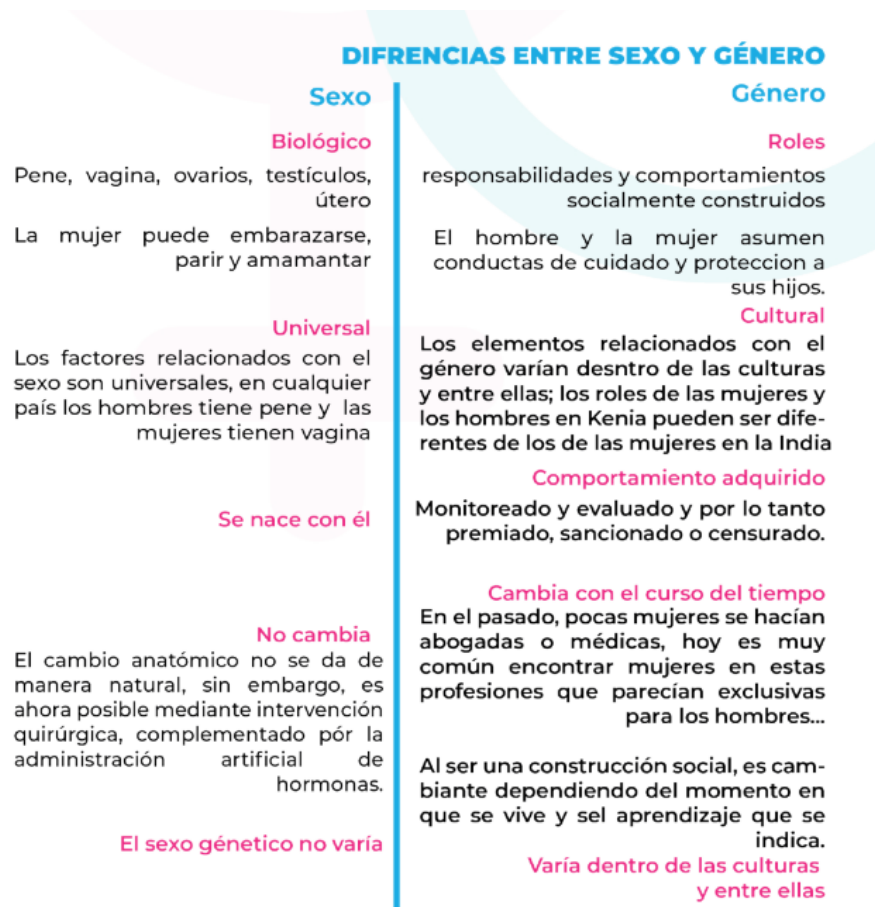


FIGURA 3. DIFERENCIAS ENTRE SEXO Y GÉNERO

Fuente: Ministerio de Justicia y del derecho

3.2.11 Identidad de género

Este concepto hace referencia a como una persona se siente consigo misma, es decir, como hombre o mujer. Según lo señalado, este hace parte de la experiencia y percepción que cada persona tiene de sí misma y puede o no corresponder con la identidad que se le asignó al momento de su nacimiento, incluyendo la vivencia con su cuerpo. Este término se utiliza para referirse a las personas transgénero pues se identifican con el género opuesto.

3.2.12 Orientación sexual

La orientación sexual no influye sobre la identidad de género, sexo o género de una persona. Este está directamente relacionado con la capacidad de sentir atracción física, sentimental y sexual hacia otra persona que puede o no ser del mismo género. Esta comprende una gran cantidad de categorías:

Heterosexual: capacidad de sentir atracción física, sexual y emocional hacia una persona del sexo opuesto.

Homosexual: capacidad de sentir atracción física, emocional y sexual hacia una persona del mismo género.

Bisexual: capacidad de sentir atracción física, emocional y sexual hacia ambos géneros.

Pansexual: este término hace referencia a sentir atracción física, emocional y sexual hacia personas del mismo género, del género opuesto y de personas de identidad de género diversa.

Asexualidad: hace referencia sobre la capacidad de sentir atracción física y emocional, además de tener relaciones amorosas, sin incluir el sexo.

3.2.13 Colectivo trans

De acuerdo con la OEA, hay algunas variaciones dentro del concepto del contexto trans, algunas de ellas son:

Transgenerismo o transgénero: este término se usa para describir a aquellas personas que no corresponden su identidad de género con su sexo biológico (aquel que fue designado al momento de su nacimiento)(12).

Transexualismo o transexual: aquellas personas que se identifican del género opuesto al que se les designa con su sexo biológico, y que se someten a intervenciones quirúrgicas, hormonales o ambas para adecuar su apariencia física.

Travestis: su transformación no implica intervenciones quirúrgicas u hormonales o modificaciones corporales. Su expresión de género consiste en utilizar prendas del género opuesto, o actitudes y comportamientos propios del género opuesto a su sexo biológico(12).

Las y los travestis generalmente se sienten cómodas y cómodos con su sexo biológico, y no desean cambiarlo

Drag-Queens: hombres que se visten con rasgos femeninos exagerados, generalmente se realiza en contextos festivos(12).

Drag-Kings: mujeres que se visten con rasgos masculinos exagerados, generalmente se realiza en contextos festivos(13).

Transformistas: hombres o mujeres que representan personajes del sexo opuestos.

Género-queer: es un término que usan algunas personas que identifican su género fuera del constructo binario "hombre" y "mujer". Pueden definir su género dentro de una escala entre hombre y mujer, o pueden definirlo como algo completamente diferente de estos términos. También pueden requerir que para llamarlas se usen pronombres que no sean ni masculinos ni femeninos, como "ello" en lugar de "él" o "ella". Algunas personas género-queer no se identifican como transgénero(14).

El VIH/SIDA constituye un grave problema de salud pública que impacta negativamente los aspectos biológico, económico, sociocultural y psicológico de quien padece la infección. En el dominio biológico se puede presentar alteración del estado de salud, infecciones oportunistas, neoplasias y trastornos neurológicos. En el plano económico se genera aumento de los gastos de prestación de servicios de salud, disminución de la población económicamente activa, abandono de la actividad económica por deterioro de la salud o para cuidar de un enfermo y reduce la expectativa de vida. En los aspectos socioculturales destaca el hecho que en muchos casos la infección se desarrolla en contextos donde la infección tiene una connotación moral y/o religiosa que conlleva a discriminación, estigmatización, rechazo, abandono y alteración de la funcionalidad familiar de los infectados. La salud psíquica es afectada por reacciones negativas de los infectados frente al diagnóstico, como estupor, miedo, ansiedad, tristeza, ira, frustración, desesperanza, impotencia, culpabilización, ideas suicidas y trastornos obsesivos, y por el estigma, rechazo, discriminación y abandono por parte de la familia y los amigos” (6).

3.3 Marco referencial

El VIH y las mujeres transgénero

Las personas transgénero se han visto afectadas de manera desproporcionada por el VIH, en particular las mujeres transgénero. Varios estudios han explicado la vulnerabilidad de las MT al VIH mediante una amplia variedad de factores complejos, como los biológicos (uso de la terapia hormonal que podría interactuar con el tratamiento antirretroviral o con fármacos utilizados para la profilaxis preexposición al VIH, mayor eficiencia de la transmisión del VIH a través del sexo anal receptivo), conductuales (falta de uso del condón, uso de sustancias psicoactivas, etc), epidemiológicos (mayor probabilidad de tener parejas infectadas con el VIH), junto con factores estructurales y sociales como el estigma y la discriminación, los cuales juegan un papel importante y pueden influir en los comportamientos, prácticas y actitudes que incrementan el riesgo frente al VIH, limitando aspectos programáticos como el acceso a los recursos socioeconómicos, especialmente la educación, el trabajo y los servicios de prevención (39).

Para algunas personas transgénero, los condones pueden, servir como triple protección: para la prevención del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y para anticoncepción. Las mujeres transgénero que toman terapia hormonal feminizante pueden experimentar pérdida de erecciones espontáneas y tener dificultad para mantener una erección, lo cual puede interferir con el uso del condón y contribuir al deslizamiento o rotura del preservativo

De acuerdo con los hallazgos reportados en un estudio de Camboya, las MT de este país que se auto inyectan hormonas tienen hasta cuatro veces más probabilidades de tener VIH (40). Esta práctica riesgosa se asoció con un mayor riesgo de infección por el VIH, lo que manifiesta que ellas mismas hacen este procedimiento y esto es uno de los riesgos que ellas toman sin saber el uso la adecuada técnica, ya que no se realizan esto por medio de un profesional de la salud capacitado, y prefieren recurrir a otros medios, atentando contra su salud y siendo un riesgo de contraer VIH. Aunque la inyección de hormonas para aumentar la feminidad se está volviendo más común, puede causar efectos adversos para la salud entre las mujeres transgénero. Estos resultados fueron similares a los hallados en un estudio tailandés donde también encontró que las mujeres transgénero que se inyectaban hormonas para hacerlas más femeninas tenían una mayor prevalencia del VIH (40).

