

PRÁCTICAS Y CREENCIAS FRENTE AL VIH-SIDA EN ADOLESCENTES DE
COMUNIDADES INDÍGENAS. UNA REVISIÓN NARRATIVA

PRESENTADO POR:
ANGELICA TATIANA GUENIS LABIO
MARITZA BEATRIZ PEÑA OTAVALO

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PREGRADO ENFERMERIA
BOGOTA D.C
2020

PRÁCTICAS Y CREENCIAS FRENTE AL VIH-SIDA EN ADOLESCENTES DE
COMUNIDADES INDÍGENAS. UNA REVISIÓN NARRATIVA

PRESENTADO POR:
ANGÉLICA TATIANA GUENIS LABIO
MARITZA BEATRIZ PEÑA OTAVALO

DIRECTOR:
Dr. Wimber Ortiz Martínez PhD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PREGRADO ENFERMERIA
BOGOTA D.C
2020

AGRADECIMIENTOS

Queremos en primer lugar agradecer a Dios por darnos vida y salud, a nuestras familias y especialmente a nuestros padres porque siempre estuvieron incondicionales brindándonos su apoyo, amor, comprensión, dedicación y por ello hoy estamos a un paso de culminar nuestra formación como Enfermeras.

Agradecemos también a todos y cada uno de nuestros docentes que día a día forjaron en nosotras innumerables conocimientos, pero sobre el amor por nuestra profesión; en especial agradecemos a nuestro tutor el señor Decano Wimber Ortiz Martínez, ya que a pesar de que tuvimos muchos tropiezos en este camino, supo guiarnos, orientarnos, gracias por su dedicación y paciencia.

Expresamos también nuestro agradecimiento a la Universidad Antonio Nariño y su Facultad de Enfermería, por habernos abierto las puertas para nuestra formación académica.

DEDICATORIA

De parte de Angélica

Este trabajo se lo dedico a mi hijo Ethan, a mis padres Flor y Jair, en especial a mi madre quien a pesar de cada adversidad siempre me apoyo y nunca me dejo sola, a mis hermanos Yeison y Maily y a mi compañero de vida Faiber, siempre me han acompañado y apoyado, algunos más que otros, pero sé que siempre puedo contar con su amor incondicional y confianza; todos son mis pilares en este bello proceso.

De parte de Maritza

Este trabajo se lo dedico a Dios primeramente y especialmente a mis padres por brindarme su apoyo y amor cada día, gracias a ellos hoy en día soy lo que soy

Resumen

Las comunidades indígenas poseen grandes elementos propios y características en términos de tradiciones, ritos, usos y costumbres, lenguaje y procesos organizativos que se integran en su cosmovisión, razón por la que el presente trabajo contiene distintos puntos de vista sobre el VIH-SIDA construyendo a través de las diferentes identidades y pertenencias étnicas como eje transversal al proceso de indagación. El método utilizado fue una revisión narrativa de la literatura con el fin de indagar desde los hallazgos que presentan los diferentes autores sobre las prácticas y creencias. Los resultados de esta revisión indican que las prácticas y creencias frente al VIH-SIDA en adolescentes de comunidades Indígenas están basados en conocimientos empíricos, a grandes rasgos se puede ver el abandono de los entes gubernamentales, en efecto, se evidencia poco o nulo acceso a servicios de salud que contribuyan en actividades de autocuidado. Se concluye entonces que hay falta de compromiso y apoyo por parte de los entes gubernamentales en temas de servicios de salud hacia las comunidades indígenas con el fin de disminuir los índices de VIH-SIDA en los estos grupos poblacionales.

Palabras clave: Indígenas, Adolescentes, VIH, SIDA, Prácticas, Creencias, Anticonceptivos.

Abstract

Indigenous communities have great elements of their own and characteristics in terms of traditions, rites, uses and customs, language and organizational processes that are integrated into their worldview or way of seeing and interpreting the world, which is why this work contains different points of view on HIV-AIDS building through different identities and ethnic belonging as a transversal axis to the inquiry process.

The method used was a narrative review of the literature in order to inquire from the findings presented by the different authors on practices and beliefs. The results of this review indicate that the practices and beliefs regarding HIV-AIDS in adolescents from Indigenous communities are based on empirical knowledge; broadly speaking, the abandonment of government entities can be seen, in effect, little or no access to health services that contribute to self-care activities. It is concluded then that there is a lack of commitment and support on the part of government entities in matters of health services to indigenous communities in order to reduce the rates of HIV-AIDS in these population groups.

Keywords: Indigenous people, Adolescents, HIV, AIDS, Practices, Beliefs, Contraceptives.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	3
DEDICATORIA	4
Resumen	5
Glosario	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1. Planteamiento del problema	12
2. Justificación	15
3. Pregunta de investigación	17
4. Objetivos	17
4.1. Objetivo general.....	17
4.2. Objetivos específicos	17
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL	18
1. Marco conceptual	18
1.1. Fisiopatología del VIH/ Sida.....	18
1.2. Epidemiología	19
1.3. Prácticas y creencias	19
2. Marco teórico	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Históricos	21
2.1.2. Legales.....	21
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	26
1. Método y diseño	26
2. Población y muestra.....	27
3. Etapas de desarrollo	27
3.1. Etapa N.º 1 Identificación del problema	27
3.2. Etapa Nº 2 Búsqueda de literatura	28
3.2.1. Ecuaciones de Búsqueda.....	32
3.2.2. Criterios de inclusión.....	32
3.2.3. Criterios de exclusión	32
3.2.4. Instrumento de recolección	33
3.3. Etapa Nº3 Evaluación de datos.....	34

3.4.	Etapa N°4 Análisis de datos	34
3.5.	Etapa N.° 5 Presentación de resultados.....	34
5.	Aspectos bioéticos	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....		35
1.	Búsqueda y recuperación de la literatura	36
1.2.	Esquema de búsqueda	36
2.	Pasos para la revisión narrativa de la literatura	37
2.1.	P1. Identificación	37
2.2.	P2. Publicaciones seleccionadas.....	37
2.3.	P3. Publicaciones elegidas	38
2.4.	P4. Publicaciones incluidas	38
3.	PRESENTACIÓN DE LAS PUBLICACIONES	39
3.1.	Caracterización de los artículos incluidos.....	42
3.1.1.	Clasificación de los artículos de acuerdo con el número de publicaciones por autor 42	
3.1.2.	Clasificación de los artículos según la base de datos	43
3.1.3.	Clasificación de los artículos según la revista de publicación	44
3.1.4.	Clasificación de los artículos de acuerdo al año de publicación	46
3.1.5.	Clasificación de los artículos según idioma	47
3.1.6.	Clasificación de los artículos según país de origen	48
3.1.7.	Clasificación de los artículos de acuerdo al diseño metodológico.....	49
3.1.8.	Clasificación de los artículos según nivel de evidencia	50
3.1.9.	Clasificación de los artículos de acuerdo con la temática abordada	51
CAPITULO V. DISCUSIÓN		54
1.	Categoría N°1: Percepción del SIDA en comunidades indígenas.....	54
2.	Categoría N°2: Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el VIH – SIDA.....	55
3.	Categoría N°3: Acceso y adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH.....	56
4.	Categoría N°4: patrones culturales, epidemiológicos y factores de riesgo en comunidades indígenas para el contagio de VIH.....	57
CAPITULO VI. CONCLUSIONES		59
CAPITULO VII. RECOMENDACIONES.....		60
CAPITULO VIII. FUENTE BIBLIOGRÁFICA		61
ANEXOS.....		70

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición de tesauros, descriptores de búsqueda o términos clave: Descriptores DeCS y MeSH.....	29
Tabla 2. Definición de las fuentes de búsqueda	31
Tabla 3. Identificación de bases de datos con relación al número de artículos.....	37
Tabla 4. Artículos científicos seleccionados	38
Tabla 5. Publicaciones incluidas.....	39
Tabla 6. Clasificación de los artículos según número de autores	42
Tabla 7. Clasificación de los artículos según revista de publicación	44
Tabla 8. Clasificación del nivel de evidencia	50
Tabla 9. Temática abordada en los artículos	51

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1. Artículos según su base de datos	43
Grafico 2. Artículos según su año de publicación	46
Grafico 3. Artículos según su idioma.....	47
Grafico 4. Artículos según su país de origen	48
Grafico 5. Artículos según su diseño de estudio	49

Glosario

ETS: Enfermedad de transmisión sexual.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

INDÍGENA: Población indígena de un país o que se trata de un proceso establecido antes de los colonizadores. También puede referirse a la población que habitaba en las Américas en el período anterior a la colonización.

CULTURA: Expresión colectiva para todos los patrones de comportamiento adquiridos y socialmente transmitidos a través de símbolos. La cultura comprende las costumbres, tradiciones y el lenguaje.

CREENCIAS: Conjunto de creencias relativas a la naturaleza, causa y propósito del universo, especialmente cuando son consideradas como la creación de un ente sobrehumano. Habitualmente implica prácticas devotas y rituales y con frecuencia un código moral para la conducta de los asuntos humanos.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

LENTIVIRUS: Virus de incubación es muy largo.

VIH-1: Enzima perteneciente al VIH.

SEROPOSITIVO: Que tiene anticuerpos en el suero sanguíneo, especialmente anticuerpos del SIDA.

ETNOENFERMERÍA: se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada.

ETNOGRÁFICO: Estudio sistemático de personas y culturas

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

OMS: Organización Mundial de la Salud

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se describen conocimientos, creencias y comportamientos preventivos de salud sexual. La presente investigación surge con la necesidad de explorar y conocer las perspectivas y las representaciones sociales, culturales sobre las prácticas y creencias frente al VIH-SIDA en adolescentes de comunidades indígenas, mediante una revisión narrativa exhaustiva de estudios de diferentes fuentes bibliográficas.

Las comunidades indígenas poseen grandes elementos propios y características en términos de tradiciones, ritos, usos y costumbres, lenguaje y procesos organizativos que se integran en su cosmovisión, razón por la que el presente trabajo contiene distintos puntos de vista sobre el VIH-SIDA construyendo a través de las diferentes identidades y pertenencias étnicas como eje transversal al proceso de indagación.

Para entender y comprender las prácticas y creencias frente al VIH-SIDA en adolescentes en comunidades indígenas hay que situarlos en el contexto y comprender que las dinámicas de las comunidades son cambiantes y la manera como cada una de ellas le otorga significado a lo que los rodea está directamente con su forma individual de ver el mundo por lo que ninguna interpretación está bien o mal, simplemente es su forma de ver la realidad y significado. (1)

Teniendo en cuenta lo anterior, se tomó información relevante que aporta a la indagación relacionada con el tema, del cual se pudo recopilar que En Colombia el primer caso de SIDA se notificó en 1984. Cuatro años después, en 1988, se realizó el primer estudio de seroprevalencia con el propósito de intentar conocer la magnitud de la epidemia y responder a ella. Dado esto el Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto programas de vigilancia epidemiológica, teniendo como pilar y grupo focal los que están definidos como grupos de mayor vulnerabilidad. Por ello la notificación de casos de VIH muestra una tendencia creciente año tras año, propensión que se ha mantenido en el año 2019. En 2018 ingresaron al sistema de vigilancia 14.474 casos y hasta el periodo 11 de 2019 esta cifra es de 14.010, de acuerdo con la proyección de casos según el comportamiento histórico del evento, el 2019 superó ampliamente al número de casos presentados en 2018. Al comparar el mismo periodo de 2018, se evidencia un aumento del 16,4 % con una tasa de incidencia de 26,6 casos por 100.000 habitantes. Respecto a los grupos de edad en donde se presenta la mayor notificación de casos, se encuentran los de 25 a 34 años con un 37.1 % y los de 15 a 24 años con un 24.8 % de la notificación (2)

Teniendo en cuenta lo anterior y respecto a las incidencias de VIH por departamento, se observa que el Quindío es el que tiene la mayor tasa de incidencia con 43.9 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Barranquilla y el

departamento de Risaralda con 41,4 y 40.9 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Así mismo, la mayor parte del territorio colombiano presenta un aumento de la notificación comparado con los años anteriores, los departamentos que muestran una disminución significativa son Magdalena, Sucre, Bolívar, Casanare y Amazonas. (2)

Más de dos décadas de experiencia en la lucha contra la epidemia de VIH han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos constituyen un componente esencial para prevenir la transmisión del virus y reducir el impacto del VIH y el sida (3), con estos aspectos lo que se quiere lograr es que los países realicen políticas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y en caso de ser diagnosticado con el virus, garantizar la atención del usuario, el cuidado, claridad acerca de su tratamiento y no a la discriminación. Todos tenemos los mismos derechos fundamentales como: a la vida, a la salud y a la intimidad. Pero se debe trabajar oportunamente para identificar los impactos potenciales y de este modo lograr cumplir los objetivos que se han venido abordando en contexto del VIH-SIDA.

En los últimos años en Latinoamérica se han investigado fenómenos como la migración, la pobreza y la inequidad de género concluyendo que estos factores han influido de gran manera en la vulnerabilidad social que conllevan a la infección de VIH, pero no se han estudiado componentes como la etnicidad, la relación con la sexualidad o con la diversidad amoroso-sexual, dado que estos elementos también contribuyen a estar expuestos a la enfermedad de VIH. (4)

Las aproximaciones a este tipo de contextos pluriétnicos y multiculturales abordan complejas creencias y tabús debido al tipo de sensaciones y emociones que generan a lo que no se cuenta con conocimiento necesario para abordarlas desde las prácticas. A través de este tipo de investigación se construye de tal manera una cultura de paz desde los espacios micro sociales y finalmente se hace posible desarrollar conclusiones y recomendaciones que dejan ver las reflexiones a las cuales llevó la investigación, así es como se logró explorar las diferentes prácticas y creencias frente al VIH-SIDA en adolescentes en comunidades indígenas que en su inmensa generosidad permiten conocer a través de sus narrativas. 5)

Según la OMS para el año 2019 advierte que el VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, ha cobrado ya más de 32 millones de vidas. Sin embargo, han aumentado las acciones encaminadas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaces del VIH, incluidas las infecciones oportunistas; la infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico llevadero que permite a las personas que viven con el virus poder continuar una vida larga y saludable. (6)

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema

El crecimiento de la población indígena no es explicable solamente por sus niveles de fecundidad. De acuerdo con el DANE, en el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2018 arrojó que hay un crecimiento por inclusión de nuevos individuos, explicable por mejor cobertura en territorios con predominancia indígena y aumento del auto reconocimiento étnico indígena. (7)

La transmisión del VIH/ SIDA se considera un problema a nivel mundial ya que han aumentado las tasas, lo que ha conducido a que se clasifique como una epidemia al contagio de virus. (6)

Epidemiológicamente hablando, los patrones de formación de pareja y jóvenes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que los jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres y mujeres ya sean de menor o mayor edad; de acuerdo a esto, se evidencia mayor vulnerabilidad por parte de las mujeres debido a la falta de conocimientos e información ya que se encuentran en constante riesgo de infección de VIH dado por sus tradiciones culturales, ritos, prácticas y creencias con relación a la vida sexual. (8)

El comienzo de la adolescencia se da entre los 10 y los 14 años, en este momento es donde se puede orientar a los adolescentes y jóvenes y establecer pautas y modelos de comportamiento que sean sanos y propicios. Dentro de estas pautas se puede inculcar el retraso del comienzo de la actividad sexual e incluir educación en temas formulación del proyecto de vida, salud sexual y reproductiva, métodos de planificación etc., estos modelos de comportamiento inculcados desde pequeños contribuirán a disminuir los índices y reporte de casos de VIH positivo, es por ello que el papel de los padres y las madres, las familias ampliadas, las comunidades, las escuelas y los pares son fundamentales para orientar y apoyar a los jóvenes en la adopción de decisiones seguras sobre su salud y bienestar. (9)

Un dato muy importante a tener en cuenta es que en la actualidad la mayoría de infecciones que se producen por VIH afectan principalmente a jóvenes que comprenden edades entre los 15 a los 24 años de edad. Así mismo, es necesario tener en cuenta que aunque actualmente a nivel mundial se desarrollan políticas y programas enfocados a la prevención de la transmisión del VIH SIDA, estos no son suficientes y no se logra cumplir con las necesidades que se tienen con los adolescentes y jóvenes de esta época, es importante reconocer que este fenómeno es complejo ya que es necesario un abordaje social, psicológico, espiritual y familiar, al igual una intervención por un equipo interdisciplinario en salud. (9)

Es necesario resaltar el patrón de vida que llevan los adolescentes y jóvenes hoy en día, ya que estas pautas están muy alejadas de un ideal en salud, hace falta pautas de autocuidado, educación sexual y reproductiva, autoestima para empezar a dejar de lado estas conductas inadecuadas.