Con relación al uso de la terapia hormonal y su interacción con el tratamiento antirretroviral o con fármacos utilizados para la profilaxis preexposición al VIH, existe escasa literatura, sin embargo, en una revisión se encontró evidencia que mostró

que algunas interacciones farmacológicas pueden tener el potencial de resultar en la pérdida de la supresión virológica como el etinilestradiol y amprenavir, fosamprenavir no potenciado y estavudina (41).

- Como prioridad, el TAR debe iniciarse en todas las personas con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada e individuos con recuentos de CD4 de ≤ 350 células/mm³ (recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).
- El TAR debe iniciarse en todas las personas con VIH con recuentos de CD4 entre 350 y 500 células/mm³ (recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).
- El TAR debe iniciarse en todas las personas con VIH, independientemente del estadio clínico de la OMS o del recuento de CD4.

Las personas transgénero deben tener el mismo acceso a la atención y el tratamiento del VIH que otras poblaciones. Estos servicios deben ser acogedores y competentes en el cuidado de personas transgénero. La capacidad del centro de salud para proporcionar e integrar la terapia hormonal y la atención del VIH y un personal clínico que sea respetuoso y sensible a los problemas de las personas transgénero. Se ha encontrado que menos estrés, debido a una menor discriminación produce una menor supresión viral.

Las pautas anticonceptivas actuales de la OMS concluyen que no hay interacciones farmacológicas entre los anticonceptivos hormonales y el TAR o la PrEP actualmente recomendados son lo suficientemente significativos como para evitar su uso conjunto. La mayoría de las interacciones entre

los anticonceptivos orales y los medicamentos ARV disminuyen los niveles sanguíneos de estradiol, pero no los ARV. Arrancar, parar o cambiar los regímenes de TAR pueden provocar fluctuaciones hormonales entre las mujeres transgénero que toman medicamentos para reafirmar su género; por lo tanto, se recomienda una estrecha vigilancia (41).

Con relación a los factores conductuales, el uso del preservativo especialmente en sexo anal receptivo es un factor protector, sin embargo (42), puede influir en el uso de preservativos en las relaciones sexuales con parejas sexuales estables, sugirieron que la confianza que las MT sienten por sus parejas estables también puede aumentar su disposición a tener relaciones sexuales sin condón. el "machismo" y muchas otras situaciones, contribuyen al comportamiento que somete a MT al estigma, la discriminación y la violencia. Aunque las organizaciones LGBT en Brasil están bien establecidas, especialmente con el advenimiento de la epidemia de VIH/SIDA.

La discriminación de la familia puede aumentar la vulnerabilidad, la exclusión social, seguido de la expulsión de sus hogares, altos niveles de deserción escolar e iniciación en el trabajo sexual. Estos datos concuerdan con los resultados de la investigación realizada en MT de la ciudad de Medellín, en la que al menos el 47.9% de las entrevistadas refieren haber sentido discriminación en los últimos 12 meses.

La figura del “esposo” era muy deseada por las travestis, era una forma de afirmación de su condición femenina y las hacía sentir “mujeres”. Además, la pareja estable debía ser un “hombre”, lo que a menudo significaba que desempeñaba el papel “activo” durante el sexo anal. En contraste, durante el trabajo sexual, el rol sexual variaba dependiendo del cliente. Frente a este tema se encontró que los síntomas de depresión, así como la confianza en las relaciones estables, pueden modificar aún más la relación entre discriminación basada en género (GBD) y coito anal receptivo sin protección (URAI). Por lo tanto, se deben considerar estrategias de prevención adicionales, por ejemplo, pruebas de VIH frecuentes y uso constante y correcto de la PrEP y la profilaxis posterior a la exposición

Un estudio realizado en los EE. UU. mostró que, entre las MT de 18 a 25 años, aquellas que informaron niveles más altos de exposición a la transfobia (por ejemplo, discriminación de personas que no se ajustan a las normas tradicionales de género), tenían tres veces más probabilidades de informar coito anal receptivo sin protección (URAI).

La confianza que las MT sentía por sus parejas estables contribuyó sustancialmente a su disposición a tener relaciones sexuales sin condón. Específicamente, las experiencias constantes de discriminación basada en género (GBD) significaron que cuando MT reconocieron la posibilidad de una conexión más duradera, o tuvieron algún indicio de confianza, disminuyó su necesidad percibida de usar un condón. Un estudio cualitativo de mujeres transgénero en los EE. UU. informó hallazgos similares, describiendo cómo los participantes negociaron el uso de condones de manera diferente entre clientes y relaciones. El uso del preservativo se utilizó con mayor frecuencia en el trabajo sexual, que se entendía como un negocio con reglas bien definidas, una de las cuales era el uso del preservativo no negociable. El sexo con parejas estables estaba imbuido de significado personal y emocional, y estaba menos influenciado por la importancia de practicar sexo más seguro (4).

Dentro de los factores sociales, las MT que se dedican al trabajo sexual, tienen mayor probabilidad de consumir sustancias psicoactivas, alcohol y tener comportamientos sexuales de riesgo lo que las hace más susceptibles a adquirir ITS.

Un estudio realizado en 3 ciudades de Colombia, mostró que las MT que consumían cocaína, marihuana tenían mayor riesgo de tener VIH y a la vez usaban menos el preservativo; esto es relevante, pues en este estudio el consumo de cocaína y marihuana se encontró asociado a una alta percepción de vulnerabilidad al VIH; resultados similares reportan otros investigadores, siendo las prevalencias de consumo elevadas en las MT y generalmente más altas en comparación con otras poblaciones, en especial para estos tipos de drogas en comparación con Brasil, New York tiene más prevalencia del uso de sustancias psicoactivas. Esta situación es muy similar a las MT de Medellín en la que el 65,9% revelan consumo de marihuana en los últimos 6 meses y el 38,7% han inhalado cocaína, este panorama es altamente preocupante pues además de estar en una situación de alta vulnerabilidad al contagio de una ITS puede generar estado de adicción. Algunas de las excusas más comunes con las que las MT justifican el uso de SPA es lo usan para olvidar o distraerse de su entorno en el que muchas de ellas tienen que recurrir al trabajo sexual (43).

Debe resaltarse que el estigma y la discriminación juegan un papel fundamental en todas las áreas para las personas transgénero: impiden el acceso a servicios de salud, alimentan la violencia y hacen que el trabajo sexual sea una de las pocas fuentes de ingreso disponibles. El estigma y la discriminación enfrentados por las mujeres transgénero frecuentemente exceden aquellos experimentados por otros grupos poblacionales vulnerables frente al VIH (como los/ las trabajadores/as sexuales, lo(a)s usuario(a)s de drogas endovenosas y los hombres que tienen sexo con hombres) debido a su apariencia física que no siempre se ajusta a lo que convencionalmente la percepción de la sociedad espera de la apariencia de la mujer. Esto se relaciona de cerca con el complejo contexto social y económico en el cual las personas transgénero deben encontrar una manera de sobrevivir. El abuso físico, el trabajo sexual, la inyección de hormonas y silicona, la baja autoestima y la falta de acceso a servicios de salud adecuados juegan, cada uno, un papel importante en el incremento de la vulnerabilidad; todos llevan a que la prevalencia de VIH sea extremadamente alta entre ellas, como se observa en los datos (44).

3.4 Marco legal

Decreto 1543 de 1997 - Manejo del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) "Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)".

La Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA promueve que se tomen acciones audaces para acelerar la respuesta al sida. En ella se adopta un enfoque para el desarrollo basado en los derechos humanos y tiene por objetivo que en la respuesta al SIDA nadie quede excluido.

Esta tiene en cuenta los asuntos relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, demanda una educación integral sobre sexualidad y que se eliminen las leyes, las políticas y las prácticas punitivas que obstaculizan una respuesta al sida eficaz, incluidas las restricciones de viaje y las pruebas obligatorias, así como aquellas relacionadas con la transmisión del VIH, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual y el consumo de drogas.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Enfoque metodológico

Se realizó un estudio cuantitativo teniendo en cuenta que este responde al modelo empírico analítico.(15)

4.2 Tipo de estudio

El tipo de estudio es observacional-descriptivo-transversal, este se caracteriza porque el investigador no interviene; se usó la base de datos del estudio nacional titulado: “Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019” realizado entre mayo y septiembre de 2019 (Berbesí et al., 2019).(5)

4.3 Población

4.3.1 Población de referencia

Corresponde a los 688 registros de las bases de datos donde participaron mujeres trans de tres ciudades del país.

4.3.2 Población de estudio

217 mujeres transgénero que hicieron parte del estudio en la ciudad de Medellín, este estudio parte de la investigación marco.

4.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Se tomaron en cuenta las variables que den respuesta a los objetivos específicos.

Criterios de exclusión

Se excluyeron las variables que tenían un porcentaje de pérdida igual o mayor al 20%.

4.4 Fuente de Información

Secundaria, se utilizó la base de datos del proyecto titulado: “vulnerabilidad en VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali se realizó en 2019”, liderado por la universidad CES en convenio con ENTERRITORIO. La recolección demoró 18 semanas y para alcanzar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo de RDS Respondent Driving Sampling, en español se conoce como muestreo dirigido por el entrevistado (MDE). Esta metodología es ideal para alcanzar muestras en poblaciones ocultas y en las que se desconoce el marco muestral, como son las mujeres trans.

Para el proceso de reclutamiento y teniendo en cuenta la teoría del RDS, se convocaron inicialmente nueve semillas (3 en cada ciudad), el reclutamiento finalizó con la inclusión de 20 semillas en las tres ciudades para lograr el tamaño de la muestra requerida. Estas fueron identificadas a través de organizaciones sociales, actores clave de la población y actores institucionales. Se seleccionaron como semillas a aquellas personas que manifestaron poder convocar a un numeroso grupo de mujeres trans, que tuvieran liderazgo, visibilidad, reconocimiento y fueran diversas en cuando a sus características sociodemográficas, y que cumplieran los criterios mínimos de elegibilidad: asignación de sexo masculino al nacer, identificarse con el género femenino, ser mayor de edad y residir en las ciudades de Bogotá, Medellín (área metropolitana), y Cali (área metropolitana) y tener ciudadanía colombiana. Todas las participantes, incluyendo las semillas, recibieron tres cupones para reclutar a otras participantes elegibles de sus redes sociales. Este sistema de reclutamiento en cadena se continuó hasta alcanzar el total de 668 participantes (sin semillas). Siguiendo la teoría del RDS a cada persona se le dio un incentivo por su participación en el estudio (bono de supermercado por valor de 40.000 COP, aproximadamente 12 USD) y otro secundario vinculado al reclutamiento exitoso de tres nuevos participantes (dinero en efectivo, 30.000 COP, aproximadamente 9 USD). El tamaño de la muestra se alcanzó en un plazo de dieciocho semanas.

4.5 Variables

Para dar respuesta al primer objetivo, caracterizar los factores sociales, económicos y demográficos, se estudió las siguientes variables: edad, estrato, nivel educativo, estado civil, vivir sola, orientación sexual, etnia, redes de apoyo en caso de necesitar dinero y hospedaje, sentimiento de discriminación o rechazo en los últimos 12 meses, molestias de salud en los últimos 12 meses, régimen de salud, dependencia

económica, principal fuente de ingresos, promedio de ingresos mensuales, intercambio de dinero a cambio de sexo, edad de la primera relación sexual en la que recibió dinero a cambio de sexo.

Para dar respuesta al segundo objetivo; se utilizaron variables que miden conocimientos tales como: ¿el VIH se puede prevenir viviendo con una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus?, ¿el VIH se puede prevenir usando condón de manera correcta de principio a fin?, ¿puede una persona de aspecto sano tener SIDA o VIH?, ¿se puede transmitir el VIH por picadura de zancudo?, ¿el VIH se puede transmitir por compartir alimentos con una persona infectada?, ¿usted compraría frutas o verduras a un vendedor comercial si supiera que este tiene VIH?, ¿cree usted que los niños que tienen VIH deberían asistir al colegio con quienes no tienen?. Algunas de las otras variables utilizadas en este objetivo fueron, ¿ha oído hablar sobre ITS?, ¿ha oído hablar de SIDA- VIH?, participación en actividades informativas sobre VIH en los últimos 12 meses y fuente de donde obtuvo información sobre VIH.

Para dar respuesta al tercer objetivo: se tuvieron en cuenta variables para medir prácticas de riesgo, de autocuidado, métodos de protección usados para protegerse de las ITS, lugar en el que guarda los condones, edad de la primera relación sexual y uso de condón durante esta primera relación sexual.

4.5.1 Tabla de variables

Objetivo	Variabes	Categoría	Nivel de medición
1- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.	Edad en grupos decimales (P7)	1- 18 a 24 2- 25 a 34 3- 35 a 44 4- 45 en adelante.	Categórica: Nominal
	Estrato (P24)	1- 0 a 1. 2- 2 a 3. 3- 4 a 5.	Categórica: Nominal
	Nivel educativo (P25)	1- preescolar y primaria. 2- Secundaria. 3- Técnico y superior.	Categórica: Nominal
	Estado civil (P27)	1- Soltera. 2- Casada 3- unión libre	Categórica: Nominal

	Vivir sola (P33)	1- Sí 2- No	Categoría: Nominal
	Responsabilidad económica con alguien (P39)	1- Sí 2- No	Categoría: Nominal
	Etnia (P40)	1- Indígena. 2- Negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente y raizal. 3- Mestizo	Categoría: Nominal
	Autopercepción del estado de salud (P42)	1- Sí 2- No	Categoría: Nominal
	Régimen de afiliación en salud (P49)	1- contributivo 2- subsidiado 3- sin afiliación	Categoría: Nominal
	Ingresos (P32)	1- Sin ingresos. 2- Menos de un salario mínimo. 3- Mas de un salario mínimo.	Categoría: Nominal
	Orientación sexual (P85)	1- Heterosexual. 2- Homosexual. 3- Bisexual y otros.	Categoría: Nominal
	Intercambio de dinero a cambio de sexo en los últimos 6 meses (P246)	1- Sí 2- No	Categoría: Nominal
	Intercambio de dinero a cambio de sexo en toda la vida (P245)	1- Sí 2- No	Categoría: Nominal
	Edad de la primera relación donde recibió dinero (P247)	1- Menor de 15 años. 2- Mayor de 15 años.	Categoría: Nominal
	Redes de apoyo en caso de	1- Sí 2- No	Categoría: Nominal

	necesitar dinero y hospedaje (P512)		
	En los últimos meses ha tenido rechazo o discriminación (P554)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal

objetivo	Variable	Categoría	Nivel de medición
2- Determinar los conocimientos que tienen sobre la infección del VIH y SIDA	Ha oído hablar sobre ITS (P138)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
	Ha oído hablar sobre VIH/ SIDA (P406)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
	¿el VIH se puede prevenir con una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus? (P407)	1- Sí 2- No (incluye no sabe)	Categórica: Nominal
	¿el VIH se puede prevenir usando el condón de manera correcta de principio a fin? (P408)	1- Sí 2- No (incluye no sabe)	Categórica: Nominal
	¿puede una persona de aspecto saludable tener VIH o SIDA? (P409)	1- Sí 2- No (incluye no sabe)	Categórica: Nominal
	¿Se puede transmitir el VIH por picadura de zancudo? (P410)	1- Sí 2- No (incluye no sabe)	Categórica: Nominal
	¿se puede transmitir por compartir alimentos con una persona infectada? (P411)	1- Sí 2- No (incluye no sabe)	Categórica: Nominal
	¿Usted compraría verduras a un vendedor	1- Sí 2- No (incluye no sabe)	Categórica: Nominal

	comercial si supiera que este tiene VIH? (P412)		
	¿cree usted que los niños que tiene VIH deberían asistir a la escuela con los niños que no tienen VIH? (P413)	1- Sí 2-No (incluye no sabe)	Categórica: Nominal
	La información que usted tiene de VIH, SIDA o ITS la obtuvo por [a. Televisión, radio, prensa o internet] (P414)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
	La información que usted tiene sobre VIH, SIDA o infecciones de transmisión sexual, la obtuvo por [b. Clínica, hospital u otra institución de salud] (P415)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
	La información que usted tiene sobre VIH, SIDA o infecciones de transmisión sexual, la obtuvo por [e. Amigos o amigas] (P418)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
	Participación en los últimos 12 meses en actividad informativa sobre VIH. (P427)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal

Objetivo	Variable	Categoría	Nivel de medición
----------	----------	-----------	-------------------