Actualmente cerca de 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años viven con el VIH/SIDA. Cada día, alrededor de 6000 jóvenes en este rango de edades se infectan con el VIH y solo una pequeña parte de ellos saben que conviven con esta enfermedad. (9)

Según el Ministerio de Salud y Protección Social para el 2017 de un estimado de 150.116 personas que vivían con VIH en el país se han diagnosticado 108.648 (72%), esta información es posible gracias a los esfuerzos y trabajo conjunto con entidades territoriales y gubernamentales, las aseguradoras, las IPS y el proyecto VIH del fondo mundial contra el SIDA., la tuberculosis y la malaria. El incremento progresivo de la notificación de casos de VIH, permite evidenciar el trabajo en equipo que se desarrolla ya que los casos se logran detectar de manera oportuna. De acuerdo a lo anterior se pudo evidenciar que para el año 2018 se reportaron 12.778 casos y la mayoría de estos se lograron notificar cuando la persona era asintomática, así mismo, en cuanto a la distribución por sexo se consiguió determinar que la mayoría de reportes se dio en hombres y un muy bajo porcentaje en mujeres, distribuidos así: 10.228 (80%) fueron hombres y 2.550 (20%) hay que tener en cuenta que en el 99% de los casos hubo transmisión sexual.

Es importante resaltar que, del total de casos diagnosticados, una parte muy pequeña no ha recibido la atención en salud o decidió abandonar los servicios, debido a esto se evidencia alta mortalidad tanto por el VIH como por otras enfermedades asociadas, ya que no reciben la atención oportuna o la reciben cuando el diagnóstico ya no es favorable. (10)

Por lo que se puede ver el nivel de vulnerabilidad al que la mujer está expuesta se debe a que es más difícil para ellas adoptar medidas preventivas, muchas veces se ve inmersa en este tipo de conductas por falta de información sobre temas como VIH o simplemente porque a nivel sociocultural les impide adoptar otro tipo de conductas de auto cuidado, se podría concluir que no solo es falta de interés sino el afán por preservar creencias y costumbres dentro de las comunidades indígenas. (8)

El problema de la invisibilidad e la población indígena respecto al VIH tiene que ver con varios factores: 1) no pensar en la salud tomando en cuenta a los pueblos indígenas; 2) los estereotipos sociales sobre quiénes son y cómo viven, en la medida en que son concebidos como algo exótico, que mora en lugares inaccesibles, el VIH no significa una amenaza para ellos; 3) la creencia sobre “la sexualidad natural” de los indígenas, de que todas y todos son heterosexuales y la

constante asociación de la epidemia con la homosexualidad, por ende, si no hay homosexualidad entre los pueblos indígenas, entonces, no hay riesgo de VIH; 4) se considera que al desarrollar investigaciones o programas para los migrantes o población rural se está tomando en cuenta a los pobladores indígenas, pero esto no es del todo cierto pues no se están implementado medidas que tomen en cuenta su especificidad sociocultural en un contexto nacional caracterizado por prácticas racistas y discriminatorias. 4). Además, la condición étnica es un factor de vulnerabilidad en la medida en que implica estar colocado en estructuras diversas: 1) de explotación económica que los perpetúa en la pobreza y los impulsa a la migración, 2) de segregación o marginación social como los sistemas de salud y educación adecuados, 3) de subordinación política y cultural que les impide el pleno ejercicio de sus derechos humanos y de sus derechos colectivos como pueblos. 4) de dominación simbólica (racista, homofóbica, clasista) que a través de actos de discriminación cotidiana configuran sus dinámicas familiares, sociales, emocionales, afectivas y sexuales. (4)

2. Justificación

El presente trabajo de investigación pretende reconocer las prácticas y creencias de los adolescentes frente al VIH - sida en comunidades indígenas mediante la identificación de percepciones frente a la enfermedad, nociones culturales. El vínculo entre estigma étnico y racial donde indígenas sea mujeres u hombres tienen que lidiar con el rechazo de su identidad dando paso al desamparo cultural y social en la sociedad sin embargo como resultado de los imaginarios o creencias que construye la comunidad en relación a determinados temas como el VIH.

Estudios realizados en Colombia evidencian que a partir del año 2000 han incrementado los casos de VIH-SIDA, revelan además que la mortalidad presentada se asocia dificultades en el acceso a programas y servicios de salud, diagnósticos tardíos y el desconocimiento por parte de las comunidades indígenas frente al VIH-SIDA. En el municipio de Jardín Antioquia, en la comunidad Embera Chamí de Cristianía, la prevalencia para el 2011 fue de 1%, así mismo en el 2012 para los Wayuu de Maicao fue de un 0,55%. (11)

Es notorio actualmente que las personas en general inician la actividad sexual en la adolescencia, en varios países para la mayoría de las personas, la actividad sexual comienza en la adolescencia. Se evidencia además que los adolescentes a nivel mundial son sexualmente activos desde los 15 años. En Brasil, Hungría y Kenya encuestas realizadas a adolescentes de edades entre los 15 y los 19 años afirmaron que habían iniciado actividad sexual antes de los 15 años. (9)

En la publicación *Women: At the heart of the HIV response for children* (Mujeres: En el centro de la respuesta al VIH entre los niños) se dio a conocer datos frente a la epidemia del VIH- SIDA y las consecuencias sobre los más endebles. El año pasado, 130.000 niños, niñas y adolescentes menores de 19 años murieron a causa del SIDA, y 430.000 –casi 50 por hora– contrajeron la infección. (12)

En la Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Ámsterdam en el 2018, las estadísticas arrojan que quienes siguen siendo los más afectados por esta enfermedad son los adolescentes, además que es importante centrar la atención en este grupo focal ya que estos índices dan a entender un retroceso en la lucha contra la epidemia. Estas estadísticas muestran que:

- Las adolescentes de entre 10 y 19 años representan casi dos tercios de los 3 millones de jóvenes de 0 a 19 años que viven con el VIH.

- Las muertes en el grupo de edades comprendido entre los 15 a 19 años no han disminuido, sin embargo, en los demás grupos de edades estas tasas van en descenso desde el 2010.
- Para el 2017, se estima que 1,2 millones de jóvenes de 15 a 19 años de edad vivían con el VIH, de estos 3 de cada 5 eran niñas. Para explicar esta propagación se destacan factores como relaciones sexuales precoces, incluso con hombres mayores, las relaciones sexuales forzadas, la impotencia para negociar la posibilidad de tener relaciones sexuales, la pobreza y la falta de acceso a servicios confidenciales de asesoramiento y pruebas de detección. (13)

Actualmente mediante pruebas rápidas se pueden dar diagnósticos del VIH en mismo día, esta acción contribuye en el diagnóstico precoz y la vinculación a la atención y tratamiento. Sin embargo, aunque para la infección del VIH no hay cura, los antirretrovíricos contribuyen a controlar el virus y evitar la transmisión de este a otras personas. Es importante resaltar los esfuerzos por controlar los contagios del virus a través del aumento de cobertura de los servicios de salud. En 2018, el 62% de los adultos y el 54% de los niños infectados con el VIH en países de ingresos bajos y medios estaban recibiendo tratamientos antirretrovirales (TAR) de por vida. Sin embargo, no todas las personas pueden acceder a las pruebas de detección del VIH, al tratamiento y a la atención.

Aproximadamente el 54 % de contagios por el virus del VIH en el año 2018, se dio en grupos de población clave y sus respectivas parejas representaron más de la mitad de todos los nuevos reportes de contagio. Es importante tener en cuenta que cuando se habla de grupos de población clave se refiere a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; personas que se inyectan drogas; personas recluidas en cárceles y otros entornos cerrados; trabajadores del sexo y sus clientes; y personas transgénero. Para finales del año 2018, las personas con el VIH que conocían su estado serológico representaban el 79% aproximadamente. Se calcula que 23,3 millones de personas infectadas con el VIH (el 62% del total) estaban en tratamiento antirretrovíricos y que el 53% había logrado suprimir el virus y, por tanto, el riesgo de infectar a otros. Entre 2000 y 2018, las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron en un 37% y las muertes relacionadas con el VIH en un 45%, y se salvaron 13,6 millones de vidas salvadas gracias al TAR. Este logro se dio gracias a los esfuerzos entre programas nacionales sobre el VIH con el apoyo de la sociedad civil y los asociados internacionales en favor del desarrollo. (6)

3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las prácticas y creencias frente al VIH-SIDA en adolescentes de comunidades indígenas?

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Sintetizar hallazgos reportados en investigaciones científicas sobre las creencias y prácticas que tienen los adolescentes de las comunidades indígenas frente al VIH/sida.

4.2. Objetivos específicos

- 4.2.1.** Realizar la búsqueda de investigaciones científicas sobre las creencias y prácticas que tienen los adolescentes de las comunidades indígenas frente al VIH/sida.
- 4.2.2.** Categorizar por nivel de evidencia los resultados encontrados sobre las creencias y prácticas que tienen los adolescentes de las comunidades indígenas frente al VIH/sida.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

1. Marco conceptual

1.1. Fisiopatología del VIH/ Sida

Según los datos y cifras que proporciona la Organización Mundial de la Salud en el 2019 afirma que el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es considerado por la alteración del sistema inmunitario. Modificando la función de las células del organismo (glóbulos blancos) según OMS. (14)

Se han identificado 2 virus causantes de esta enfermedad: VIH-1 y VIH-2. El Virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 El VIH-1 es el retrovirus aislado y reconocido como el agente etiológico (es decir, causal o que contribuye a causar la enfermedad) del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). (15)

Se denomina síndrome por la aparición de diferentes enfermedades las cuales se desarrollan por la destrucción del sistema inmunitario al atacar y destruir los glóbulos blancos llamados linfocitos CD4, los cuales desempeñan una función importante en la protección del cuerpo contra la infección. (16)

Este virus pertenece al grupo de los retrovirus humanos. Este tipo de virus tienen una envoltura externa y en su centro dos copias de ARN, así como de una enzima importante para su replicación llamada transcriptasa inversa. Convirtiendo así a el ADN monocatenario (virus que ARN de cadena sencilla y no se replica usando ADN intermedio) a ADN bicatenario (virus que tiene ARN de cadena doble en su genoma). Siendo la Transcriptasa inversa la que se encarga de convertir el genoma ARN en ADN de doble cadena aumentando la creación Virus inmaduros (no infeccioso en las células). (16)

Este al ser un virus ARN al ingresar a la célula del infectado su genoma ARN se convierte en una molécula de ADN que se integra al cromosoma de la célula infectada modificando su genoma donde traspasa el virus inmaduro en cadenas víricas para el exterior. (17)

El virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) se clasifica como un Lentivirus (porque tiene un periodo prolongado de infección inicial y aparición de síntomas graves) en un subgrupo de retrovirus. El VIH-2 está relacionado con el VIH-1 por ser similares en su estructura vírica, pero con un cuadro clínico más lento y menos grave. (15)

A diferencia de otros virus, el cuerpo humano no puede deshacerse del VIH. Eso significa que una vez que una persona tiene el VIH, lo tendrá de por vida (15). Sus vías de transmisión pueden ser vía perinatal y sexual, sanguínea como el uso de sangre y hemoderivados contaminados.

1.2. Epidemiología

Según el Instituto Nacional de Salud de acuerdo con el boletín de la semana epidemiológica número 47, realizada del 17 al 23 de noviembre del 2019, La notificación de casos de VIH muestra una tendencia creciente año tras año, tendencia que se ha mantenido en el año 2019. En 2018 ingresaron al sistema de vigilancia 14.474 casos y hasta el periodo 11 de 2019 esta cifra es de 14.010, de acuerdo a la proyección de casos según el comportamiento histórico del evento, el 2019 superará ampliamente al número de casos presentados en 2018. Al comparar el mismo periodo de 2018, se evidencia un aumento del 16,4 % con una tasa de incidencia de 26,6 casos por 100.000 habitantes. (2)

Respecto a las incidencias de VIH por departamento, se observa que el Quindío es el que tiene la mayor tasa de incidencia con 43.9 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Barranquilla y el departamento de Risaralda con 41,4 y 40.9 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Asimismo, la mayor parte del territorio colombiano presenta un aumento de la notificación comparado con los años anteriores, los departamentos que presentan una disminución significativa son Magdalena, Sucre, Bolívar, Casanare y Amazonas. Respecto a los grupos de edad en donde se presenta la mayor notificación de casos, se encuentran los de 25 a 34 años con un 37.1 % y los de 15 a 24 años con un 24.8 % de la notificación. (2)

Igualmente, la mayor presentación de casos se da en población masculina con un 81,4 % (10 906 casos), se encuentran notificadas en el sistema 224 gestantes con VIH que corresponden a un 1.6 % y se han reportado 42 casos de transmisión materno-infantil. Respecto al mecanismo probable de transmisión, la vía sexual continúa siendo la de mayor presentación, tanto de contacto heterosexual como bisexual y homosexual, siendo estos dos grupos de gran importancia para los departamentos con gran concentración urbana. Finalmente, 12 522 casos se encuentran en estadio clínico VIH y 1 220 casos han sido reportados como estadio SIDA, en este último, el síndrome de emaciación es la principal enfermedad asociada con 337 casos seguida de la candidiasis esofágica con 287 casos y la tuberculosis pulmonar con 228 casos reportados. (2)

1.3. Prácticas y creencias

Las creencias según González (18), son filtros predispuestos de la forma de percibir el mundo que nos rodea; es decir, las ideas preconcebidas que moldean la realidad. Constituyen con los valores las fuentes más importantes de la motivación y son las que gobiernan el cerebro haciendo posible la acción y el comportamiento. La fuente primaria de donde provienen las creencias es el ambiente que rodea a la persona desde su nacimiento y todos los entornos en que los que se vive y desarrolla el ser humano. Las creencias son uno de los elementos de la cultura junto con el conocimiento, los valores, las normas, los símbolos y el significado e interpretación de un fenómeno con base en el conocimiento adquirido. Una creencia es la

aceptación de una proposición como verdadera y consiste en una actitud mental del individuo que sirve de base para la acción voluntaria y posible connotación emocional.

Desde la enfermería transcultural, definida por Leininger (19) como “el área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de la conducta”, diversos autores se refieren a la cultura, creencias y prácticas como aspectos fundamentales y centrales en el cuidado de la salud de las personas.

Spector (20) define las prácticas en salud como las acciones que uno realiza para prevenir o tratar la enfermedad. Las clasifica en prácticas modernas de salud, que son identificadas por los profesionales de la salud contemporáneos como formas establecidas, científicas de prevenir la enfermedad (por ejemplo las inmunizaciones) y tratar la enfermedad (por ejemplo la medicación o los procedimientos quirúrgicos); y las prácticas tradicionales de salud, que son aquellas en las que una persona lleva amuletos para protegerse del "mal de ojo", toma determinados alimentos para prevenir la enfermedad o usa la medicina popular o a sanadores para tratar la enfermedad.

Muñoz de Rodríguez (21), en una revisión realizada sobre las prácticas de autocuidado ofrece una definición de las prácticas de cuidado, como “las actividades que las personas hacen por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener su salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar”. Se parte del principio de que las personas tienen su propia forma de cuidarse, bajo conceptos que están fuertemente arraigados con un sistema de creencias y prácticas culturales, difícilmente reemplazadas por nuevos conocimientos y además desconocidas por quienes ofrecen cuidado. La autora menciona que las prácticas de cuidado que las personas y comunidades realizan, exigen del personal de enfermería el entendimiento de los estilos de vida, creencias, prácticas culturales, conocer sobre diferentes culturas y comunidades en las cuales viven las personas para brindar un alto nivel de cuidado, la gente espera que el proveedor de salud se anticipe y entienda las necesidades de cuidado en el hogar, sus lenguajes, prácticas y creencias culturales.

2. Marco teórico

2.1. Antecedentes

Los antecedentes que aquí se publican o registran giran en torno a los objetivos propuestos por este estudio; relacionados con las prácticas y creencias frente al VIH-SIDA en adolescentes en comunidades indígenas. Se empezará un abordaje investigativo por trabajos realizados en el ámbito Internacional, se citan proyectos investigativos considerados representativos para este trabajo, así como también se mencionan aquellos realizados en el ámbito Nacional y Regional.

2.1.1. Históricos

El VIH/Sida es una enfermedad descubierta por dos científicos franceses llamados Luc Montagnier y Françoise Barré-Sinoussi en 1983, motivados a investigar sobre una serie de sucesos extraños que se estaban dando durante 1981, varios pacientes presentaban patologías que eran poco frecuentes como Neumonía por Pneumocystis Carinii y Sarcoma de Kaposi, además gran parte de ellos eran hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres. A partir de dichos sucesos, se empezaron a investigar las posibles razones y las similitudes en los casos para llegar a la causa de ese problema. (22)

Los casos reportados en zonas urbanas de Estados Unidos no eran los únicos en el mundo, pero al mismo tiempo se estaban presentando en partes del África, el Caribe y Europa; se trataba de una pandemia, lo que intensificó las investigaciones y centró la atención del mundo entero en los pacientes. Los investigadores descubrieron que el sistema inmunológico de estos pacientes estaba completamente debilitado por medio de un agente retro vírico con tropismo por las células CD4, dando lugar a enfermedades oportunistas que agravan la condición del infectado y lo llevaban a la muerte. (23)

Al darse cuenta de las formas de transmisión se consiguió un supremo cuidado con las transfusiones sanguíneas, se empezó a trabajar en la manera de evitar el paso de la madre a hijo y se demostró que el preservativo era una forma bastante eficaz de prevenir la infección. Pero la pobreza y la atención sanitaria deficiente contribuyeron a que se siguiera expandiendo el VIH hasta la antigua Unión Soviética y zonas de Asia pues allí como en otras zonas del mundo se presentaba el consumo de drogas inyectables en mayor proporción. (22)

Aunque el avance científico frente al VIH/Sida ha estado en un continuo progreso y existe un tratamiento antirretroviral que reduce la carga del virus y proporciona una mejor calidad de vida al paciente con VIH/Sida, es recomendado para todas aquellas personas infectadas, este tratamiento evita que el virus se replique y deteriore el sistema inmunitario, esto con la aclaración de que esta infección no tiene cura solamente se tratan los síntomas y se enlentece su progreso, la infección sigue cobrando vidas y tomando nuevas víctimas a diario como lo demuestran datos anteriormente mencionados. (22)

2.1.2. Legales

Colombia contempla en su legislación diferentes guías, decretos y leyes referentes al VIH/Sida en donde la infección está en un punto de vista integral abarcando prevención, diagnóstico, manejo, tratamiento y responsabilidades por parte del sistema de salud y su personal. (24)

La ley 100 de 1993, determina que todos los habitantes deberán estar afiliados al SGSSS, y en el cual debe haber participación social sin exclusiones de género, etnia o raza. (25)

La resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (POS) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). “Fija como actividades y procedimientos de laboratorio clínico para personas infectadas por el VIH: Sida, anticuerpos VIH 1 y VIH 2, antígeno P24, prueba confirmatoria (Western Blot, otros) y linfocitos CD4”. (26)

El Decreto 1543 de 1997, que reglamenta todo lo relacionado con el manejo del VIH/Sida e ITS, garantiza la consejería y las actividades de afrontamiento de la infección de manera integral; todas las pruebas requieren de un consentimiento informado que se consignará en la historia clínica. Este Decreto menciona que el personal de salud en ningún momento podrá negarse a prestar la atención requerida por un paciente con VIH/Sida y si lo hace podrá ser sancionado. (27)

Dentro de los deberes del personal de salud se encuentra la confidencialidad que supone el guardar toda clase de información sobre el paciente excepto en situaciones de carácter sanitario o en donde la integridad del paciente o de otras personas se vea en riesgo. Además, dentro de los deberes de los pacientes está el de no infectar, absteniéndose a realizar actividades que conlleven el riesgo de infectar a otras personas. (27)

Acuerdo 117 de 1998, “por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública”. (28)

La ley 715 de 2001, dictó disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. En el capítulo II menciona que se debe “Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación”. (29)

Acuerdo 228 de 2002, “por la cual se actualiza el Manual de Medicamentos del POS y se dictan otras disposiciones, allí se enuncia la lista de medicamentos esenciales para el SGSSS, dentro de estos Estavudina, lamivudina, nelfinavir, ritonavir y zidovudina”. (30)

Acuerdo 306 de 2005, el cual dicta que “se debe garantizar la atención en salud a todos los afiliados, poniendo como prioridad los casos de infecciones por VIH, en donde el plan debe cubrir la atención integral necesaria del portador asintomático del VIH”. (31)

La ley 972 de 2005 expone normas para el mejoramiento en la atención de pacientes con enfermedades ruinosas y catastróficas, especialmente VIH/Sida, es importante resaltar de esta ley que para Colombia es prioritaria una atención integral

en esta población. El refuerzo en la promoción y la prevención junto con entes internacionales pioneros en este tema como la ONUSIDA que no solo acogen a personas afiliadas sino también a los que no lo están. En esta ley también se menciona la importancia del respeto y la no discriminación, además de la garantía en la dignidad de cada paciente y de quienes lo rodean o se ven afectados directamente. (32)

En cuanto a los deberes de las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud la **ley 972 De 2005** es clara en que no podrán negar ninguna clase de asistencia aun cuando el paciente no se encuentre dentro de ninguna afiliación de salud, pues está en una situación de enfermedad ruinosa o catastrófica. (32)

Dentro del Código de la Infancia y la Adolescencia o **ley 1098 del 2006** se menciona el VIH/Sida en cuanto a la transmisión vertical madre hijo, para promocionar programas que se dediquen a garantizar que dicha transmisión no suceda. Se incluye que se debe hacer lo necesario para un correcto seguimiento del recién nacido, comenzando con las pruebas de laboratorio para VIH/Sida y tratamiento. (33)

El Decreto 3518 del 2006 que rige el Sistema de Vigilancia en Salud Pública es claro en que se deben confirmar los eventos de interés en salud pública, dentro de los que entran los nuevos casos de VIH/Sida. Esto se hace con la finalidad de llevar un riguroso seguimiento a las enfermedades que se consideran problemas en salud pública. (34)

Acuerdo 336 de 2006, en el artículo 2 se establece que “en el POS debe ir incluida la fórmula láctea para suministrar a los hijos/as de madres VIH positivo durante los primeros 6 meses de edad”. 35)

El decreto 2323 de 2006, por el cual se reglamenta parcialmente la ley 9 de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios. En el artículo 23, dice que “los exámenes de laboratorio de interés en salud pública, serán financiados con cargo a los recursos del POS contributivo y subsidiado”. (36)

La resolución 3442 de 2006, “Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica”. (37)

Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública que define como prioridad la Salud Sexual y Reproductiva, y dentro de ella el VIH. Establece: “Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública, incluidas en el Plan obligatorio de salud (POS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado”. (38)

Acuerdo 380 de 2007, por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el POS del régimen contributivo y subsidiado. En el Artículo segundo se establece que “En el POS debe ir incluido el suministro del condón masculino de látex en condiciones de calidad media disponible en el país”. (39)

En la **resolución 769 de 2008** (40), en el cual se establecen las condiciones para el suministro de condón masculino de látex, estas son:

Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de VIH/Sida al menos en uno de sus miembros.

Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de Hepatitis B o Hepatitis C al menos en uno de sus miembros.

Parejas sexualmente activas a quienes se haga diagnóstico y se inicie tratamiento de ITS.

La guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en mujeres diagnosticadas del año 2014 donde se menciona, muchos temas la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de VIH/Sida estipulando que es necesario unificar criterios en la prestación de servicios de salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia. (41)

El propósito del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos sin distinción. (42)

Una de las dimensiones es derechos y sexualidad que se define como el “conjunto de acciones intersectoriales que se orientan a promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permiten el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad como un derecho humano, para el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital, así como de los grupos y comunidades, desde un enfoque de género y diferencial”. (43)

Los componentes tienen el objetivo de proporcionar a los jóvenes los medios e información necesaria para mejorar su salud sexual y reproductiva según los siguientes puntos:

- a) Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género que permita a las personas, grupos y comunidades gozar del nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva, una toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción. (43)
- b) Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos que busca promover la articulación sectorial, transitoria y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e

individuales que inciden en la epidemia de ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a la prevención y a la atención integral en salud, y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación. (43)

Una de las estrategias para la dimensión derechos y sexualidad dentro del plan decenal habla de políticas públicas sectoriales e intersectoriales que impulsan los derechos sexuales y reproductivos desde los enfoques de género y diferencial, teniendo en cuenta los determinantes sociales para erradicar las violencias de género y sexuales, prevenir las ITS-VIH-Sida, la discriminación relacionada con orientación sexual o identidad de género, promover la salud sexual y reproductiva de la población, es garantizar la salud materna. (44)

Las pruebas de detección del VIH han de ser voluntarias y se debe reconocer el derecho de las personas a declinar someterse a ellas. La realización obligatoria o bajo coacción de estas pruebas, ya sea por parte de un profesional sanitario, una autoridad, la pareja sexual o un familiar es inaceptable pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos además se están introduciendo nuevas tecnologías que permiten realizar auto pruebas, y muchos países están implantando las auto pruebas como alternativa para fomentar el diagnóstico del VIH. La auto prueba del VIH es un proceso por el cual la persona que quiere conocer su estado serológico respecto del VIH recoge una muestra, realiza la prueba e interpreta los resultados en privado o con alguien en quien confíe. Estas auto pruebas no proporcionan un diagnóstico definitivo, sino que son un primer análisis después del cual se debe acudir a un profesional sanitario para que realice una prueba de confirmación. (6)

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

1. Método y diseño

Se plantea una investigación con diseño de revisión narrativa, la cual tiene como propósito facilitar la comprensión sobre un tema determinado con base en una exploración y descripción amplia. (45) La revisión narrativa además ayuda a consolidar conocimientos sobre el tema a través de la definición, el detalle de los conceptos, los estudios realizados, los avances en el área y los vacíos que deberán ser atendidos con otras investigaciones.

Por sus características, los diseños narrativos, al estar orientados desde los fundamentos de la hermenéutica, requieren una gran capacidad analítica, reflexiva y crítica de los investigadores debido a que se procede de manera inductiva, es decir, que, partiendo del conocimiento hallado en los documentos analizados, se definen unas categorías y a partir de ellas se construye una narrativa final. De igual forma, las revisiones narrativas parten de una pregunta de investigación para iniciar el proceso de búsquedas específicas que deben ser rastreadas a partir de unos términos que permiten obtener las investigaciones. (45)

Este tipo de revisión se define entonces como la selección de los documentos disponibles sobre un tema, en los que hay información, ideas, datos y evidencias científicas. Son además escritos sobre un punto de vista de un tema específico según sea el interés del investigador, en particular para cumplir ciertos objetivos o expresar determinadas opiniones sobre la naturaleza del tema y la forma en que se va a investigar, así como la evaluación eficaz de la revisión. Estas investigaciones son de gran importancia porque permiten identificar prácticas de la sociedad a las que se les asigna evidencias para argumentar el trabajo realizado. La revisión narrativa es una herramienta que sirve para informar y desarrollar la práctica logrando obtener una discusión de acuerdo con cada investigación encontrada. (46) En esta revisión se debe tener en cuenta los criterios a la hora de recopilar información, por eso es importante que las investigaciones revisadas sean actuales para a su vez presentar estudios actualizados, frente a una problemática. (47)

La OMS (48) a este respecto afirma que para iniciar un proyecto es conveniente realizar una investigación acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en las comunidades, particularmente de las indígenas, con el propósito de diseñar campañas de educación que se ajusten fielmente a las características/necesidades de la comunidad. Este tipo de investigaciones permite identificar conceptos errados, creencias y actitudes que atenten contra la salud poblacional (46).

2. Población y muestra

La población del estudio estuvo conformada por artículos de investigación que respondiera a los términos prácticas y creencias frente al VIH-SIDA en adolescentes en comunidades indígenas y que cumplieran con los demás criterios de inclusión. En principio fueron obtenidos 29 artículos que, al ser sometidos a la discusión de lectura crítica e interpretación, finalmente se tomaron en cuenta 16 artículos, los cuales se incluyeron porque cumplían con los criterios de selección mencionados específicamente en el siguiente apartado.

3. Etapas de desarrollo

A continuación, se realizará una reseña de cada una de las etapas que fueron empleadas para el desarrollo de la investigación, estas corresponden a las etapas planteadas por las autoras (Whittemore y Knafl (49).

3.1. Etapa N.º 1 Identificación del problema

Se realiza la identificación del problema de acuerdo a la revisión de la narrativa abordada conforme con el objetivo de la investigación, determinando la población objeto y teniendo así una idea clara de la investigación que permitió consolidar y determinar los límites para el desarrollo de la revisión narrativa (50).

El problema del presente trabajo de investigación se formuló a partir de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las prácticas y creencias frente al VIH-SIDA en adolescentes de comunidades indígenas?

El control de sesgo se realizó, a través de los siguientes pasos:

1. Se realizó identificación del problema y se planteó la pregunta de investigación.
2. Se hizo búsqueda de la literatura dando una categorización para los artículos.
3. El sesgo de selección fue controlado conforme a los criterios de inclusión y exclusión evitando así cambios en la población y la muestra del estudio.
4. El sesgo de concepto fue controlado con el marco conceptual realizado con anterioridad, el cual permitió seleccionar el mejor criterio con respecto al objeto de estudio.

5. El sesgo de clasificación fue controlado debido a que se mantuvo el rigor metodológico en la revisión narrativa, con la utilización de los métodos propuestos en el marco metodológico
6. La pérdida de datos fue controlada gracias a la organización de estos y a la aplicación de filtros tales como el título, nombre de autores, palabras clave, idioma, año de publicación, editorial, base de datos, objetivos, metodología, resumen, conclusiones de tal forma que se pudieran asignar unas categorías donde una vez se encontrarán los datos necesarios se podría iniciar el análisis
7. Para probar la idoneidad y viabilidad de la matriz Excel se tuvo en cuenta la opinión del asesor de trabajo de grado para que aportará su punto de vista y aclarar así la necesidad de anexar u omitir datos en beneficio de un mejor análisis de los artículos clasificados.
8. Se tomó en cuenta, darse nombre al artículo seleccionado solo una vez para evitar repeticiones en las diferentes bases de datos.

3.2. Etapa N° 2 Búsqueda de literatura

Para el desarrollo de esta etapa se tuvieron en cuenta las estrategias de investigación que permitieron la precisión en la búsqueda de los artículos (49). Para el desarrollo de esta etapa se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: Tema: Prácticas y creencias frente al VIH-SIDA en adolescentes en comunidades indígenas una revisión narrativa.