3- Identificar prácticas de riesgo y autocuidado

Consejería sobre uso del condón y sexo seguro en los últimos 3 meses. (P405)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
Edad de primera relación sexual. (P95)	1- Menor de 15 años. 2- Mayor de 15 años.	Categórica: Nominal
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses. (P126)	0 a 1 2 a 10 11 a 20 21 a 3000	Categórica: Nominal
Uso de condón en la primera relación sexual. (P98)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
Circuncidada. (P134)	1- Si 2- No 3- No sabe/ no responde	Categórica: Nominal
Pareja con VIH o muerte por SIDA. (P135)	1- Si 2- No 3- No sabe/ no responde	Categórica: Nominal
37- ITS en los últimos 12 meses. (P139)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
Prácticas sexuales con más de un hombre a la vez. (P137)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
¿Cuál ITS le han diagnosticado en los últimos 12 meses? (P144) (Sífilis)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
Uso de condón con ITS (P159)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
Protección contra ITS en los últimos 30 días (P160)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
¿Qué método de protección contra las ITS ha usado en los últimos 30 días? (P161) (Usar condón)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal

	¿Qué método de protección contra las ITS ha usado en los últimos 30 días? (P162) (Revisar la zona genital o anal de la pareja antes de tener relaciones sexuales)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
	¿Qué método de protección contra las ITS ha usado en los últimos 30 días? (P163) (Lavar la zona genital o anal de la pareja antes de tener relaciones sexuales)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
	¿Qué método de protección contra las ITS ha usado en los últimos 30 días? (P164) (Limpiar la zona genital o anal de la pareja con una sustancia desinfectante antes de tener relaciones sexuales)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
	¿Qué método de protección contra las ITS ha usado en los últimos 30 días? (P165) (Lavar los genitales y el ano del participante al terminar la relación)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
	¿Qué método de protección contra las ITS ha usado en los últimos 30 días? (P166) (Usar lubricantes)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
	¿Qué método de protección contra las ITS ha usado en los últimos 30 días? (P167) (No tener relaciones sexuales)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
	Realización de pruebas diagnósticas en los últimos 3 meses (P170)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
	Pareja estable (P171)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
	Uso de condón con la pareja estable (P173)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal

Frecuencia del uso de condón con la pareja estable en los últimos 6 meses (P195)	1- Siempre 2- Algunas veces 3- Nunca 4- No tubo sexo anal con esta pareja en los últimos 6 meses	Categórica: Nominal
Hablar del riesgo de las ITS con la pareja (P198)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
Relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 6 meses (no intercambio de dinero) (P199)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
Uso de condón con parejas ocasionales en los últimos 6 meses en relación sexual anal. (P242)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
Uso de condón con clientes en los últimos 6 meses. (P295)	1- siempre 4- no tubo sexo anal con clientes	Categórica: Nominal
Uso del condón. (P339)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal
¿Dónde guarda los condones? (P390)	1- los trae consigo (bolsillo de la ropa, sostén o brasier) 2- en la cartera o bolso 3- en el lugar de residencia 4- en la billetera o monedero 5- nunca guardo condones y otros	Categórica: Nominal
Alguna vez en la vida se ha realizado pruebas del VIH. (P428)	1- Sí 2- No	Categórica: Nominal

En los 6 meses contados hasta ayer a consumido (alcohol)(P465)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
En los últimos 6 meses contados hasta ayer a consumido (Marihuana) (P472)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
En los últimos 6 meses contados hasta ayer a inhalado (Cocaína)(P474)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
Sabe dónde realizarse la prueba del VIH. (P456)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
Ha oído hablar sobre la terapia preexposición. (P460)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal
Ha oído hablar de la terapia post exposición. (P463)	1- Sí 2-No	Categórica: Nominal

4.6 Recolección de datos

La base de datos se obtuvo por medio de una autorización y la firma de un acuerdo de confidencialidad con la facultad de enfermería de la Universidad CES, quién en 2019 ejecutó el estudio: “Vulnerabilidad en VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali”, cuya financiación provino del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, en el marco del acuerdo de subvención N° 216146 suscrito con ENTERRITORIO.

4.7 Sesgos y control de sesgos

Esta investigación es de fuente secundaria por lo que puede presentarse que la información haya sido afectada por posibles inconvenientes en el registro de la misma, ocasionando que no se encuentren registrados todos los reportes referentes al VIH, además es posible que las personas que se encargaron de ingresar la información puedan haber incluido valores no permitidos o información errónea ya

sea por falta de claridad, o por el diligenciamiento inadecuado, el control de este tipo de inconvenientes es ajeno a las posibilidades de las investigadoras.

Para minimizar el sesgo por pérdida de información o datos perdidos, se eliminaron aquellas variables que cuenten con un porcentaje de pérdida mayor al 20% de los datos.

4.8 Procesamiento de la información

Para el análisis estadístico de los datos y la generación de cuadros de salida se utilizó el paquete estadístico JAMOV, para gráficos y presentación de informes se utilizó el procesador de texto Word y hojas de cálculo de Excel.

4.9 Tratamiento de datos

La base de datos contaba con el registro de 688 mujeres trans de Medellín, Cali, y Bogotá. Finalmente, la BD quedó con 217 registros que correspondían a la ciudad de Medellín. La BD original tenía 1200 variables, pero al depurar la información necesaria para dar respuesta a los objetivos finalmente quedaron 66 variables. La información fue tomada de una base de datos por lo cual se trabajó con datos recolectados previamente, se excluyeron variables que contaban con una pérdida mayor al 20%.

Haciendo los primeros análisis se pudo observar que había variables con muchos datos perdidos o categorías con pocas respuestas, por lo cual se modificaron o transformaron las siguientes variables: Edad, estrato, nivel educativo, estado civil, ingresos, etnia, EPS, orientación sexual, edad de la primera relación sexual, ¿con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales en los último 12 meses?, usted esta circuncidada?, frecuencia del uso de condón con la pareja estable en los últimos 6 meses, uso de condón con parejas ocasionales en los últimos 6 meses en relación sexual anal.

Las variables sobre conocimientos de VIH eran siete, de las cuales cinco corresponden a los indicadores “THE GAP REPORT” (ONUSIDA) sobre monitoreo del VIH a nivel internacional. Estas fueron:

1. ¿El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera adecuada y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales? (respuesta correcta: sí)
2. ¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir no tener múltiples parejas sexuales? (respuesta correcta: sí)
3. ¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo? (respuesta correcta: no)
4. ¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado(a)? (respuesta correcta: no)
5. ¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH? (respuesta correcta: sí).
6. ¿Usted compraría verduras a un vendedor comercial si supiera que este tiene VIH? (respuesta correcta: sí).
7. ¿Usted compraría verduras a un vendedor comercial si supiera que este tiene VIH? (respuesta correcta: sí).

Para lograr una única variable de conocimientos se tuvo en cuenta que aquellas que tuvieron entre 6 y 7 aciertos tenían buenos conocimientos y las que tuvieron 5 o menos no los tenían. De esta manera se creó una variable dicotómica para poder aplicar luego el análisis bivariado.

4.10 Análisis

Análisis univariado, mediante medidas descriptivas y distribuciones de frecuencia de las características de la población objeto de estudio, según las variables sociales, económicas, demográficas, sobre los conocimientos del VIH, prácticas de riesgo y autocuidado.

Se realizó análisis bivariado, a través de la prueba del χ^2 con el fin de identificar relaciones estadísticas entre los conocimientos (sí o no) y las variables sociodemográficas, económicas y las prácticas de riesgo o autocuidado.

4.11 Plan de divulgación de los resultados

Se presentará al grupo de investigación y a la comunidad científica de la facultad de enfermería de la Universidad CES, por medio de un poster y una exposición.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, este proyecto se clasifica sin riesgo, pues se utilizó una base de datos que no contenía datos personales de las encuestadas.

- Artículo 11 Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.
- No se utilizaron las encuestas originales, ni se tuvo acceso a datos que evidenciaran la identidad de los participantes. Los datos fueron utilizados con fines investigativos y manipulados únicamente por el investigador y el asesor.