Tabla 1. Definición de tesauros, descriptores de búsqueda o términos clave:
Descriptores DeCS y MeSH

TERMINO	DeCS	MeSH
Serodiagnóstico del SIDA	Español: Serodiagnóstico del SIDA Inglés: AIDS Serodiagnosis Portugués: Serodiagnóstico da AIDS	Español: Inglés: Portugués:
Antígenos de VIH	Español: Antígenos VIH Inglés: HIV antigens Portugués: Antígenos HIV	Español: Inglés: Portugués:
Receptores del VIH	Español: Receptores del VIH Inglés: Receptors, HIV Portugués: Receptores de HIV	Español: Inglés: Portugués:
Enfermedades de transmisión sexual	Español: Enfermedades de transmisión sexual Inglés: Sexually Transmitted Diseases Portugués: Doenças Sexualmente Transmissíveis	Español: Inglés: Portugués:
Población Indígena	Español: Población Indígena Inglés: Indigenous Population (Public Health) Portugués: População Indígena	Español: Indígena Inglés: Indigenous portugués: Indígenas
Medicina tradicional	Español: Medicina tradicional Inglés: Medicine, Traditional Portugués: Medicina tradicional	Español: Inglés: Portugués:

Servicios de Salud del Indígena	<p>Español: Servicios de Salud del Indígena</p> <p>Inglés: Health Services, Indigenous</p> <p>Portugués: Serviços de Saúde do Indígena</p>	<p>Español:</p> <p>Inglés:</p> <p>Portugués:</p>
Anticoncepción	<p>Español: Anticoncepción</p> <p>Inglés: Contraception</p> <p>Portugués: Anticoncepção</p>	<p>Español:</p> <p>Inglés:</p> <p>Portugués:</p>
Cultura	<p>Español: Cultura</p> <p>Inglés: Culture</p> <p>Portugués: Cultura</p>	<p>Español:</p> <p>Inglés:</p> <p>Portugués:</p>
HIV-1	<p>Español: HIV-1</p> <p>Inglés: HIV-1</p> <p>Portugués: HIV-1</p>	<p>Español:</p> <p>Inglés:</p> <p>Portugués:</p>
Grupos Étnicos	<p>Español: Grupos Étnicos</p> <p>Inglés: Ethnic Groups</p> <p>Portugués: Grupos Étnicos</p>	<p>Español:</p> <p>Inglés:</p> <p>Portugués:</p>
Características culturales	<p>Español: Características culturales</p> <p>Inglés: cultural characteristics</p> <p>Portugués: Características culturais</p>	<p>Español:</p> <p>Inglés:</p> <p>Portugués:</p>
Conocimientos, actitudes y prácticas	<p>Español: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud</p> <p>Inglés: Health Knowledge, Attitudes, Practice</p> <p>Portugués: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde</p>	<p>Español: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud</p> <p>Inglés: Health Knowledge, Attitudes, Practice</p> <p>Portugués: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Definición de las fuentes de búsqueda

BASE DE DATOS	DEFINICIÓN
SciELO	SciELO (Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea) es un proyecto de biblioteca electrónica, iniciativa de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo, Brasil (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo — FAPESP) y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), ¹ que permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas mediante una plataforma de software que posibilita el acceso a través de distintos mecanismos, incluyendo listas de títulos y por materia, índices de autores y materias y un motor de búsqueda.
MEDLINE	Base de datos del gobierno federal que contiene citas de revistas y resúmenes de publicaciones biomédicas de todo el mundo. La mayoría de las publicaciones provienen de artículos de revistas académicas. Algunas de las publicaciones citadas incluyen un enlace al texto completo del artículo correspondiente, suministrado en forma gratuita. MEDLINE es un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.
EBSCO	EBSCO es una base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. Sus colecciones están disponibles a través de EBSCO host, que es un sistema en línea que combina un contenido de gran calidad en una página atractiva, con herramientas únicas de búsqueda y recuperación de información. Los resultados de las búsquedas ofrecen enlaces a los textos completos de los artículos. Las bases de datos de medicina y enfermería de EBSCO Health proporcionan rápido acceso al texto completo de las revistas de mayor impacto en medicina, enfermería y áreas relacionadas. Si usted es un investigador médico, estudiante o profesional que trabaja en el punto de atención, las bases de datos clínicas de EBSCO Health proporcionan la información necesaria para tomar decisiones bien informadas.
MEDIGRAPHIC	Las Bases de Datos reúne colecciones de material bibliográfico vinculado a las ciencias de la salud, habitualmente incluido en publicaciones electrónicas
DIALNET	Su base de datos, de acceso libre, fue creada por la Universidad de La Rioja (España) y constituye una hemeroteca virtual que contiene los índices de las revistas científicas y humanísticas de España, Portugal y Latinoamérica, incluyendo también libros (monografías), tesis doctorales, congresos, homenajes y otro tipo de escritos.
ELSEVIER	Elsevier es la mayor editorial de libros de medicina y literatura científica del mundo. Forma parte del grupo RELX Group y fue fundada en 1880. Con base en Ámsterdam, la empresa tiene subsidiarias en el Reino Unido, Estados Unidos, México, Brasil, España y en el resto del mundo.
PUBMED	Fue desarrollado por el “National Center for Biotechnology Information (NCBI)” de la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos con la finalidad de poner información biomédica de alto nivel académico al alcance tanto de profesionales de la salud como del público en general. PubMed posee un sistema de recuperación de información basado en tecnología web que data del año 1997 y fue iniciado como un proyecto del gobierno de los Estados Unidos para dar acceso gratuito a diferentes bases de datos

Fuente: elaboración propia

3.2.1. Ecuaciones de Búsqueda

Una vez normalizados los términos DeCS y MeSH se definieron las siguientes ecuaciones de búsqueda:

- ❖ (Prácticas) AND (Indígenas) AND (VIH)
- ❖ (VIH) AND (adolescentes) AND (indígenas)
- ❖ (VIH) AND (Indígenas)
- ❖ (VIH) AND (Adolescentes)
- ❖ (Creencias) AND (VIH) AND (Indígenas)
- ❖ (Prácticas) AND (Creencias) AND (VIH) AND (Indígenas)
- ❖ (Creencias) AND (Indígenas)

3.2.2. Criterios de inclusión

Se establecieron como criterios de inclusión para la investigación las siguientes particularidades:

- ✓ Criterios analizados sobre aspectos que se tienen en cuenta.
- ✓ Artículos donde se encontraran prácticas de comunidades indígenas frente al VIH-SIDA
- ✓ Artículos que se encontraran en un rango de tiempo desde 2009 hasta el primer semestre del 2019.
- ✓ Artículos científicos de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo donde se evidenciará información sobre las prácticas o creencias de adolescentes de comunidades indígenas.
- ✓ Artículos científicos de fuentes primarias publicados en bases de datos de universidades o sitios web como Medline, Scielo, Sciencedirect, PubMed, Medigraphic, Dialnet.
- ✓ Artículos publicados en inglés, español y portugués en el periodo comprendido entre el año 2009 al 2019, que cumplieran con los criterios de búsqueda de acuerdo a los términos DeCS y MeSH.

3.2.3. Criterios de exclusión

Se establecieron como criterios de exclusión para la investigación las siguientes particularidades:

- ✓ Artículos científicos publicados en las bases de datos revisadas que correspondieren a fuentes secundarias y terciarias o a literatura gris.
- ✓ Artículos científicos de diseño analítico y/o experimental debido a la metodología e instrumentos utilizados al realizar una revisión narrativa.
- ✓ Artículos publicados antes de 2009 y/o aquellos que superen los 10 años de publicación retrospectiva.
- ✓ Estudios de casos completos

- ✓ Estudios de casos que no sean comunidades indígenas
- ✓ Rangos de estudios abordados después del segundo semestre del año 2009
- ✓ Instituciones prestadoras de salud

3.2.4. Instrumento de recolección

Como instrumento para la consolidación de la información se procedió a la creación de una base de datos en Excel por medio de los siguientes pasos:

- 1) Se creó una cuenta en Mendeley con una carpeta principal llamada "REVISION" que contenía subcarpetas clasificadas de acuerdo al nombre de cada una de las bases de datos que se consultaron y de donde se obtenían los artículos utilizados para la investigación.
- 2) Se realizó la búsqueda en las bases de datos Scielo, PubMed, MedLine, Medigraphic y Elsevier; de las cuales se exportaron los artículos relacionados con la pregunta de investigación al Mendeley.
- 3) Luego de tener los artículos en el Mendeley se hizo una clasificación de los mismos con etiquetas que llevan la información de la base de datos de dónde provenía el artículo y si este respondía o no a la pregunta de investigación.
- 4) Después de finalizar la búsqueda se exportaron 29 artículos de la carpeta principal a la base de datos de Excel, luego de exportarlos se realizó una depuración de columnas que no eran necesarias y se filtraron y dejaron sólo los artículos que responden a la pregunta de investigación. La información que compone el instrumento integra los siguientes datos:

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| ✓ Ecuación de búsqueda | ✓ Objetivos de la investigación |
| ✓ Identificación de autores | ✓ Diseño metodológico |
| ✓ Base de datos | ✓ Análisis de datos |
| ✓ Título del artículo | ✓ Resultados |
| ✓ Revista | ✓ Conclusiones |
| ✓ Año | ✓ Nivel de evidencia |
| ✓ País de origen | ✓ Palabras claves |
| ✓ Lengua | ✓ Abstract |
| ✓ Lugar de realización | |

Para jerarquizar las evidencias encontradas en las investigaciones se utilizó una adaptación de una clasificación en siete (7) niveles de evidencias propuesta por Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. (50). **Anexo 1.**

5). Se procedió a completar la información para darle forma y orden al instrumento, teniendo como resultado 16 artículos que cumplían los criterios de inclusión lo cual permitió dar inicio al análisis, tabulación y discusión de los datos de acuerdo con la información obtenida.

3.3. Etapa N°3 Evaluación de datos

Para realizar una interpretación exhaustiva e imparcial de los datos de fuentes primarias, en las revisiones narrativas, se requiere que estén plenamente ordenados, codificados y clasificados de allí que las publicaciones incluidas fueron codificadas, ordenadas y clasificadas inicialmente por la base de datos.

3.4. Etapa N°4 Análisis de datos

Reducción de datos: Whittemore (49) afirma que, según los planteamientos de Broome y Brown, la reducción de datos consiste en técnicas para simplificar y resumir el enfoque de codificación y organizar los datos extraídos de fuentes primarias para garantizar el rigor metodológico que se exige (49).

3.5. Etapa N.º 5 Presentación de resultados

En esta etapa se visualizan las conclusiones de la revisión narrativa de la literatura y se explicitan las fuentes y los soportes que detallan una cadena lógica de resultados (50). Específicamente para este caso, se evidenciaron las prácticas y creencias que tienen los adolescentes pertenecientes a comunidades indígenas frente al VIH-SIDA.

5. Aspectos bioéticos

De acuerdo con el código deontológico de los profesionales de enfermería, este debe contribuir activamente en el desarrollo de nuevos conocimientos a través de la investigación favoreciendo la práctica basada en pruebas e impulsando a su vez la profesión de enfermería (51).

Por otra parte, el código de ética para enfermeras y enfermeros del Consejo Internacional de enfermería (CIE) estipula y compromete a los profesionales a realizar intervenciones de cuidado que protejan, mantienen y restauran la salud de los usuarios velando por su integridad física y psíquica que promueva la dignidad

de las personas (51). En la resolución 8430 de 1993 nos informa que las investigaciones que se aplican a seres humanos se deben ajustar a principios científico y éticos, se debe tener en cuenta los consentimientos informados pertinentes para cada caso y cada investigación se debe someter a un comité de ética de la institución investigadora con el fin de regular el proceso. En este caso la investigación no se considera de riesgo ya que el diseño al ser una revisión narrativa y se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos (52)

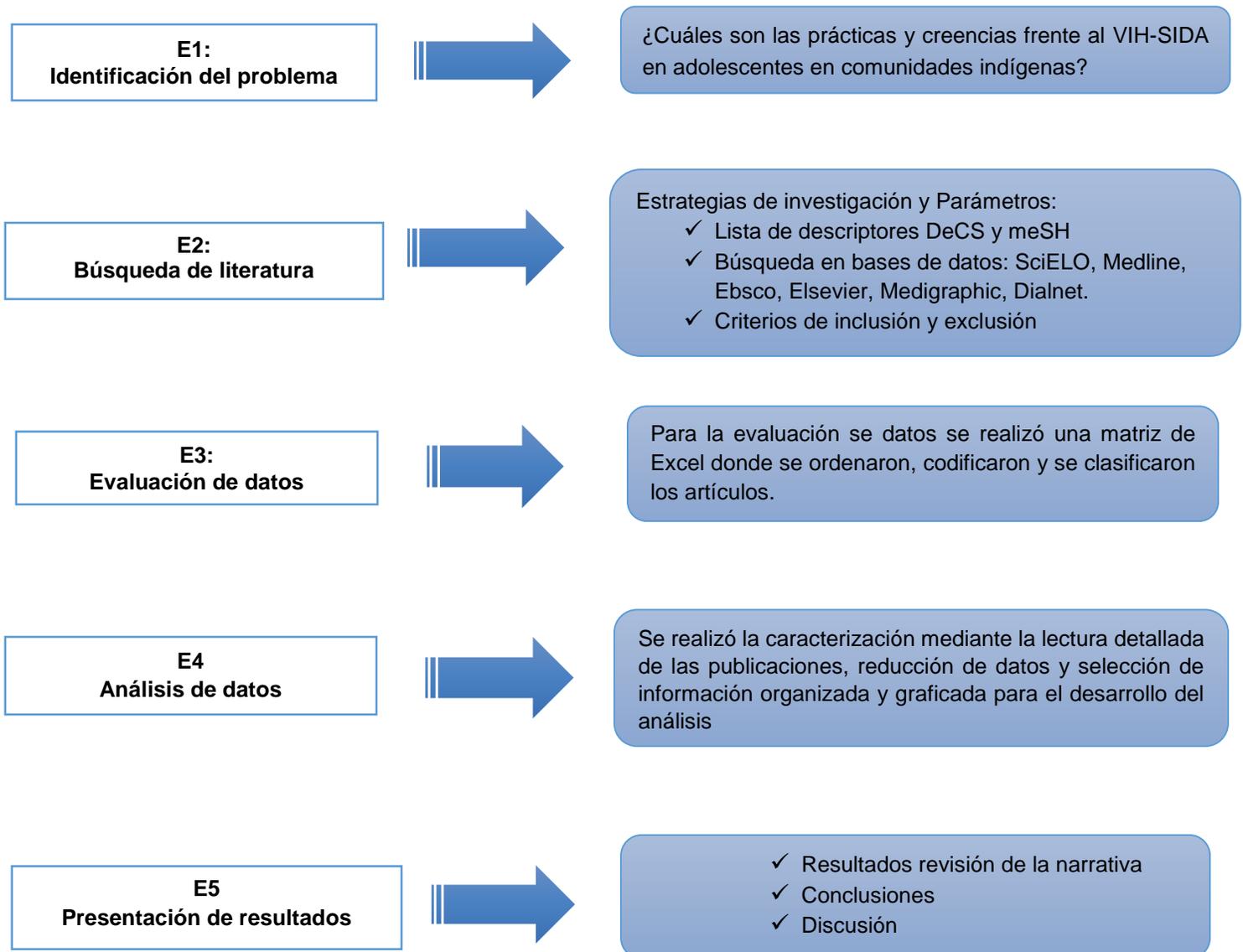
Para dar lugar a la revisión de la literatura se tiene presente los derechos de autor que se encuentran constituidos por un conjunto de normas las cuales protegen los derechos morales y patrimoniales del autor, por ello encontramos que en el artículo 61 de la Constitución Nacional de Colombia, Ley 23 de 1982, Ley 915 de 12 de julio de 2018 y la Ley de Propiedad Intelectual de 1996, disponen condiciones relativas al derecho de autor y los derechos conexos, para tal fin se encuentran citados en norma Vancouver lo referente a: artículos científicos, páginas de internet y toda la información que fue consultada.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En esta etapa se muestran los resultados obtenidos a través del proyecto de investigación de revisión narrativa, los cuales están desarrollados por etapas que se mencionan a continuación:

1. Búsqueda y recuperación de la literatura

1.2. Esquema de búsqueda



Fuente: Elaboración propia

2. Pasos para la revisión narrativa de la literatura

2.1. P1. Identificación

Tabla 3. Identificación de bases de datos con relación al número de artículos.

BASE DE DATOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS
Scielo	20
Medigraphic	1
Dialnet	1
PubMed	1
Elsevier	3
Medline	2

Fuente: elaboración propia

2.2. P2. Publicaciones seleccionadas

Entre las publicaciones que se seleccionaron se hallaron 29 artículos científicos y se excluyeron 13 artículos debido a que no cumplen con los criterios de inclusión establecidos, encontrando que estos artículos no contienen el diseño metodológico de la investigación y además la información no contiene aspectos relevantes para la posterior sustentación de la revisión.

2.3. P3. Publicaciones elegidas

Dentro de las publicaciones elegidas encontramos 16 artículos científicos de texto completo que cumplen con los criterios de inclusión entre ellos artículos de diseño cualitativo o cuantitativo, artículos provenientes de fuentes primarias como Scielo, PubMed, Elsevier, Medigraphic, Medline; además brindan un aporte significativo de información correspondiente al desarrollo de objetivo de la investigación.

2.4. P4. Publicaciones incluidas

Tabla 4. Artículos científicos seleccionados

BASE DE DATOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS
Scielo	10
Medigraphic	1
Elsevier	2
PubMed	1
Medline	2

Fuente: elaboración propia

3. PRESENTACIÓN DE LAS PUBLICACIONES

Tabla 5. Publicaciones incluidas

CÓDIGO	TÍTULO	AUTORES	PAÍS	AÑO	OBJETIVO
A 1	Cómo se ven las mujeres indígenas y no indígenas en el sida: convergencias y singularidades How indigenous and non-indigenous women look at aids: convergences and singularities	-Barbosa Freire da Silva. J	Brasil	2019	Analizar la forma en que se configura el sida a los ojos de las mujeres indígenas y no indígenas.
A 2	Caracterización de la situación del VIH/sida en los wayuu de Colombia: una aproximación a sus percepciones	-Castro-Arroyave. D -Gamella. J,F -Gómez Valencia. N -Rojas Arbeláez. C	Colombia	2017	Analizar las principales percepciones emergentes en los wayuu a partir de sus realidades socioculturales y del conocimiento acerca del virus.
A 3	Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Prevención de Sífilis y VIH de Indígenas	-Benítez Alfonso. R -Lorenza Paiva. C -Martínez Gutiérrez. G	Paraguay	2016	determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de Sífilis y VIH de indígenas del Distrito
A 4	Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en Los Altos de Chiapas	-Muñoz Martínez. R	México	2014	Analizar cómo es la vivencia y adherencia al TAR de personas indígenas que son portadores de VIH
A 5	La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de los riesgos del VIH / SIDA entre los jóvenes estudiantes indígenas de los Altos de Chiapas.	-Reartes. D,L	México	2011	acercarnos a la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida de las y los jóvenes de la población indígena, un grupo inmerso en profundos cambios derivados de fenómenos como la falta de oportunidades de trabajo, la movilidad a las ciudades para estudiar o trabajar y la migración internacional -lo que trae aparejado nuevas expectativas y proyectos de vida.

A 6	Pueblos indígenas y VIH–Sida Indigenous People and HIV/AIDS	-Ponce. P -Núñez Noriega. G	México	2011	explorar en qué consiste precisamente la especificidad de la condición indígena en la vulnerabilidad a la epidemia del Sida y qué factores influyen para incrementarla
A 7	Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia	-Puig Borrás. C -Montalvo. P	Bolivia	2011	generar información para la formulación de estrategias efectivas de prevención del VIH y el Sida entre poblaciones indígenas y originarias en Bolivia
A 8	Determinantes sociales de salud asociados al virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres indígenas del norte de Oaxaca, México	-Martínez Juan. B -Castillo Arcos. L	México	2016	Abordar la comprensión de la compleja red de factores sociales y estructurales que interactúan en la vulnerabilidad de la mujer al contagio del VIH, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (DSS. análisis de contenido de documentos de referencia
A 9	Prácticas educativas de un grupo de madres adolescentes del distrito de Buenaventura, Colombia	-Moreno Acero. I,D -Mosquera Mosquera. N -Hernández Alvarez. J -París Silva. L.M -Venegas -Rodríguez. C,G	Colombia	2017	Analizar, a través de sus narrativas, las prácticas educativas familiares cotidianas de un grupo de madres adolescentes afrocolombianas en condición de vulnerabilidad del Distrito de Buenaventura.
A 10	Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México	-Pavía-Ruz N -Góngora-Biachi R -Vera-Gamboa L -Rodríguez. M -González-Martínez P	México	2012	Determinar los conocimientos, actitudes y percepción de riesgo del VIH/SIDA en adultos de comunidades rurales de Yucatán, México
A 11	Conocimientos y prácticas sexuales asociados al VIH/SIDA en la comunidad Shuar de Uyuntza- Morona Santiago	-Nagua Uyaguari. S, P - Jiménez Brito. D ,A -Chasillacta Amores. F,B	Ecuador	2019	caracterizar los conocimientos y prácticas sexuales vinculadas con el VIH/SIDA, en la Comunidad Uyuntza-Morona Santiago

A 12	Patrones culturales y sociales asociados al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual en una minoría étnica	-López Entrambasagua s. O -Parra Anguita. L -Martínez Linares. J -Martínez Galiano. J	Bolivia	2018	Explorar, describir y comprender los patrones culturales y de comportamiento asociados a la salud sexual y reproductiva de este colectivo de mujeres y su asociación con el riesgo de adquisición de ITS y/o VIH.
A 13	Implementación de las recomendaciones nacionales de detección del VIH en el servicio de salud indígena.	-Reilley. B -Leston.J -Tulloch.S -Neel.L -Galope.M -Taylor.M	Alaska-USA	2015	Determinar qué políticas y prácticas en todo el establecimiento se asoció con altas tasas de detección del VIH
A 14	Epidemia de VIH-1 en amerindios warao de Venezuela: filodinámica espacial y patrones epidemiológicos	-Villalba.J -Bello.G -Maes.M -Sulbaran.YF -Garzaro.D -Loureiro.C -Rangel.H -Pujol.F	Venezuela	2013	Evaluar el alcance y la dinámica de la diseminación del VIH-1 en ocho comunidades de Warao.
A 15	Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas	-Ortiz. S	Colombia	2019	comprender la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de las comunidades de San José, Tunzará y Veneros del Resguardo Indígena San Lorenzo, desde una visión que abarque la interrelación entre una descripción de las vivencias y percepciones individuales del comportamiento reproductivo, principalmente de la primera menstruación, una caracterización del acceso a los sistemas médicos para su salud sexual y reproductiva, como la partería tradicional, y un análisis de esta a partir de algunas condiciones grupales y estructurales.
A 16	Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia	-Zambrano. R -Castro, D -Gómez. N -Rojas. C	Colombia	2019	Identificar y medir conocimientos y comportamientos de riesgo para VIH y SSR, en un resguardo indígena del departamento de Antioquia.

Fuente: elaboración propia

3.1. Caracterización de los artículos incluidos

La caracterización de artículos nos permitió desarrollar la etapa N°4 que corresponde al análisis de datos, caracterización y filtración por medio de la revisión detallada de cada artículo, de acuerdo a esto se obtuvo información específica, la cual se organizó y graficada para un análisis detallado

3.1.1. Clasificación de los artículos de acuerdo con el número de publicaciones por autor

Tabla 6. Clasificación de los artículos según número de autores

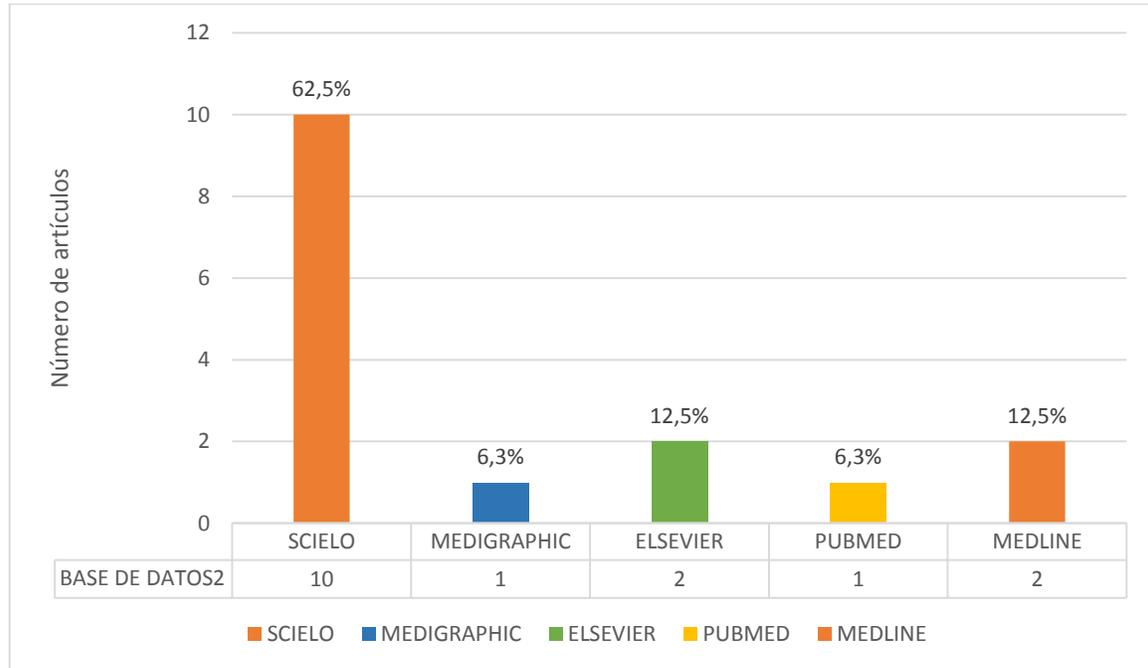
NÚMERO DE ARTÍCULOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS POR AUTOR
4	1
3	2
2	3
3	4
3	6
1	8
TOTAL: 16 artículos	26 autores

Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta la clasificación de los artículos en relación al número de autores que intervienen en cada uno de ellos, se logró identificar que 4 de 16 artículos están elaborados por 1 autor, 3 de ellos por 2 autores, 2 artículos elaborados por 3 autores, 3 artículos por 4 autores, 3 artículos por 6 autores y 1 artículo elaborado por 8 autores. El resultado nos permite evidenciar la participación de diferentes profesionales, así como distintas perspectivas, aportes y conocimientos, variedad en experiencias vividas por los autores desde sus roles diarios.

3.1.2. Clasificación de los artículos según la base de datos

Gráfico 1. Artículos según su base de datos



Fuente: elaboración propia

De acuerdo a la **gráfica No 1** que corresponde a la clasificación de artículos según base de datos, se logró evidenciar que el 62,5% que corresponde a 10 artículos de Scielo, siendo este el archivo más predominante y esto se debe a que tiene muy fácil acceso, no hay restricciones y tiene gran variedad en idioma y país, seguido encontramos que el 12,5% con 2 artículos cada uno obedece a las Elsevier y Medline y el 6,3% con 1 artículo cada uno pertenece a Medigraphic y PubMed.

3.1.3. Clasificación de los artículos según la revista de publicación

Tabla 7. Clasificación de los artículos según revista de publicación

REVISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Revista de la escuela de enfermería	1	6,3%
Chungará (Arica)	1	6,3%
Revista institucional medica	1	6,3%
Revista liminaR. estudios sociales y humanísticos,	1	6,3%
Investigaciones andinas	1	6,3%
Desacatos	4	25%
Dialnet plus	1	6,3%
Revista biomédica	1	6,3%
Journal article	1	6,3%
Revista de ciencias de la salud	1	6,3%
J Community Health	1	6.3%
Asociación portuguesa de epidemiologia	1	6,3%

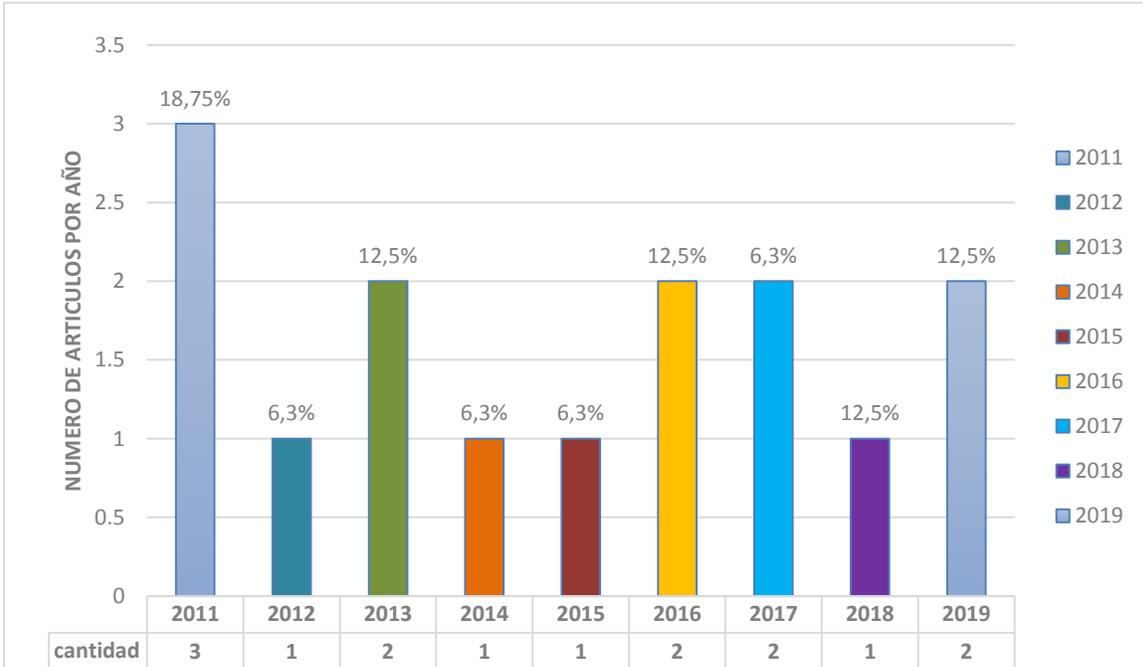
Enfermería Investiga	1	6,3%
TOTAL	16	100%

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la **tabla No. 7**, que tiene en cuenta la clasificación de artículos según revista de publicación, se obtuvo lo siguiente: el 25% con 4 artículos corresponde a publicaciones de la revista Desacatos, y el 6,5% con 1 artículo cada uno corresponde a publicaciones de revistas como revista de la escuela de enfermería, Chungará (Arica), revista institucional médica, Revista liminaR. Estudios sociales y humanísticos, investigaciones andinas, Dialnet plus, revista biomédica y revista institucional médica, cada una con el mismo porcentaje, demostrando así que la mayor parte de los artículos están incluidos dentro de la revista Desacatos.