6. RESULTADOS

6.1 Características socio demográficas, económicas y de salud de las mujeres transgénero de la ciudad de Medellín.

De las 217 mujeres transgénero de la ciudad de Medellín aproximadamente 4 de cada 10 tiene entre 25 a 34 años, seguido de aquellas que tienen entre 18 a 24 años, lo que evidencia una población muy joven. Con relación al estrato social la mayoría de las MT viven en estrato 2 y 3, con el 64.1%, seguido de las que viven en estrato 0 y 1, que representa aproximadamente la cuarta parte y en tercer lugar con el 10.1% las que viven en estrato 4 y 5. Con respecto al nivel educativo, la mayoría, es decir, el 70.5% tiene un nivel educativo secundario en comparación a la 13.8% que tiene un técnico superior; en el estado civil predomina ser soltera con un 85.3%, teniendo un porcentaje menor del 2.8% casada. Las MT que viven solas es de un 35% en comparación con las que viven acompañadas que es de un 65%; según la etnia el 88% pertenece a mestizos y el 9.7% son afrodescendientes. En relación con la orientación sexual el 50.7% respondió ser homosexual, seguido del 39,2% que se considera heterosexual y en menor proporción con el 10.1% bisexual u otro. En los últimos 12 meses el 50.2% no han sentido rechazo o discriminación en comparación al 47.9% que si han sentido discriminación o rechazo; El 72.8% si tiene redes de apoyo en caso de necesitar hospedaje o dinero, mientras el 27.2 no tiene redes de apoyo. (Tabla 1).

Tabla 1. características sociodemográficas de las mujeres transgénero

Variable	N	%
Edad		

18 a 24 años	71	32.9 %
25 a 34 años	89	41.2 %
35 a 44 años	27	12.5 %
45 años en adelante	29	13.4 %
Estrato		
0 y 1	56	25.8 %
2 y 3	139	64.1 %
4 y 5	22	10.1 %
Nivel educativo		
Prescolar y primaria	34	15.7 %
secundaria	153	70.5 %
Técnico y superior	30	13.8 %
Estado civil		
Soltera	185	85.3 %
Casada	6	2.8 %
Unión libre	26	12.0 %
Vivir sola		
Si	76	35.0 %
No	141	65.0 %
Orientación sexual		
Homosexual	110	50.7 %
Bisexual y otros	22	10.1 %
Heterosexual	85	39.2 %
Etnia		
Indígena	5	2.3 %
Mestizo	191	88.0 %
Negro/mulato/afrocolombiano/afrodescendiente/ raizal.	21	9.7 %
Redes de apoyo en caso de necesitar dinero y hospedaje		
Si	158	72.8 %
No	59	27.2 %
¿En los últimos 12 meses ha tenido rechazo o discriminación?		
Si	104	47.9 %
No	113	52.1 %

En relación con la autopercepción del estado de salud en el último año, el 59.4 % de las MT no siente ninguna molestia. En el régimen de afiliación en salud

aproximadamente 7 de cada 10 pertenecen al subsidiado, y 11.5% no está afiliada (Tabla 2).

Tabla 2. características de salud de las mujeres transgénero

Variable	N	%
¿Ha tenido molestias de salud en los últimos 12 meses?		
No	129	59.4 %
Si	88	40.6 %
Régimen de afiliación		
Contributivo	39	18.0 %
Sin afiliación	25	11.5 %
Subsidiado	153	70.5 %

De acuerdo con las características económicas, aproximadamente 3 de cada 10 tienen a alguien que depende económicamente de ellas, el 52.1% recibe menos de un salario mínimo y 14.7% reportó no tener ningún ingreso. Respecto al intercambio de dinero a cambio de sexo en los últimos 6 meses el 72.5% de las MT respondió de forma afirmativa y 89% lo ha hecho alguna vez en la vida; respecto a la edad en la primera relación donde recibió dinero el 71.2% eran mayores de 15 años y el 28.8 eran menores 15 años. La mayoría de las MT se dedican al trabajo sexual o web cam como fuente de ingresos (54,5) (Tabla 3).

Tabla 3. características económicas de las mujeres transgénero

Variable	N	%
Actualmente alguien depende económicamente de usted		
Si	69	31.8 %
No	148	68.2 %
¿En promedio, cuánto gana al mes?		
Mas de un salario mínimo	72	33.2 %
Menor de un salario mínimo	113	52.1 %
Sin ingreso	32	14.7 %
¿En los últimos 6 meses ha recibido dinero a cambio de sexo?		
Si	140	72.5 %
No	53	27.5 %
¿Alguna vez en su vida a recibido dinero a cambio de sexo?		
Si	194	89.4 %
No	23	10.6 %
Edad de la primera relación de sexual donde recibió dinero		

Mayor de 15 años	99	71.2 %
Menor de 15 años	40	28.8 %
Principal fuente de ingreso		
Sin ingresos/Otros	65	30.1 %
Empleada/espectáculos	28	13.0 %
Prostitución	84	38.9 %
Estilista/Modista	39	18.1 %

6.2 Conocimientos que tienen las mujeres trans de Medellín sobre la infección del VIH -SIDA

De las 217 mujeres transgénero de la ciudad de Medellín el 56.1% responde que se puede prevenir el VIH con una pareja sexual fiel que no viva con el virus, más de la mitad (86.8 %) piensa que se puede prevenir usando el condón de manera correcta de principio a fin. El 93% refiere que una persona de aspecto saludable puede tener VIH o SIDA, mientras el 6% no sabe, no responde. Frente a las preguntas sobre transmisión, llama la atención que la cuarta parte piensa que se puede transmitir el VIH por la picadura del zancudo, el 88.2 % refiere que no se transmite el VIH por compartir alimentos con otra persona infectada. En las preguntas relacionadas con estigma/discriminación, las MT respondieron que el 92.5% le compraría verduras a un vendedor comercial si supiera que tiene VIH en diferencia al 7.5% que no saben, no responden, y el 92.6 % creen que los niños con VIH deben asistir al colegio con niños que no lo tienen. Es de anotar que estas preguntas hacen parte de los indicadores para el Monitoreo Global del SIDA de UNAIDS (Tabla 4).

Tabla 4. Conocimientos sobre VIH, SIDA, ITS

Variable	N	%
¿El VIH se puede prevenir con una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus?		
No/No sabe	93	43.9 %
Si	119	56.1 %
¿El VIH se puede prevenir usando el condón de manera correcta de principio a fin?		
Si	184	86.8 %
No/No sabe	28	13.2 %
¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH o SIDA?		

Si	198	93.4 %
No/No sabe	14	6.6 %
¿Se puede transmitir el VIH por picadura de zancudo?		
Si	55	25.9 %
No/No sabe	157	74.1 %
¿Se puede transmitir el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?		
No/No sabe	187	88.2 %
Si	25	11.8 %
¿Usted compraría verduras a un vendedor comercial si supiera que este tiene VIH?		
Si	185	92.5 %
No	15	7.5 %
¿Cree usted que los niños que tiene VIH deberían asistir a la escuela con los niños que no tienen?		
Si	188	92.6 %
No	15	7.4 %

De acuerdo con las fuentes de información y participación en actividades de prevención, casi la totalidad (95%) han oído hablar sobre ITS y del VIH- SIDA. El 43.3 % ha participado en actividades informativas sobre VIH en el último año. La información que tienen las MT sobre VIH, SIDA o ITS la obtuvieron en un 37.3 % de la televisión, la radio, o la prensa, aproximadamente 3 de cada 10 MT la obtuvieron de la clínica, hospital u otra institución de salud, y el 29.5 % la obtuvo de amigos o amigas. (Tabla 5).

Tabla5. Fuente de información de VIH

Variable	N	%
¿Ha oído hablar sobre ITS?		
Si	208	95.9 %
No	9	4.1 %
¿Ha oído hablar de SIDA-VIH?		
Si	212	97.7 %
No	5	2.3 %
¿En los últimos 12 meses ha participado en actividad informativa sobre el VIH?		
Si	94	43.3 %
No	123	56.7 %
¿La información que usted tiene de VIH, SIDA o ITS la obtuvo de televisión, radio, prensa o internet?		

Si	81	37.3 %
No	136	62.7 %
¿La información que usted tiene sobre VIH, SIDA o ITS la obtuvo de clínica, hospital u otra institución de salud?		
Si	69	31.8 %
No	148	68.2 %
¿La información que usted tiene de VIH la obtuvo de amigos o amigas?		
Si	64	29.5 %
No	153	70.5 %

En relación con los conocimientos según la edad se encontró que en el rango de edades comprendidas entre los 25 a 34 años, 82 mujeres transgénero no tenían conocimientos en VIH, seguido de las mujeres transgénero entre los 18 a 24 años donde 63 de ellas no presentan conocimiento en VIH.

Tabla 6. Relación entre conocimientos en VIH y la edad.