3.1.4. Clasificación de los artículos de acuerdo al año de publicación

Gráfico 2. Artículos según su año de publicación

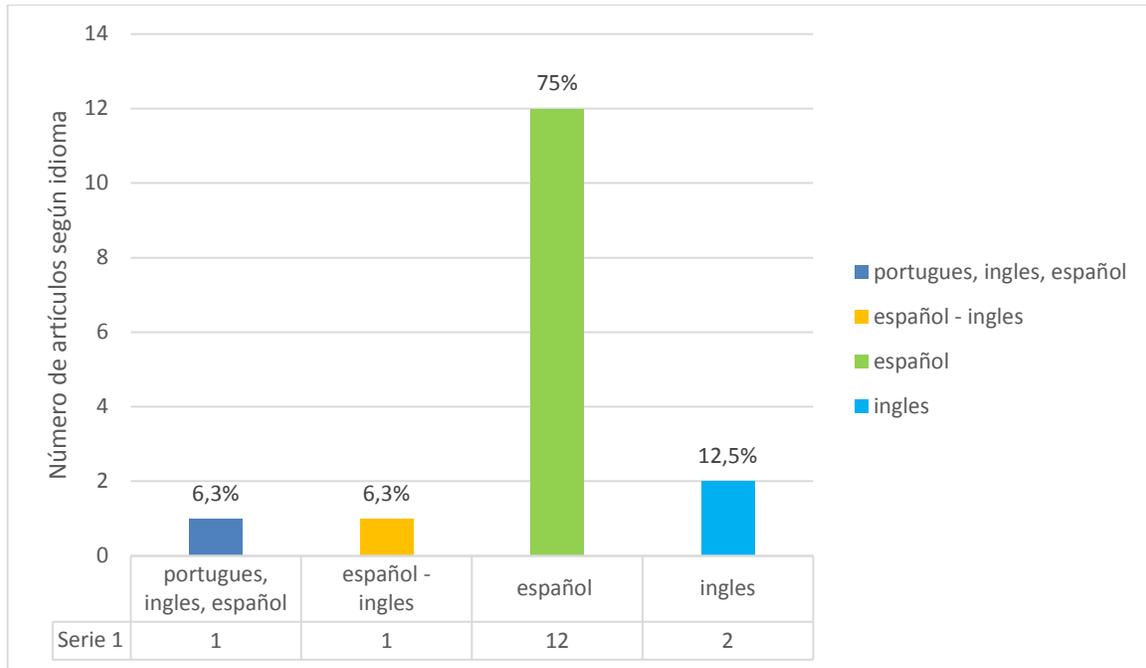


Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta la **gráfica No 2**, relacionada a la clasificación de artículos según se año de publicación, se evidencio que el 18,75% corresponde a artículos publicados en el año 2011, el 6,3% pertenece a publicaciones de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2018 cada uno con el mismo porcentaje y el 12,5% obedece a los años 2016, 2017 y 2019 cada uno y comparten el mismo porcentaje, esto nos demuestra la variedad de los estudios.

3.1.5. Clasificación de los artículos según idioma

Gráfico 3. Artículos según su idioma

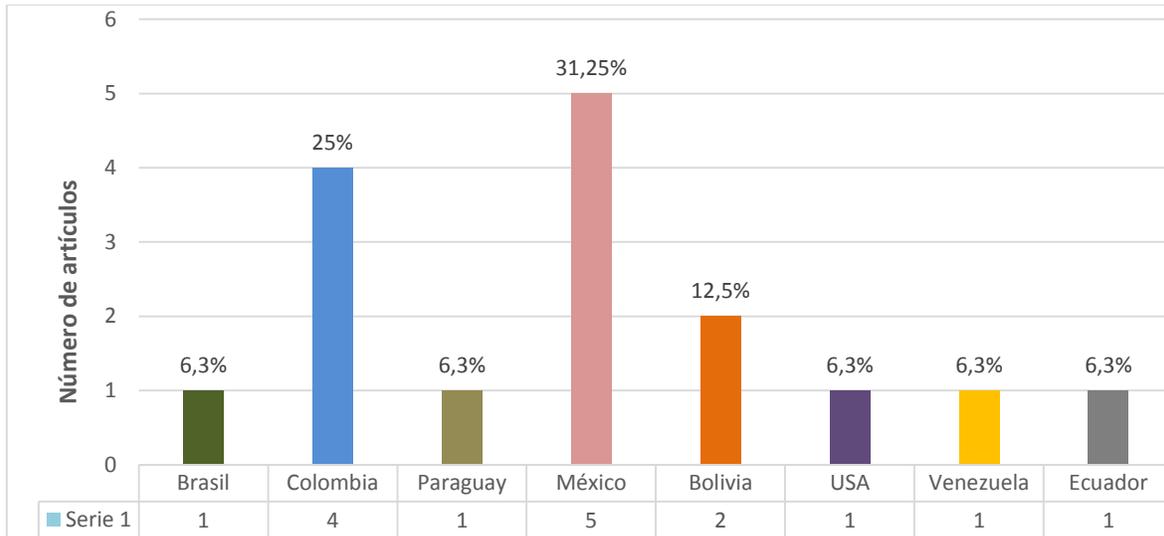


Fuente: Elaboración propia

Según la **gráfica N°3** correspondiente a la clasificación según idioma permite determinar que el 75% con 12 artículos corresponde a publicaciones en el idioma español, debido a que la mayor parte de los artículos encontrados son de países como México y Colombia donde predomina este idioma, con 12,5% se hallaron artículos en inglés con 2 artículos y el 6,3% con 1 publicación cada una muestra artículos en idiomas como portugués e inglés, cada uno con el mismo porcentaje. Con estas últimas publicaciones se logra evidenciar la variedad en el momento de realizar la búsqueda activa de la revisión.

3.1.6. Clasificación de los artículos según país de origen

Gráfico 4. Artículos según su país de origen

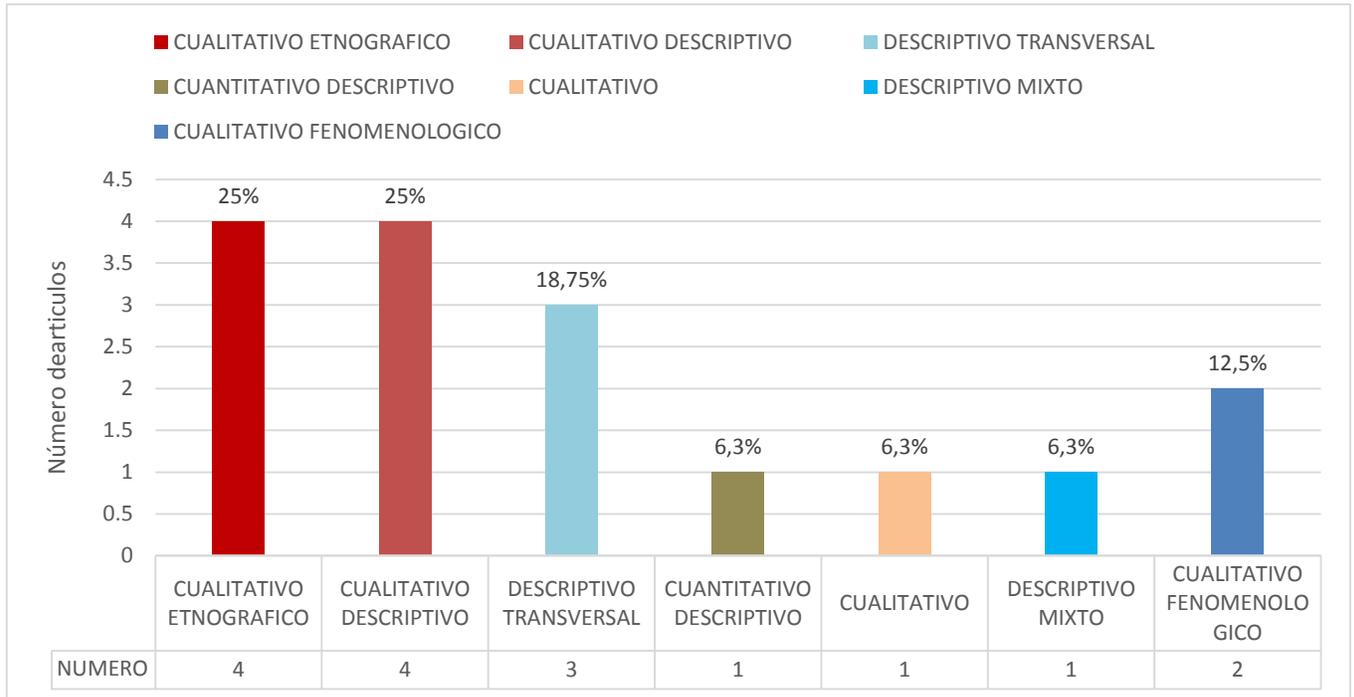


De acuerdo a la información de la **gráfica No 4** se logró identificar que el país que del que se obtuvieron la mayoría de artículos fue de México con un 31,25% y 5 publicaciones, evidenciando de esta manera que este País es uno de tantos con gran variedad de comunidades indígenas, seguido a este encontramos a Colombia con el 25% con 4 publicaciones, luego con 12,5 encontramos a Bolivia correspondiente a 2 artículos y con un 6,3% con 1 artículo cada uno, corresponde a publicaciones de países como Brasil, Paraguay, Usa, Venezuela y Ecuador.

Teniendo en cuenta el porcentaje restante se puede afirmar que esta minoría se da ya que en la filtración de artículos se excluyeron aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

3.1.7. Clasificación de los artículos de acuerdo al diseño metodológico

Gráfico 5. Artículos según su diseño de estudio



Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta el gráfico anterior se determina que la revisión de la literatura está orientada y obedece a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente planteados, de acuerdo a esto, el 25% corresponde a artículos con estudio cualitativo etnográfico y cualitativo descriptivo, el 18,75% representa estudios con enfoque descriptivo transversal, el 12,5% a estudio cualitativo fenomenológico y el 6,3% restantes pertenece a estudios cuantitativo descriptivo, cualitativo y descriptivo mixto, cada uno con el mismo porcentaje.

Es de tener en cuenta que en la búsqueda de la literatura se evidenció que los artículos con mayor claridad aportan de forma significativa a la pregunta de investigación planteada, ya que correspondían a estudios cualitativos descriptivos y de esta manera se logra la obtención de información de gran relevancia.

3.1.8. Clasificación de los artículos según nivel de evidencia

Tabla 8. Clasificación del nivel de evidencia

NIVEL DE EVIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	15	93.75%
5	1	6.25%

Fuente: elaboración propia

La clasificación por niveles de evidencia permite clasificar las publicaciones teniendo en cuenta el diseño metodológico del estudio realizado asumiendo que algunos de ellos están sujetos a más sesgos que otros; y por ende, justifican más débilmente las decisiones clínicas, de acuerdo a lo anterior la **tabla N° 8** permite evidenciar que de los 16 artículos que fueron seleccionados durante la filtración, 15 publicaciones pertenecen al nivel de evidencia No 6, y 1 artículo pertenece al nivel de evidencia 1; ya que de acuerdo a la revisión se determinó que el método de estudio determina el nivel de evidencia de los artículos. Teniendo en cuenta esto, se logró realizar el proceso de selección de cada uno, determinando que el 93,75%% corresponde al nivel 6 y el 6,25% pertenece al nivel de evidencia 5, que contienen diseños cuantitativos y cualitativos de diseño fenomenológico, descriptivo, analítico, hermenéutico y etnográfico.

3.1.9. Clasificación de los artículos de acuerdo con la temática abordada

Tabla 9. Temática abordada en los artículos

# CATEGORIA	TEMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
categoria 1	Percepción del SIDA en comunidades indígenas	2	12.5%
categoria 2	Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el VIH	7	43.75 %
categoria 3	Acceso y adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH	2	12.5 %
categoria 4	patrones culturales, epidemiológicos y factores de riesgo en comunidades indígenas para el contagio de VIH	5	31.25%
TOTAL		16	100%

Fuente Elaboración Propia.

En el proceso de la respectiva revisión literaria se logró conservar los artículos seleccionados en 5 categorías, las cuales se plasmaron en la tabla anterior obteniendo un total de 16 artículos de diferentes revistas científicas para el respectivo análisis y estudio del tema planteado inicialmente.

La **categoría # 1** dispone de 2 artículos los cuales pertenecen a la percepción del SIDA en comunidades indígenas, esta categoría se unificó teniendo en cuenta el aporte científico de cada uno de los autores; se identificó que el VIH- SIDA en las comunidades indígenas son considerados como un problema de salud pública, además de que estos grupos étnicos son vulnerables. (53) Los dos autores coinciden en que existen pocos estudios en cuanto a las percepciones frente al VIH-SIDA, sin embargo en las comunidades indígenas es relevante la falta de información y comprensión de las etapas y diferencias entre el VIH- SIDA, existe un alto estigma y discriminación hacia las personas que viven con el VIH; cabe destacar que los estudios emprendido en las comunidades indígenas han revelado que en su mayoría, la percepción del VIH-SIDA es negativa ya que se configuran desde perspectivas de elementos culturales propios de cada cultura en el que afirman que en muy pocos casos comprenden al VIH-SIDA como una enfermedad fea, un riesgo o castigo contagioso que se pega en la ropa y que lleva a la muerte por ende consideran aislar a la persona con dicha enfermedad.(54)

La **categoría #2** cuenta con 7 artículos los cuales corresponden al conocimiento, actitudes y prácticas sobre el VIH en comunidades indígenas, teniendo en cuenta el aporte científico de cada uno de los autores, se recalca que en su mayoría difieren que las comunidades indígenas y los jóvenes principalmente requiere de una amplia

comprensión en la contextualización de los niveles individuales, grupales y estructurales de manera multidimensional entre ellos se incluye el estilo de vida, modos de vida, en el que se expone que la gran mayoría de la población indígena carecen de nivel académico y conocimiento del tema en el que desconocen el contagio o la existencia del VIH - SIDA, sin embargo un bajo porcentaje de la población reconoció que para evitar esta enfermedad se usa el condón, los mismos que afirmaron conocer del tema dentro de los estudios se estableció otro grupo que tiene en cuenta las tradiciones machistas de conservar la virginidad manteniendo relaciones sexuales con una pareja única y no infectada e ideales de otra época. CATEGORIA 2(55) (56). Además, los autores coinciden en que existe una errónea realización e información del VIH -SIDA y del uso del Condón ya que en los estados realizados mencionan que el uso de condón es para los esposos que no tienen intimidad con sus esposas sino más bien con otras mujeres, sobre todo contagiarse de la enfermedad usando el preservativo por último es relevante señalar que en cuanto a la prevención y prácticas de curación se halló el uso de hiervas, jarabes medicinales, oraciones y las curaciones espirituales las cuales son rangos fuertes de las culturas indígenas.(57)(58)

La categoría # 3 con 2 artículos pertenecen a culturas vs acceso y adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH. esta categoría se unificó basado en el aporte científico de cada uno ya que en su gran mayoría infieren que las culturas aún están envueltas en la violencia estructural e institucional que opera a través de la discriminación por el origen étnico, la condición socioeconómica y ser portador del VIH-Sida aumentando la probabilidad de ser discriminado.(59) De modo que es importante analizar algunas dificultades con las que se encuentra la población indígena que reside en una comunidad al acceder a cualquier servicio de atención integral y más aun tratándose del VIH – SIDA. Actualmente existe una notable falta de información acerca de los casos de personas que viven con VIH-Sida y su ubicación. Esto se debe al subregistro producido por la carencia de dispositivos de detección, prevención y atención en las instituciones de salud, así como a un deficiente, cuando no ausente, seguimiento de las personas detectadas por motivos como la migración o el abandono del tratamiento, lo cual se agrava en las poblaciones indígenas (60)