EDAD	Conocimiento		
	No	Si	Total
45 años en adelante	1	0	1
25 a 34	82	7	89
45 años en adelante	24	5	29
35 a 44	25	2	27
18 a 24	63	8	71
Total	195	22	217

6.3 Prácticas de riesgo y de autocuidado sobre el VIH.

Prácticas de riesgo

El 88.9% reporta no tener una pareja que viva con el VIH o que haya muerto por VIH SIDA, en comparación al 8.8% que si ha tenido. Mas de mitad (60.8%) ha tenido prácticas sexuales con más de un hombre a la vez. Con relación al consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, se encontró que, el 80.6% ha consumido alcohol, el 38,7% ha inhalado cocaína, y el 65.9% ha consumió marihuana en los 6 meses previos a la fecha de la encuesta. De las 217 mujeres

transgénero de la ciudad de Medellín aproximadamente 6 de cada 10 tuvo su primera relación sexual siendo menor de 15 años, y el 78.3% no uso condón en su primera sexual (Tabla 7).

Tabla 7. Prácticas de riesgo

Variable	N	%
¿Tiene una pareja con VIH o muerte por SIDA?		
Si	19	8.8 %
No	193	88.9 %
No sabe/ No responde	5	2.3 %
¿Ha tenido prácticas sexuales con más de un hombre a la vez?		
Si	132	60.8 %
No	85	39.2 %
En los últimos 6 meses contados hasta ayer, ¿ha consumido alcohol?		
Si	175	80.6 %
No	42	19.4 %
En los últimos 6 meses contados hasta ayer, ¿ha consumido marihuana?		
Si	143	65.9 %
No	74	34.1 %
En los últimos 6 meses contados hasta ayer, ¿ha inhalado cocaína?		
Si	84	38.7 %
No	133	61.3 %
En los últimos 6 meses contados hasta ayer, ¿ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales sin intercambio de dinero?		
Si	115	53.0 %
No	102	47.0 %
Edad de la primera relación sexual		
Mayor de 15 años	72	33.2 %
Menor de 15 años	145	66.8 %
¿Usó condón en la primera relación sexual?		
Si	47	21.7 %
No	170	78.3 %

Prácticas de autocuidado

Con relación a la circuncisión el 80.6% no está circuncidada, el 81.7% utilizó protección contra las ITS en los 30 días previos a la encuesta y el 18.3% no lo hizo. 8 de cada 10 MT refiere no haberse realizado pruebas diagnósticas de ITS en los últimos 3 meses. La mayoría de las mujeres trans (90%) han utilizado condón la última vez que tuvieron sexo anal con su pareja estable. El 67.7% no cuenta con pareja estable. La frecuencia de uso de condón con cliente en los últimos 6 meses fue de 100%.

Frente a las preguntas sobre el uso del preservativo para prevenir ITS, el 74.2% reportó siempre usarlos la última vez que tuvo una ITS. El 92.7% en los últimos 30 días, usó el condón como método de protección contra ITS respecto al 7.3% no lo usó. El 36.1% siempre ha usado condón con frecuencia en los últimos 6 meses, el 6.1% no lo ha usado con parejas ocasionales y 53,9% si lo hizo con sus clientes.

Con relación al número de parejas sexuales, el 43,3% ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, con más de 21 personas, seguido del 34,1% que ha tenido entre 2 y 10 parejas sexuales, en tercer lugar, se encuentra quienes tuvieron 1 o ninguna (10,6) y el porcentaje restante corresponde a las que tuvieron entre 11 y 20 parejas. El 91.4% no han oído hablar sobre la terapia post-exposición y el 8,6 % sí.

Con respecto al almacenamiento de los condones, de las 217 mujeres transgénero de la ciudad de Medellín el 59.4% guardan los condones en cartera o bolso y el 8.3% en la billetera o monedero.

En cuanto a métodos de protección contra las ITS el 94.7% no revisó la zona genital de sus parejas sexuales antes de tener relaciones, 9 de cada 10 no lava la zona genital o anal de la pareja con jabón antes de tener relaciones sexuales. El 2.9% usa lubricantes, el 8,8% refiere no tener relaciones sexuales como método de prevención contra las ITS en los 30 días previos a la encuesta (Tabla 8).

Tabla 8. Prácticas de autocuidado

Variable	N	%
¿Usted esta circuncida?		
Si	36	16.6 %
No	175	80.6 %
No sabe/ No responde	6	2.8 %
En los últimos 30 días contados hasta ayer, ¿ha utilizado protección contra las ITS?		
Si	170	81.7 %
No	38	18.3 %
En los últimos 3 meses contados hasta ayer, ¿ha realizado pruebas diagnósticas de ITS?		

Si	33	19.4 %
No	137	80.6 %
La última vez que tuvieron sexo anal con su pareja estable, ¿usaron condón?		
Si	153	90.0 %
No	17	10.0 %
¿Actualmente usted tiene pareja estable?		
Si	70	32.3 %
No	147	67.7 %
¿Alguna vez en su vida se ha realizado pruebas diagnóstica de VIH?		
Si	187	86.2 %
No	30	13.8 %
¿Ha recibido información sobre el uso correcto del condón?		
Si	187	86.2 %
No	30	13.8 %
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses		
0 a 1	23	10.6 %
2 a 10	74	34.1 %
11 a 20	26	12.0 %
21 a 3000	94	43.3 %
¿Ha tenido alguna ITS?		
Si	35	16.8 %
No	173	83.2 %
¿Ha tenido relaciones sexuales con pareja ocasional a sin intercambio de dinero?		
Si	115	53.0 %
No	102	47.0 %
Uso del condón con pareja ocasional en sexo anal		
Siempre	62	53.9 %
Algunas veces	46	40.0 %
Nunca	7	6.1 %
Frecuencia del uso condón con clientes en los últimos 6 meses		
Siempre	140	100%
¿Ha oído hablar sobre la terapia preexposición?		
Si	17	8.2 %
No	191	91.8 %
¿Ha oído hablar de la terapia post exposición?		

Si	18	8.6 %
No	191	91.4 %
¿Usted usa condón?		
Si	203	93.5 %
No	14	6.5 %
¿Dónde guarda los condones?		
En el lugar de residencia	50	23.0%
En la billetera o monedero	18	8.3 %
En la cartera o bolso	129	59.4 %
Nunca guardo condones y otros	9	4.1 %
Los trae consigo (bolsillo de la ropa, sostén o brasier)	11	5.1 %
¿Revisa la zona genital o anal de la pareja antes de tener relaciones sexuales?		
Si	9	5.3 %
No	161	94.7 %
¿Lava la zona genital o anal de la pareja con jabón después de tener relaciones sexuales?		
Si	5	2.9 %
No	165	97.1 %
¿Usar lubricantes?		
Si	5	2.9 %
No	165	97.1 %
No tener relaciones sexuales		
Si	15	8.8 %
No	155	91.2 %

6.4 Análisis Bivariado

En el análisis bivariado se incluyeron las variables que en la literatura tienen relación con los conocimientos de VIH. Estas fueron: estrato, estado civil, ingresos, régimen de afiliación, nivel educativo, ha recibido discriminación en los últimos 12 meses, ha participado en actividad educativa en los últimos 12 meses, uso del condón en la primera relación sexual, consumo de alcohol en los últimos 6 meses y edad de la primera relación sexual. Según la prueba chi cuadrado ($p < 0.05$), no se encontró asociación estadísticamente significativa entre los conocimientos del VIH con otras variables independientes. Solo hubo dos variables que someramente mostraron alguna relación y fue el uso del condón en la primera relación sexual ($p = 0,077$) y edad de la primera relación sexual ($p = 0,077$). Las mujeres que no usaron el

preservativo en la primera relación y que tuvieron la relación antes de los 15 años tienen menores conocimientos sobre el VIH.

Tabla 6. Análisis bivariado sobre conocimientos del VIH.

	Conocimientos en VIH		<i>P</i>
	Si (n=22)	No (n=195)	
Estrato			0,568
0-1	5 (22,7)	51 (26,2)	
2 a 3	16(72,7)	123 (63,1)	
4 a 5	1 (4,5)	21 (10,8)	
Estado civil			0,096
Soltera	19 (86,4)	166 (85,1)	
Casada	2 (9,1)	4 (2,1)	
Unión libre	1 (4,5)	25 (12,8)	
Ingresos			0,289
Más de un salario mínimo	4 (18,2)	68 (34,9)	
Menos de un salario mínimo	14 (63,6)	99 (50,8)	
Sin ingresos	4 (18,2)	28 (14,4)	
Régimen de afiliación			0,931
Contributivo	4 (18,2)	35 (17,9)	
Sin afiliación	2 (9,1)	23 (11,8)	
Subsidiado	16 (72,7)	137(70,3)	
Nivel educativo			0,774
Preescolar y primaria	4 (18,2)	30 (15,4)	

Secundaria	16 (72,7)	137 (70,3)	
Técnico y superior	2 (9,1)	30 (14,4)	
Discriminación en los últimos 12 meses			0,807
Si	10 (45,5)	94 (48,2)	
No	12 (54,5)	101 (51,8)	
Participación en actividades educativas sobre el VIH			0,487
Si	8 (36,4)	86 (44,1)	
No	14 (63,6)	109 (55,9)	
Uso del condón en la primera relación sexual			0,077
Si	8 (36,4)	39 (20,0)	
No	14 (63,6)	156 (80,0)	
Consumo de alcohol en los últimos 6 meses			0,673
Si	17 (77,3)	158 (81,0)	
No	5 (22,7)	37 (19,0)	
Edad de la primera relación sexual			0,077
Mayor de 15 años	11 (50,0)	61 (31,3)	
Menor de 15 años	11 (50,0)	134 (68,7)	

7. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que casi la totalidad de las MT de la ciudad de Medellín han oído hablar del VIH, sin embargo, frente a conocimientos específicos sobre esta ITS existen múltiples vacíos, pues solo el 10,1% de las entrevistadas tienen conocimientos adecuados, es decir, respondieron bien a las preguntas realizadas. Es de anotar, que cinco de las siete preguntas realizadas corresponden a indicadores internacionales de conocimientos de VIH, y su medición se realiza en población general a través de encuestas nacionales de demografía y salud, encuestas sobre indicadores de SIDA y otras encuestas representativas, por lo cual se pueden comparar los datos (45).

Al comparar los resultados con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015 en Colombia, se encontró que las MT tienen un conocimiento comprensivo un poco más alto que el de las mujeres cisgénero entre 14 y 49 años, exceptuando la pregunta sobre limitar a una sola pareja sexual estable (46). El conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida hace referencia a que la persona entrevistada sabe que usar condón durante las relaciones sexuales y tener una sola pareja sexual que no esté infectada y que no tenga otras parejas sexuales, puede reducir el riesgo de contraer el VIH. Sabe también que una persona que parezca saludable puede tener el VIH/Sida y rechaza las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH/Sida en Colombia, las cuales son que él puede ser transmitido por picadura de mosquitos y que puede ser transmitido compartiendo alimentos con personas que tengan el virus. Por ejemplo, el 86,8% de las MT, identifican que el uso del preservativo en las relaciones sexuales de principio a fin ayuda a prevenir

el VIH, porcentaje similar (85,7%) fue encontrado en de las mujeres cisgénero del área urbana, lo cual indica en ambas poblaciones conocimientos bajos en el uso del preservativo (46).

Entre los resultados llama la atención que el 43% de las MT no identifican de manera clara que tener relaciones con una pareja sexual fiel que no viva con el virus previene la transmisión del VIH, en comparación con el 83,4% de las mujeres cisgénero; probablemente esto se debe a que la prevención del VIH se ha centrado en el sexo seguro, es decir, motivando hacia el uso del preservativo, en el testeo anual en población clave y de manera actual en el uso de la profilaxis pre exposición al VIH (PrEP) (47) y poco se enfoca la prevención hacia las parejas sexuales estables. Llama la atención que las estrategias de prevención en la mayoría de los países carecen de un enfoque de género y diferencial, pero que precisamente son los hombres que tienen sexo con hombres y las mujeres trans las poblaciones con una carga elevada por esta ITS.

De acuerdo con el estudio de seroprevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en Colombia para el año 2019, se encontró que una relación consumo de alcohol y VIH del 11,1%, mientras que del grupo de HSH que inhalan cocaína el 14,5% tenían diagnóstico de VIH, estas variables no tienen una asociación estadísticamente significativa con el VIH, sin embargo se encontró que al menos el 50% de quienes consumían viagra tenían VIH, dando como resultado una asociación estadísticamente significativa(16). Frente a la edad en la que es más prevalente el VIH en los HSH se encontró este virus es más frecuente en personas de 25 años y más. Los hallazgos de este estudio demuestran que en los HSH con bajo nivel de escolaridad tienen 6,53 veces más probabilidad de contraer la infección que aquellos que tienen un nivel de escolaridad más alto(16).

Por otro lado, llama la atención que los conocimientos que tienen las MT sobre el VIH lo adquieren en mayor proporción de amigas y amigos, lo cual puede llevar a tener conocimientos erróneos y falsas ideas arraigadas localmente, como lo es la transmisión a través de la picadura de un mosquito, a lo cual respondieron 2 de cada 10 trans que era posible. En este caso los servicios y profesionales de la salud deben jugar un papel clave en la educación sobre el VIH en esta población, y no centrar su práctica exclusivamente en el cuidado y atención clínica. Es bien sabido que las MT son altamente discriminadas en los servicios de salud, ya que, en un estudio de Argentina se encontró que el 40% de las MT evitaban buscar servicios de salud debido a su identidad de género y que en aquellas que habían tenido una experiencia negativa previa con un profesional de la salud la probabilidad de no asistir aumentaba en tres veces (Ora: 3,36; IC 95%: 1,58-4,17).

Los resultados de este estudio también muestran un panorama de alta vulnerabilidad social de las MT, lo cual es comparable con lo encontrado en estudios internacionales. A nivel global se ha evidenciado que las mujeres transgénero que tienen menor estrato socioeconómico, menor nivel educativo y sufren discriminación por parte de sus familias, tienen mayor riesgo de ejercer el trabajo sexual, lo que conlleva a prácticas sexuales de alto riesgo, como el no uso del condón, en esta población hay menor capacidad de uso del preservativo con clientes y muchas de ellas dejan de lado la protección y acceden por temor a perder el dinero o ser rechazadas, por ejemplo en este estudio el 38.9% ejercen el trabajo sexual y el 18.3% no usaron protección contra las ITS en los últimos 30 días, este mismo estudio nos revela que el uso del condón es muy alto con un porcentaje de 93.5% no usó preservativo en la última relación sexual.

Otro asunto de interés es el porcentaje tan alto de las MT de este estudio que consumen sustancias psicoactivas, el 80.6% ha consumido alcohol, el 65.9% ha consumido marihuana, y el 38.7% ha inhalado cocaína. El consumo de drogas y alcohol y la combinación con el trabajo sexual es bastante conocida y los riesgos de adquirir ITS son aún mayores. Al comparar estos resultados con un estudio de MT de Nueva York se encontraron resultados similares, haciendo referencia a una alta prevalencia del consumo de estas drogas como medio de apoyo para ejercer sus prácticas sexuales con mayor facilidad.

Frente a prácticas de autocuidado al VIH, que de manera indirecta miden conocimientos frente a la infección, llama la atención que la mayoría no se realiza pruebas de VIH de manera anual, en los últimos 12 meses la mayoría de la MT han tenido relaciones sexuales con un promedio de 21 a 3000 personas un el mayor porcentaje de 43.4%, un porcentaje bajo usa lubricantes, sobre la terapia preexposición solo el 8.2% han oído hablar, Tales prácticas ponen de manifiesto la importancia de impartir una educación que no solo se enfoque en aumentar los conocimientos, sino que mejore las prácticas y que tenga en cuenta las condiciones de vida de la población por ejemplo es bien sabido que las intervenciones de base comunitaria o de ayuda entre pares son eficaces para disminuir prevalencias de VIH, pues no solo se enfocan en transmitir información, sino en disminuir vulnerabilidades y mejorar su calidad de vida, lo que redundará en su salud (48). La educación tradicional ha mostrado fallas.

Estrategias de educación y prevención actuales como la “prevención combinada” fundamentada en los derechos, y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas son necesarias para abordar este complejo

tema del VIH (49). La integralidad en las acciones, pone relevancia en la necesidad de formar a los profesionales de la salud en diversidades sexuales y de género, en pedagogías y enfoques populares y comunitarios, entre otros, los cuales son acciones en los que el profesional de enfermería tiene un rol protagónico desde la esfera de programas sociales, asistencia clínica, promoción y prevención, atención primaria en salud.

La enfermería puede considerarse una disciplina social ya que se ocupa tanto del individuo como de la salud del grupo, se trata de una profesión al servicio de la comunidad. Es la que interactúa directamente con el paciente y con todo el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, y es aquí donde la relevancia del trato y comunicación con la paciente cobra sentido, esa interrelación que se establece entre los y las enfermeras y el paciente es el pilar clave para el éxito de los cuidados en salud.