La categoría # 4 cuenta con 5 artículos pertenece a patrones culturales, epidemiológicos y factores de riesgo en comunidades indígenas para el contagio del VIH-SIDA, esta categoría sin duda alguna se tomó en cuenta el aporte de cada uno de los autores, ya que en su gran mayoría coinciden que existe un gran problema como lo es la invisibilidad de la población indígena respecto al VIH, la cual está relacionada con varios factores como: No pensar en la salud tomando en cuenta a los pueblos indígenas.(61) se identificó inconvenientes en cuanto a los estereotipos sociales sobre quiénes son y cómo viven, en la medida en que son concebidos como algo exótico, que mora en lugares inaccesibles, el VIH no

significaría una amenaza para ellos; no cabe duda de las creencias sobre “la sexualidad natural” de los indígenas, de que todas y todos son heterosexuales y la constante asociación de la epidemia con la homosexualidad, por ende, si no hay homosexualidad entre los pueblos indígenas, entonces, no hay riesgo de VIH. Además de la inmigración por diferentes necesidades. Sin embargo se considera que al desarrollar investigaciones o programas para los migrantes o población rural se está tomado en cuenta a los pobladores indígenas, pero esto no es del todo cierto pues no se están implementando medidas que tomen en cuenta su especificidad sociocultural en un contexto nacional, Además se relacionan los patrones epidemiológicos del VIH en comunidades indígenas, este aporte da a conocer la prevalencia alta del VIH en casi todas las comunidades indígenas estudiadas identificando alta prevalencia de tuberculosis, hepatitis B entre otras enfermedades infecciosas y con acceso limitado a los servicios de salud. (62) (63) Todo lo anterior son un grupo de factores que son considerados como riesgos para este grupo vulnerable. Razón por la que surgen aún más motivos por los que se desea indagar un poco más sobre los patrones culturales que rige en cada cultura y buscar nuevas estrategias para abarcar esta población (64)

CAPITULO V. DISCUSIÓN

Posterior a la elaboración de los cuadros de categorías se continúa con la formulación de las conclusiones de acuerdo del proceso de selección de las categorías que incluye el conjunto de los 16 artículos que fueron seleccionados para el adecuado abordaje del estudio de la revisión de la literatura

1. Categoría N°1: Percepción del SIDA en comunidades indígenas

La percepción se define como aquella forma en la que las comunidades indígenas interpretan las sensaciones e interpretan la realidad desde su cultura , el cual se refleja en el lenguaje cultural además de conceptos y creencias propios, que se han venido retroalimentando por generaciones en las que conservan creencias culturales a lo largo de la historia; por lo que la población indígena habla solo de aquellos temas en los que tiene conocimientos ancestrales que les son importantes y por otro lado acceden a sus cogniciones sobre temas en los cuales son expertos por estar inmersos en su propia cultura así como la medicina natural, conocimientos heredados de sus ancestros. De acuerdo a la literatura se puede afirmar que el VIH – SIDA es uno de los temas que culturalmente no son mencionados dentro de las comunidades indígenas, generalmente en el núcleo familiar la educación sexual y todo lo relacionado con temas de la sexualidad son llevadas por una mama curandera o madre cuidadora, ya que es un tema primordial de la vida y que significa el sacrificio y acto de pureza del ser humano, que es conservada.

En las comunidades indígenas prevalece que la pureza de una mujer representa la honra de la familia ante la sociedad o comunidad por lo que es importante que una mujer llegue virgen al matrimonio y consideran que con el esposo es con quien comparte intimidad razón por la aquel es imposible contraer este tipo de enfermedad ya que es considerado como un castigo de parte de Dioses en los que creen en cada cultura, Por lo que hablar de la sexualidad y todo lo que incluye las consecuencias de las mismas se considera como una falta de respeto y es estimado también como algo vulgar el tocar temas relacionadas a la intimidad en la que incluye el VIH – SIDA debido a las causas por las que se produce. Sin embargo, las percepciones y formas de nombrar el VIH – SIDA articulan conocimientos, representaciones y prácticas que permiten a los sujetos o grupos sociales enfrentar y afrontar el sufrimiento. Teniendo en cuenta la revisión de las investigaciones planteadas frente al tema en las comunidades indígenas se puede inferir que culturalmente, el matrimonio es una forma prevenir toda clase de encuentros carnales ya que sentir placer en una mujer es considerado inapropiado y prevenir cualquier maldición o enfermedad de toda índole; haciendo alusión al VIH – SIDA un gran número de la población indígena considera como un sinónimo y que ambos son enfermedades malas, incurables y que provoca la muerte; cabe resaltar que

gracias a los múltiples factores de necesidad así como el trabajo y migración de esta población a las ciudades por diferentes motivos actualmente una pequeña porción de la población indígena ya cuenta con alguna información acerca del tema, son pocos sin embargo ha sido relevante que ya exista algo de conocimiento frente al tema ya que impulsa a que la información se extienda a más personas de la cultura indígena, promoviendo y previniendo futuros casos de contagio en esta población vulnerable.

Es importante tener en cuenta que desde la aparición y expansión del VIH/sida, los grupos humanos han buscado formas de referirse al virus y a la enfermedad según sus realidades socioeducativa, cognitivas y culturales. Algunos han creado palabras o recurrido a conceptos que parecen ayudar a comprender y asimilar lo novedoso y desconocido que en su entorno genera miedo; los diversos sentidos asignados a la enfermedad están influenciados por factores como las desigualdades sociales, estructuras de poder y modelos culturales, de manera que para entenderla es necesario trascender la mirada biologicista, en el caso de los wayuu, recurrieron al concepto de enfermedad para referirse a algo que pone en riesgo su estar-bien, y su mirada generalizadora del virus y del sida que permite comprender lo que rompe con su sistema de clasificación de enfermedades ya que no es claro en que consiste la enfermedad. Ante lo anterior mencionado, es sorprendente como culturalmente justifican al género masculino como un ser de poder y autoridad que tiene la libertad de vivir su vida sexual a su manera por el hecho de ser hombre, este conflicto de género deja mucho que decir y pensar que como es posible que en el siglo XXI exista aun el machismo en el que las mujeres no tienen ningún derecho de elegir qué hacer con su vida sexual o peor aún que no tengan información ni educación acerca de este tema que es de suma importancia no solo en un grupo específico sino más bien en nuestra sociedad ya que las políticas de salud deben garantizar la salud sexual y segura a la población colombiana sin importar su etnia, cultura o razón social y religión.

2. Categoría N°2: Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el VIH – SIDA

El conocimiento de las formas de prevención de distintas infecciones de transmisión sexual de acuerdo a la literatura es muy limitado en las comunidades indígenas, aunque suele variar; ya que en algunas culturas se sabe en un mínimo del tema así como el uso del preservativo en el que identifican que es un método de protección mientras que en otras culturas prefieren no hablar del tema por casusa como en el que muchos casos no tienen ningún conocimiento del tema y en otros porque lo consideran vulgar.(55) sin embargo, en su gran mayoría no saben en qué consiste el VIH- SIDA ni sus diferencias. «Además, algunos hasta afirman que el

preservativo no reduce el riesgo de transmisión y en cuanto a conocimiento de la transmisión dicen ser por la picadura de un mosquito» (56) y hasta afirman «que el preservativo solo se debe usar cuando un hombre va a tener intimidad con otra mujer que no se su esposa» (56). En este sentido las mujeres, que tienen sus esposos respaldan este hecho ya que ellas no tienen derecho de contradecir lo que el esposo haga o diga lo que es inquietante ya que se identifica en las mujeres indígenas un alto porcentaje de vulnerabilidad por ser protagonistas del machismo. Los hombres adultos tienen una noción más clara de la protección contra el VIH – SIDA que ofrece el condón en cuanto a su vida sexual; ya que algunos de ellos tienen un nivel académico básico. Los recursos bibliográficos, estudios y artículos científicos, corroboran la información e indican que en general las mujeres tienen menos conocimiento sobre el tema que los varones. (56) (57) (58) Es probable que los hombres hayan estado más expuestos a información sobre el uso del condón durante los periodos en que han salido de las comunidades para trabajar y pasan por las ciudades. En este caso, dada la severa falta de información en las comunidades, especialmente en las mujeres, la movilidad de la población puede ser un factor positivo que incremente el conocimiento sobre prevención de las personas que migran temporalmente o de aquellas que por motivos laborales o comerciales están más en contacto con la ciudad en el que influye los medios de comunicación. (56)

Es importante resaltar que las comunidades indígenas muestran una tendencia negativa en relación a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, , cabe mencionar que no se identificó ninguna creencia de homosexualidad o su existencia, de modo que se muestran en total desacuerdo con el uso de anticonceptivos porque desconocen los beneficios que estos traen para la salud, además la importancia de mantener relaciones sexuales con una misma pareja son prácticas que contribuyen en el mantenimiento de la salud. (56) (57).

3. Categoría N°3: Acceso y adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH.

Toda institución que presta servicios de salud es considerada como un reflejo de la sociedad y está articulada con los procesos sociales y políticos, en las que actualmente aún se manifiestan varias problemáticas relacionadas con la inclusión de la población indígena en las políticas nacionales de prestación de servicios de salud. Es importante agregar que entre las problemáticas también se incluye la detección de las ETS en la población, las cuales son resistentes en comunidades indígenas; además estos grupos especiales están envueltas en la violencia estructural e institucional que opera a través de la discriminación por el origen étnico, la condición socioeconómica y la dificultad para expresarse en el español dado que la mayoría no sabe hablar el español ante estas circunstancias se le

agrega que en algunos casos son portadores del VIH-SIDA, y gracias a varios estudios y revistas científicas se analizó algunas dificultades con las que se encuentra la población indígena en las que reside en una comunidad al acceder a cualquier servicio de atención integral y más aun tratándose del VIH - SIDA.(59)(60)

Actualmente existe una notable falta de información acerca de los casos de personas que viven con VIH-SIDA y su ubicación. Así mismo, se evidencia que no existe personal que acoja a este grupo vulnerable y le brinde educación ante el tema y otro de los casos que se identificó en la literatura es que esto se debe al subregistro producido por la carencia de dispositivos de detección, prevención y atención en las instituciones de salud, así como el interés de incluir la población indígena en las políticas de salud pública ya que esta comunidad también hace parte de los 35% no registrados en muchos de los casos. (60)

4. Categoría N°4: patrones culturales, epidemiológicos y factores de riesgo en comunidades indígenas para el contagio de VIH

La cultura es esa distinción entre diferentes grupos sociales en nuestra sociedad, sin embargo, las comunidades indígenas conservan rasgos culturales las cuales siguen envueltos en prácticas que en esta era no son efectivos, así como el uso de los remedios caseros y ancestrales. (61)teniendo en cuenta lo anterior se pueden destacar que los cuidados e intervenciones de los profesionales de la salud pueden alterar las conductas de esta población y hasta la nula aceptación de los cuidados e intervenciones, además se infiere que aún no existe la inclusión del cuidado ante enfermedades que han ido surgiendo a lo largo de la existencia, mientras que aún se conserva la cultura de multiplicarse con la misma pareja de vida, además se considera como una bendición poder procrear y por ende se ve la poca adherencia a métodos anticonceptivos que más allá de prevenir un embarazo no deseado. Además, no tienen conocimiento de cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual como VIH-SIDA, que en estos tiempos es tan común, pero tan poco controlado en las comunidades indígenas. (62)

Epidemiológicamente los pueblos indígenas son los grupos sociales que más afectados se ven en la actualidad con respecto al VIH-SIDA, precisamente por los patrones culturales que se desarrollan al interior de estas comunidades indígenas, además hay que tener en cuenta que esta población es vulnerable y han tenido que enfrentar grandes cambios. Gracias a la búsqueda de la literatura de diferentes fuentes confiables se ha identificado que hace falta generar conocimientos sobre el VIH-SIDA y crear conciencia de autocuidado sin modificar su cosmovisión en esta población, de este modo se contribuye a mejorar el estado de salud y disminución en índices de contagios por VIH-SIDA. (64) (65)

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Dentro

de estos factores de riesgo podemos destacar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (66)

Teniendo en cuenta lo anterior, se logra evidenciar que los pueblos indígenas están en constante riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como VIH-SIDA de acuerdo a sus costumbres y prácticas que no son tomadas en cuenta para la inclusión de estos grupos sociales a los diferentes entes, es de resaltar que esta poca inclusión se ha visto desde siempre y aunque en las últimas décadas se ha apostado por lograr una adherencia a prácticas de autocuidado, no se logrado en su totalidad. (65)

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

1. Las comunidades indígenas teniendo en cuenta la condición de inequidad social, son un sector poblacional en el que constantemente están expuestos a factores de riesgo y contagio de VIH-SIDA, esto debido a que las condiciones de vida no son las más adecuadas derivadas de limitación a los servicios de salud, pobre educación, limitado acceso a agua potable, los ingresos económicos son muy bajos y a nivel gubernamental no se ve la creación e instauración políticas y programas.
2. Los adolescentes de estos grupos sociales en cierta medida son quienes más expuestos están a esta epidemia del VIH-SIDA. Por ende, es importante que el grupo focal para instaurar conocimientos y conciencia sobre esta enfermedad sean precisamente los adolescentes.
3. Es importantes que los entes gubernamentales desarrollen políticas, planes y programas en beneficio de las comunidades indígenas de este modo se logra mejorar la salud y la calidad de vida de todos los miembros de estos grupos sociales.
4. Es necesario que las diferentes instituciones gubernamentales logren un trabajo intersectorial, donde su pilar sea la atención a las comunidades indígenas, respetando siempre su cultura y tradiciones, sin excluir la lengua nativa y su sistema de salud.
5. Teniendo en cuenta la inequidad social en la que los pueblos indígenas permanecen se destaca la minoridad y discriminación, estos factores contribuyen a la disminución de oportunidades sociales, políticas y económicas para lograr desarrollo humano que merecen.
- 5) Es notorio que las instituciones del sector salud no están actuando en correspondencia a la gravedad del problema en salud que presentan las comunidades indígenas y además existen prácticas discriminatorias del personal de salud y de las propias organizaciones de la sociedad civil que inhiben sensiblemente el acceso de la población indígena a la atención oportuna, hecho que se suma a sus condiciones de marginación y vulnerabilidad económica, social y sexo genérico.
- 6) Es necesaria la formación del personal de la salud en comunicación intercultural y los diferentes sistemas de salud, de este modo se atiende a la población indígena de manera integral y no se deja lado sus costumbres y creencias.

CAPITULO VII. RECOMENDACIONES

1. Es importante que las entidades gubernamentales logren centrar su atención en las comunidades indígenas para que a través de políticas y programas lleguen a los integrantes de estas de manera holística, contribuyan en la protección de los saberes y prácticas ancestrales en salud.
2. Se necesita que la formación a profesionales de la salud incluya temas de interculturalidad y respeto por las diferentes culturas, para que, en vez de querer llegar a cambiar costumbres y creencias, logren contribuir al respeto y la integración del sistema de salud occidental y el sistema de salud propio de las comunidades indígenas.
3. Vincular a adolescentes de las comunidades indígenas en los diferentes programas en salud que se desarrollen en torno al VIH-SIDA, conservando siempre la lengua materna para que haya una mayor adherencia.
4. Según los resultados obtenidos en esta investigación, se recomienda enfocarse en políticas de salud pública en este grupo poblacional, ya que se evidencia desconocimiento en salud sexual y reproductiva lo que conlleva a contraer VIH-SIDA; logrando así que estas comunidades cuenten con una cobertura en salud ideal para mejorar sus conocimientos y prácticas en salud sexual.

CAPITULO VIII. FUENTE BIBLIOGRÁFICA

- 1) Betancourt Rodríguez C, Pinilla Alfonso M. Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH–Sida en las comunidades indígenas en Colombia [Internet]. 35th ed. Bogotá, Colombia; 2011 [cited 22 abril 2020]. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n35/n35a6.pdf>
- 2) Boletín Epidemiológico Semanal [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2019 [cited 23 abril 2020]. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf
- 3) Manual sobre el VIH y los derechos Humanos para las instituciones Nacionales de Derechos Humanos [Internet]. Ohchr.org. 2007 [23 abril 2020]. Available from: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookHIV_NHRIs_sp.pdf
- 4) Ponce P, Muñoz R, Stival M. Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. Salud. Colet. [Internet]. 2017 [cited 23 abril 2020];3(13):537-554. Available from: <https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n3/537-554/es/>
- 5) Colorado Males D, Herrera Dulce A. Representaciones Sociales Sobre VIH Y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos En Comunidad Indígena Nasa de Toribio Cauca [Maestría]. Pontificia Universidad Javeriana; 2018.
- 6) VIH/sida [Internet]. Who.int. 2020 [cited 24 abril 2020]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- 7) Población Indígena de Colombia [Internet]. Dane.gov.co. 2020 [cited 24 April 2020]. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>
- 8) Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema [Internet]. Scielo.org.mx. 2020 [cited 24 April 2020]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008

- 9) Los Jóvenes y el VIH SIDA: Una Oportunidad en un momento crucial [Internet]. Unaid.org. 2020 [cited 25 April 2020]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/youngpeoplehivaids_es_0.pdf
- 10) Televisión G. En Colombia, el diagnóstico de VIH cada vez se hace de manera más temprana [Internet]. Boyacaradio.com. 2017 [cited 27 April 2020]. Available from: <https://www.boyacaradio.com/noticia.php?id=21913>
- 11) Castro Arroyave D, Gamella J, Gómez Valencia N, Rojas Arbeláez C. CARACTERIZACION DE LA SITUACION DEL VIH/SIDA EN LOS WAYUU DE COLOMBIA: UNA APROXIMACIÓN A SUS PERCEPCIONES. Chungará (Arica) [Internet]. 2017 [cited 28 April 2020];49(1):109-119. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562017000100007
- 12) Informe de UNICEF VIH Julio 2018 . Women: At the heart of the HIV response for children. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/3219>
- 13) Cada tres minutos, una adolescente contrae el VIH, según UNICEF. Las adolescentes son las más afectadas por la epidemia de VIH/sida. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-tres-minutos-una-adolescente-contrae-el-vih>
- 14) Organización Mundial de la Salud. VIH/Sida: resistir a un agente mortífero. [online] 2019[citado 28 abril 2020] disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter3-es.pdf>
- 15) Acuerdo 228 de 2002, Por Medio Del Cual Se Actualiza El Manual De Medicamentos Del Plan Obligatorio De Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones.2002.disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/acuerdo-cnsss-228-de-2002.pdf>
- 16) Acuerdo 306 de 2005, por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. [citado 30 abril 2020]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=18283>
- 17) Ley 715 de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y

- salud, entre otros. 21 de diciembre de 2001. 3.
http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.
- 18) González-Consuegra RV. Creencias en calidad de vida y salud cardiovascular. En: Av enferm. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010; 21 (3): 131-139.
- 19) Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier Mosby; 2007.
- 20) Oficina regional de educación UNESCO; Publicado en 2013 por la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCOSantiago).
- 21) Muñoz de Rodríguez L. Líneas de investigación: prácticas de cuidado materno perinatal. En: el arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2002.
- 22) NobelPrize. Luc Montagnier - Biographical.
http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2008/montagnier-bio.html.
- 23) infección del VIH Publicado el 26 mar. 2015[citado 30 abril 2020]
Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=mL-XMaBwA>
- 24) Organización Mundial de la Salud. VIH/Sida: resistir a un agente mortífero.
Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter3-es.pdf>
- 25) Ley 100 de 1993 "Por La Cual Se Crea El Sistema De Seguridad Social Integral Y Se Dictan Otras Disposiciones". 23 de diciembre de 1993. 10-15.
Disponible en:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- 26) Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Agosto 5 de 1994. 88-94. [citado 05 mayo 2020] disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN%205261%20DE%201994.pdf

- 27) Decreto 1543 de 1997 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). 17 de junio de 1997. [citado 05 mayo 2020] disponible en:
<https://www.hsph.harvard.edu/population/aids/colombia.aids.97.pdf>
- 28) Lafaurie, M. and Zúñiga, M. (2011). Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería. [Online] revista SciELO.[citado 05 mayo 2020]. Available at:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400024
- 29) Salvador, G. (2011). Medicina 21 - Articulos - Viviendo con el VIH y el SIDA. [online] Medicina21.com. [citado 05 mayo 2020] Available at:
<https://medicina21.com/Articulos/V1813/Viviendo-con-el-VIH-y-el-SIDA.html>
- 30) Acuerdo Número 117, Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. 1998. [citado 05 mayo 2020]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20117%20DE%20
- 31) Ley 715 de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. 21 de diciembre de 2001. 3. [citado 05 mayo 2020] disponible en:
http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf.
- 32) Acuerdo 228 de 2002, Por Medio Del Cual Se Actualiza El Manual De Medicamentos Del Plan Obligatorio De Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. 2002. [citado 05 mayo 2020] disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/acuerdo-cnsss-228-de-2002.pdf>
- 33) Acuerdo 306 de 2005, por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. 16 de Agosto de 2005. [citado 05 mayo 2020] disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=18283>.

- 34) Ley 972 de 2005 Protección enfermedades catastróficas. [citado 06 mayo 2020] disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200972%20DE%202005.pdf
- 35) Ley 1098 del 2006 Código de la infancia y la adolescencia. 8 de noviembre del 2006. [citado 06 mayo 2020] disponible en:
http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
- 36) Decreto 3518 del 2006 Sistema de Vigilancia en Salud Pública. 10 de octubre del 2006. [citado 06 mayo 2020] disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21859>
- 37) Acuerdo 336 De 2006 “Por el cual se actualiza parcialmente el manual de medicamentos del plan obligatorio de salud, se incluyen otras prestaciones en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones”. 19 de mayo de 2006. [citado 06 mayo 2020] disponible en:
http://legal.legis.com.co/document?obra=legcol&document=legcol_759_920422224f034e0430a010151f034
- 38) Decreto 2323 de 2006. Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 09 de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones. 12 de julio de 2006. Citado 06 mayo 2020] disponible en:
<https://www.invima.gov.co/decretos-bancos-de-sangre-y-componentes/decretos/bancos-de-sangre-y-componentes/decreto-2323-de-2006-pdf/download.html>.
- 39) Resolución 3442 de 2006. Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica. 22 de septiembre de 2006. [citado 08 mayo 2020] disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN%203442%20DE%202006.pdf.
- 40) Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010. [citado 08 mayo 2020] disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3039-de-2007.pdf>

- 41) Acuerdo 380 de 2007, por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del régimen Subsidiado. 14 de diciembre de 2007. 1-2.[citado 08 mayo 2020] disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29227>
- 42) Resolución 769 de 2008, por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000. 3 de marzo de 2008. 2-3. [citado 10 mayo 2020] disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29225>
- 43) Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos. Bogotá D.C. UNFPA. 2014.
- 44) Ministerio De Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 –2021, Bogotá, Marzo 15 de 2013. 1-237. [citado 10 mayo 2020] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/pdf>
- 45) Zillmer, Juliana y Díaz-Medina, Blanca. Revisión Narrativa: elementos que laconstituyen y sus potencialidades. Journal of Nursing and Health. Vol. 8. 2018/05/14 [cited 22 julio 2020]
- 46) Sánchez J.| Educación en inocuidad de alimentos: Investigación de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP) [Internet]. Pan American HealthOrganization / World Health Organization. 2020 [cited 22 julio 2020]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10493:educacion-inocuidad-alimentos-investigacion-conocimientos-actitudes-practicas-cap&Itemid=41279&lang=es
- 47) Hernández S, Fernández C, Baptista L. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. México: McGraw Hill ;2014. [citado 22 julio 2020]
- 48) Guirao J. Utilidad y tipos de revisión de literatura. [Internet]. 2015 [citado 2020 julio 22]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2015000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>.

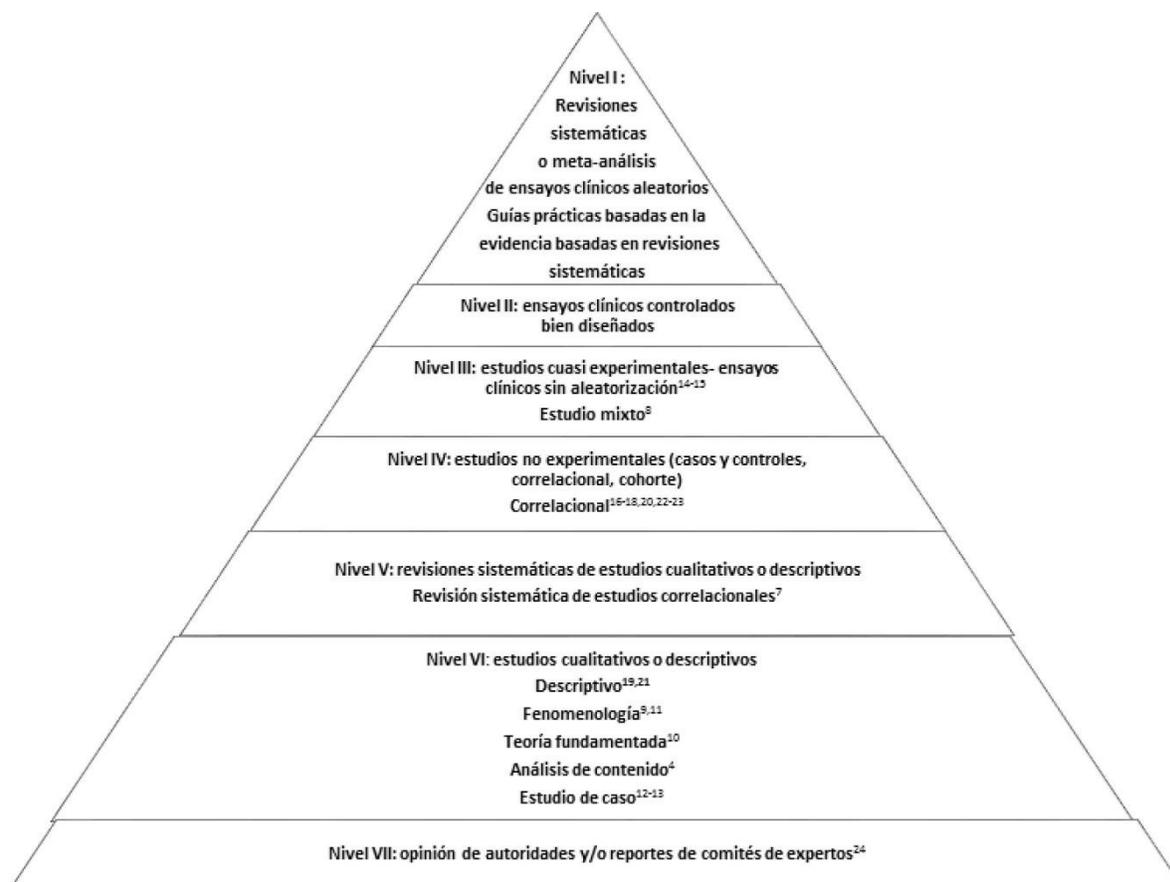
- 49) Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs [Internet]. diciembre de 2005 [citado 24 de julio de 2020];52(5):546-53. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- 50) Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. AJN, Am J Nurs [Internet]. enero de 2010 [citado 8 de noviembre de 2019];110(1):51-3. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000446-201001000-00030>
- 51) Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería [Internet]. Icn.ch. 2012 [cited 27 July 2020]. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf
- 52) REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993) [Internet]. 12d. C. [citado 14 de octubre de 2019]. p. 1993. Disponible en: https://paginaweb.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica_res_8430_1993.pdf
- 53) Castro Arroyave D, Gamella J, Gómez Valencia N, Rojas Arbeláez C. CARACTERIZACION DE LA SITUACION DEL VIH/SIDA EN LOS WAYUU DE COLOMBIA: UNA APROXIMACIÓN A SUS PERCEPCIONES. Chungará (Arica) [Internet]. 2017 [cited 14 November 2020]; 49(1):109-119. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562017000100007
- 54) Barbosa Freire da Silva J. How Indigenous and non-Indigenous women look at AIDS: convergences and singularities. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2020 [cited 14 November 2020];54(03552):1-8. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v54/1980-220X-reeusp-54-e03552.pdf>
- 55) Benítez Alfonso R, Paiva C, Martínez Gutiérrez G. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Prevención de Sífilis y VIH de Indígenas, Distrito Dr. Juan Eulogio Estigarribia. Rev Inst Med Trop [Internet]. 2014 [cited 14 November 2020];11(1):35-44. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v11n1/1996-3696-imt-11-01-35.pdf>

- 56) Puig Borràs C, Montalvo P. Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia [Internet]. Scielo.org.mx. 2011 [cited 14 November 2020]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100004
- 57) Pavía-Ruz N, Góngora-Biachi R, Vera-Gamboa L, Moguel-Rodríguez W, González-Martínez P. Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. Rev Biomed [Internet]. 2012 [cited 14 November 2020];23:53-60. Available from: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio122c.pdf>
- 58) Nagua Uyaguari S, Jiménez Brito D, Chasillacta Amores F. Conocimientos y prácticas sexuales asociados al VIH/SIDA en la comunidad Shuar de Uyuntza- Morona Santiago [Internet]. Sidastudi.org. 2019 [cited 14 November 2020]. Available from: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD57628.pdf>
- 59) Muñoz-Martínez R. Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en Los Altos de Chiapas [Internet]. Scielo.org.mx. 2014 [cited 14 November 2020]. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v12n2/v12n2a4.pdf>
- 60) Reilley B, Leston J, Tulloch S, Neel L, Galope M, Taylor M. Implementation of National HIV Screening Recommendations in the Indian Health Service. JOURNAL ARTICLE [Internet]. 2015 [cited 14 November 2020];14(4):291-294. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25656861/>
- 61) Reartes D. The Community and the City as Referents in the Social Construction of Risks to HIV/AIDS among Young Indigenous Students of los Altos de Chiapas [Internet]. Scielo.org.mx. 2011 [cited 14 November 2020]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1607-050X2011000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- 62) Ponce P, Núñez Noriega G. Pueblos indígenas y VIH-Sida [Internet]. Scielo.org.mx. 2011 [cited 15 November 2020]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100001

- 63) LÓPEZ ENTRAMBASAGUAS O, PARRA ANGUITA L, MARTÍNEZ GALIANO J, MARTÍNEZ LINARES J. Patrones culturales y sociales asociados al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual en una minoría étnica. SIDA STUDI [Internet]. SIDA STUDI. 2018 [cited 15 November 2020]. Available from: <http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb365f1a4d30166ac3fd6ed02bf>
- 64) Juan-Martínez B, Castillo-Arcos L. Determinantes sociales de salud asociados al virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres indígenas del norte de Oaxaca, México. Enfermería Clínica [Internet]. 2016 [cited 15 November 2020];26(1):81-84. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862115001801>
- 65) Villalba J, Bello G, Maes M, Sulbaran Y, Garzaro D, Loureiro C et al. HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela. AIDS [Internet]. 2013 [cited 15 November 2020];27(11):1783-1791. Available from: https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2013/07170/HIV_1_epidemic_in_Warao_Amerindians_from.12.aspx
- 66)OMS | Factores de riesgo [Internet]. Who.int. [cited 15 October 2020]. Available from: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

ANEXOS

Anexo 1. Niveles de evidencia



Tomado de: https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3D%2F07072018000400500&psiq=AOvVaw2mOz8FdoMRUdei-dxM00B8&ust=1605632016076000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQiRxxqFwoTCiCkrsbDh-0CFQAAAAAdAAAAABAD