Durante el transcurso de la investigación se evidencia la importancia que tiene el papel del profesional de la salud en la promoción, prevención y cuidado de los pacientes. Uno de los grandes retos que tiene la profesión de enfermería es crear campañas dirigidas a cada paciente, amigables con su entorno, condiciones de vida, nivel socioeconómico y educativo; en las que las mujeres transgénero y en general toda la población no sienta que se le está cuestionando y obligando a llevar un modo de vida. Una de las teorías de enfermería en la que ese refleja este tipo de pensamiento es en la de Madeleine Leininger, quien plantea y define su teoría transcultural con base a la aplicación de la antropología y a los cuidados sanitarios. Madeleine busca principalmente que los cuidados de los enfermeros se adecuen a la cultura y entorno social de los pacientes, afirmando que las personas de distintas culturas pueden ayudar a los profesionales a ofrecer cuidados más adecuados con referencia a sus creencias y costumbres para que con ello los enfermeros conozcan el mundo de sus pacientes, y así brindar una atención desde el punto de vista de ellos, manteniendo su ética adecuada.

La enfermería antropológica o antropología de los cuidados estudia los mecanismos de satisfacción de necesidades relativas a situaciones de salud-enfermedad de una determinada cultura y constituye el paso previo para el análisis comparativo intercultural que se establece en la enfermería transcultural.

8. RECOMENDACIONES

Desde la profesión de enfermería se requiere generar nueva investigación que permita conocer las circunstancias y experiencias de mujeres con VIH/SIDA y que sensibilice en mayor medida a las y los profesionales de la disciplina frente a esta compleja realidad, donde los aspectos psicosociales del cuidado juegan un importante papel. Para la comprensión y análisis de la situación de cada persona es necesario apoyarnos en un modelo teórico de enfermería como puede ser el modelo de Nola Pender, el modelo de Madelein Leininger, entre otros.

9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Alligood MR, Marriner-Tomey A, editores. Nursing theorists and their work. 7th ed. Maryland Heights, Mo: Mosby/Elsevier; 2010. 797 p.
2. Piette JD. Literacidad en salud. Medwave [Internet]. 1 de mayo de 2009 [citado 14 de mayo de 2022];9(05). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/enfermeria/3921>
3. ucr175a.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr175a.pdf>
4. Preguntas frecuentes con relación al VIH y el sida [Internet]. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
5. Transmisión del VIH | Información básica | VIH/SIDA | CDC [Internet]. 2022 [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/transmission.html>
6. Badillo-Viloria M, Sánchez XM, Vásquez MB, Díaz-Pérez A, Badillo-Viloria M, Sánchez XM, et al. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enferm Glob.* 2020;19(59):422-49.
7. Circuncisión masculina y VIH: aquí y ahora (Parte 2) [Internet]. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2007/february/20070228mcpt2>

8. Terapia Antirretroviral - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral>
9. HIV-AIDS RSAC NEW Test/Treat Project on three continents. - RINJ [Internet]. The RINJ Foundation Women. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://rinj.org/interactive/hiv-aids/>
10. Prevención Combinada de la Infección por el VIH - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih>
11. Preguntas frecuentes con relación al VIH y el sida [Internet]. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
12. Cartilla Género final.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/conexion-justicia/Documents/caja-herramientas-genero/Cartilla%20G%C3%A9nero%20final.pdf>
13. Cartilla Género final.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/conexion-justicia/Documents/caja-herramientas-genero/Cartilla%20G%C3%A9nero%20final.pdf>
14. Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género [Internet]. <https://www.apa.org>. [citado 29 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/lgbtq/transgenero>
15. Enfoque y características del Método Cuantitativo | Sinnaps [Internet]. Gestor de proyectos online. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sinnaps.com/blog-gestion-proyectos/metodo-cuantitativo>
16. Comportamiento-sexual-y-prevalencia-VIH_baja.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://editorial.ces.edu.co/wp-content/uploads/2020/07/Comportamiento-sexual-y-prevalencia-VIH_baja.pdf
17. TRANS (1).pdf [Internet]. [citado 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANS%20%281%29.pdf>
18. Ginebra: WHO; 2015 [citado el 9 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/pub/transgender/transgender-hiv-policy/en/>. Transgender

People and HIV Prevention: What We Know and What We Need to Know, a Call to Action

19. Cartilla Género final.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/conexion-justicia/Documents/caja-herramientas-genero/Cartilla%20G%C3%A9nero%20final.pdf>
20. Cartilla Género final.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/conexion-justicia/Documents/caja-herramientas-genero/Cartilla%20G%C3%A9nero%20final.pdf>
21. Chhim S, Ngin C, Chhoun P, Tuot S, Ly C, Mun P, et al. HIV prevalence and factors associated with HIV infection among transgender women in Cambodia: results from a national Integrated Biological and Behavioral Survey. *BMJ Open*. 11 de agosto de 2017;7(8): e015390.
22. WHO_HIV_2015.17_eng.pdf [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Magno L, Dourado I, da Silva LAV, Brignol S, Amorim L, MacCarthy S. Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: A mixed methods study. *PLoS ONE*. 11 de abril de 2018;13(4): e0194306.
24. Ramos-Jaraba SM, Berbesi-Fernandez DY, Bedoya-Mejía S, Molina-Estrada AP, Martínez-Rocha A, Segura-Cardona ÁM. Factores asociados a la percepción de vulnerabilidad al VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 1 de julio de 2021;38(2):232-9.
25. Estrada-Montoya JH, García-Becerra A. Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Rev Gerenc Políticas Salud*. junio de 2010;9(18):90-102.
26. Enfoque y características del Método Cuantitativo | Sinnaps [Internet]. Gestor de proyectos online. [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sinnaps.com/blog-gestion-proyectos/metodo-cuantitativo>
27. Monitoreo Global del SIDA 2022 — Indicadores y preguntas para el seguimiento de los progresos de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2021. :220.

28. Uribe AG, Serna LFC, Guerrero CED, Bernal GLB, Vargas SLG. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. :96.
29. TRANS (1).pdf [Internet]. [citado 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANS%20%281%29.pdf>
30. UNAIDS. The gap report transgender people [Internet]. Geneva: Switzerland; 2014 [citado el 9 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/08_Transgenderpeople.pdf. 11. World Health Organization. Policy brief: Transgender people and HIV [Internet].
31. HIV [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
32. Peate I, Suominen T, Välimäki M, Lohrmann C, Muinonen U. HIV/AIDS and its impact on student nurses. *Nurse Educ Today*. 1 de agosto de 2002;22(6):492-501.
33. FaukNK, Merry MS, Putra S, Sigilipoe MA, Crutzen R, Mwanri L. Perceptions among transgender women of factors associated with the access to HIV/AIDS-related health services in Yogyakarta, Indonesia. *PLOS ONE*. 15 de agosto de 2019;14(8): e0221013.
34. Miyares A. Delirio y misoginia trans: Del sujeto transgénero al transhumanismo. *Los Libros De La Catarata*; 2022. 151 p.
35. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Derribando barreras de acceso a la salud para las personas trans en Argentina [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14259:breaking-down-barriers-healthcare-access-transgender-people-argentina&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
36. [guias-mujeres-trans-vih.pdf](#) [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-mujeres-trans-vih.pdf>
37. ENDS-2015-TOMO-II.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>

38. Kyu Choi S, Flórez-Donado J, Kittle K, Meyer IH, Divsalar S, Lin A, et al. Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia. Resultados de una encuesta nacional [Internet]. Universidad Simón Bolívar; 2019 [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/8296>
39. 08_Transgenderpeople.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/08_Transgenderpeople.pdf
40. HIV prevalence and factors associated with HIV infection among transgender women in Cambodia: results from a national Integrated Biological and Behavioral Survey | BMJ Open [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e015390.long>
41. WHO_HIV_2015.17_eng.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Magno L, Dourado I, da Silva LAV, Brignol S, Amorim L, MacCarthy S. Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: A mixed methods study. PLoS ONE. 11 de abril de 2018;13(4):e0194306.
44. Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000100006
45. Monitoreo Global del SIDA 2022 — Indicadores y preguntas para el seguimiento de los progresos de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2021. :220.
46. Uribe AG, Serna LFC, Guerrero CED, Bernal GLB, Vargas SLG. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. :96.
47. Prevención del VIH | Información básica | VIH/SIDA | CDC [Internet]. 2022 [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prevention.html>
48. 71964820002.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/719/71964820002/71964820002.pdf>

49. Prevención Combinada de la Infección por el VIH - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih>