

Características de personas que retornan voluntariamente a repetirse la prueba de VIH, 2012-2015

Characteristics of people who voluntarily repeat the HIV test, 2012-2015

Hector F. Mueses-Marín, Maria I. Galindo-Orrego,
Inés C. Tello-Bolívar y Jaime Galindo

Recibido 29 marzo 2017/ Enviado para modificación 07 diciembre 2017 / Aceptado 16 abril 2018

RESUMEN

Objetivo Comparar características de personas con prácticas sexuales de riesgo que acudieron a campañas voluntarias de toma de una primera prueba de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el retorno voluntario a repetirse la prueba en meses posteriores.

Método Entre 2012 y 2015 en Cali, participaron voluntariamente 82 personas mayores de 18 años. Se implementó un cuestionario estructurado para evaluar características sociodemográficas, conocimientos y comportamientos relacionados con VIH. Se hicieron análisis descriptivos y de comparación de muestras relacionadas.

Resultados Edad promedio de participantes 26,9±8,6 años. El 100% eran hombres con orientación sexual homosexual. La mayoría con baja escolaridad e ingresos. Cerca de la mitad reportó consumo riesgoso de alcohol y sustancias psicoactivas. La mayoría tenía bajo conocimiento sobre la transmisión del VIH y bajo uso de condón con pareja estable. La comparación entre el momento de la primera prueba de VIH y la repetición posterior no evidenció cambios significativos en conocimientos y comportamientos, únicamente se observó menor reporte del consumo de sustancias ($p=0,0209$) y aumento de realización de tatuajes/piercing ($p=0,0455$). Resultado reactivo en la repetición de la prueba fue 4,9% (I.C95% 0,1%-9,6%).

Conclusión Los resultados sugieren que el retorno voluntario a repetirse la prueba del VIH en este grupo de personas que comparten prácticas de riesgo para la infección por VIH no evidencia cambios en los conocimientos o comportamientos.

Palabras Clave: VIH; Colombia; conducta; conocimiento; grupos de riesgo; autocuidado (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To compare the characteristics of people with risky sexual behavior who participated in campaigns directed to take the first HIV test and voluntarily returned to retake the test afterwards.

Materials and Methods In Cali Colombia, between 2012 and 2015, 82 people over the age of 18 participated voluntarily in this campaign. A structured questionnaire was applied to assess sociodemographic characteristics, knowledge and behaviors related to HIV. Descriptive and comparative analyses of related samples were performed.

Results The average age of the participants was 26.9±8.6 years. 100% were homosexual men, mostly with low educational attainment and income. Nearly half of the sample reported risky use of alcohol and psychoactive substances. Most of them had little knowledge about HIV transmission and a low rate of condom use with a stable partner. The comparison between the moment when the first HIV test was taken and the repetition did not show significant changes regarding knowledge and behaviors, only a lower report of substance use ($p=0.0209$) and an increase in the practice of tattoos/piercings ($p=0.0455$). The reactive result of the second test was 4.9% (95%CI: 0.1%-9.6%).

HM: Estadístico. M. Sc. Epidemiología. Corporación de Lucha Contra el Sida. Cali, Colombia. centroinvestigaciones@cls.org.co

MG: Antropóloga. Corporación de Lucha Contra el Sida. Cali, Colombia.

mariaisabelgalindo47@gmail.com

IT: Trabajadora Social. Especialista Administración en Salud. Corporación de Lucha Contra el Sida. Cali, Colombia. directora@cls.org.co

JG: MD. Especialista en Medicina Interna. Corporación de Lucha Contra el Sida. Cali, Colombia. jaimegalindo@cls.org.co

Conclusion The results suggest that the voluntary return to retake the HIV test in this group of people who share risk practices for HIV infection does not show changes in knowledge or behavior.

Key Words: HIV; Colombia; behavior; knowledge; sexual and gender minorities; self care (*source: MeSH, NLM*).

Asesorías y pruebas voluntarias para el VIH (APV) proporcionan una oportunidad para la educación y el cambio en comportamientos, así como constituyen un punto de partida importante para la prevención y la atención (1,2). Algunas revisiones han demostrado que el tamizaje de rutina para VIH es costo-efectivo, aun con prevalencias bajas (3). Más recientemente se ha documentado la costo efectividad de la APV en la reducción de la transmisión del VIH (4). Los mecanismos que explican esta costo efectividad se relacionan con un mayor conocimiento y comprensión de la transmisión del VIH, la cual es reconocido como un componente crítico en el control de la propagación de la infección por el VIH.

Estudios han reportado cómo personas infectadas por el VIH, que desconocen su infección, no reducen los comportamientos de riesgo (5,6). Por otra parte, el conocimiento del estado serológico de VIH entre personas VIH positivas está asociado con una reducción cercana al 60% en comportamientos de riesgo (6-9).

En Colombia la toma voluntaria de pruebas de VIH es cercana al 20% en la población general (10), y para el año 2012 un informe del país reportó que sólo el 18,4% de personas diagnosticadas con VIH/SIDA habían solicitado la realización voluntaria de la prueba al momento del diagnóstico (11).

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos recomienda, principalmente para grupos con prácticas de riesgo para la infección por el VIH, la realización de asesoría y prueba de VIH al menos anualmente (12).

Diversos estudios reportan que las mayores tasas de asistencia a la asesoría pretest de VIH (13) y de repetición de la prueba se han identificado en personas con más comportamientos de riesgo para la adquisición del VIH (14,15). En el contexto nacional es escasa la información respecto a la repetición de la prueba y sobre las características de quienes lo hacen. En ese sentido, resulta necesario profundizar en dicho conocimiento con el fin de establecer estrategias adecuadas para la realización rutinaria de pruebas de detección del VIH, con el propósito de estimular el acceso de más personas a la misma, al menos anualmente, como lo sugiere la literatura (12). El presente estudio ilustra una comparación entre las características evaluadas durante la realización voluntaria de una primera prueba de VIH en personas que acudieron a campañas de búsqueda activa focalizada en poblaciones vulnerables por sus prác-

ticas sexuales de riesgo y aquellas encontradas durante su retorno voluntario a realizarse la prueba de VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Los resultados del presente estudio hacen parte de un sub-análisis de datos recolectados de manera transversal durante la implementación y desarrollo de la estrategia de “Búsqueda Activa Focal Integral” (16), entre los años 2012 y 2015 que es liderada por nuestro grupo de investigación en Cali, Colombia.

Población objetivo y tamaño de muestra. Los participantes fueron 82 personas mayores de 18 años, invitadas a participar por líderes comunitarios y captadas por personal entrenado como parte de las campañas de Búsqueda Activa Focal Integral denominada por sus siglas como “BAFI” (16) para asesoría y prueba voluntaria de VIH (APV) en grupos de personas con prácticas sexuales de riesgo para infección por VIH (hombres que tienen sexo con hombres-HSH y mujeres transgénero-TRANS), que asistieron por primera vez a la estrategia BAFI para realizarse un test de VIH y que retornaron voluntariamente en los meses siguientes a realizarse otra prueba de VIH dentro de la misma estrategia.

Estrategia de reclutamiento: La invitación a participar fue a través de líderes de la comunidad; estos líderes eran personas que pertenecían a los grupos de interés de este estudio y fueron enlace para información sobre un centro local donde los participantes podían recibir asesoramiento y las pruebas. Se les instruyó para captar a personas que, en virtud de su vulnerabilidad, se consideraban en necesidad de servicios de salud sexual, incluyendo la prueba del VIH. Las actividades de búsqueda y de desarrollo del estudio se llevaron a cabo en los centros comunitarios, lugares de trabajo sexual, y en las instalaciones de la entidad de salud (dedicada exclusivamente a la atención integral de personas que viven con VIH/SIDA) a la cual pertenece nuestro grupo de investigación.

Contexto de BAFI. Nuestro grupo de investigación hace parte de una entidad de salud que se corresponde con una organización sin fines de lucro con sede en la ciudad de Cali-Colombia, que se ha comprometido a proporcionar atención a personas infectadas por el VIH, así como estrategias de promoción de una adecuada salud sexual y prevención de infección por el VIH desde los primeros años de la epidemia en Colombia. Dentro de las

estrategias de promoción y prevención se ha diseñado la estrategia de búsqueda activa focal integral denominada por sus siglas como “BAFI” (16). Dicha estrategia ha permitido identificar poblaciones vulnerables para infección por VIH en contextos específicos (17,18).

Descripción de BAFI. En primer lugar, se obtuvo el consentimiento informado para la administración de un cuestionario estructurado y para la prueba del VIH. Luego de la aplicación del cuestionario, se llevó a cabo con cada participante una sesión de asesoramiento pre-prueba (incluyendo la promoción del uso del condón), seguida por la explicación del proceso de la prueba y aceptación de realización de la misma, toma de la muestra y obtención del resultado, con el cual se procedió a la asesoría post-prueba, todo lo cual se llevó a cabo utilizando las directrices nacionales de Colombia (19) y por personal del grupo de investigación de la institución que lidero el estudio (enfermera profesional, trabajadora social, antropóloga, médico) debidamente certificados en asesoramiento para las pruebas voluntarias por el ente administrativo territorial de salud del departamento del Valle del Cauca.

Se utilizó prueba rápida de inmunoensayo cualitativo DoubleCheckGold™ HIV 1 & 2 aprobada y disponible en Colombia, para la detección cualitativa de anticuerpos contra los virus de la inmunodeficiencia humana 1 y 2 en sangre total obtenida por punción digital. La cual reporta sensibilidad y especificidad del 99,9% y 99,6%-99,8%, respectivamente (20,21). Las muestras de sangre fueron extraídas e interpretadas por enfermera profesional o médico certificados. Se dispuso de los resultados de la prueba rápida en 20-30 minutos después de la toma de la muestra. Las muestras para confirmación (Western Blot) fueron recogidas también por punción digital en papel de filtro (sangre seca) y procesadas en un laboratorio clínico certificado en la ciudad de Bogotá. Los participantes recibieron asesoría posterior a la prueba por personal del equipo de investigación. El seguimiento de casos confirmados y el acceso a la atención del VIH con o sin tratamiento antirretroviral se garantizó a los pacientes mediante su vinculación a la atención integral que ofrecía la institución que lidero el estudio o mediante remisión a otros programas de atención del VIH, de acuerdo con la ruta de atención y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) de Colombia.

Finalmente, a todas las personas que resultaron negativas para el VIH se les indicó la conveniencia de retornar a la CLS para continuar con su seguimiento mediante la evaluación de sus prácticas de riesgo y prueba de VIH, en un lapso de entre tres y seis meses.

Recolección de la información: El equipo del estudio diseñó un cuestionario estructurado, para obtener infor-

mación sobre características socio-demográficas, auto percepción de conocimientos sobre el riesgo y prevención del VIH, así como de comportamientos sexuales, uso de alcohol y drogas y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS); estas preguntas tuvieron en cuenta los lineamientos de los cuestionarios de las guías de prevención de VIH/SIDA del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas para Colombia. El contenido del cuestionario fue revisado por un comité de investigación experto en VIH y ajustado de acuerdo con los resultados anteriores de un estudio piloto. Una entrevista cara a cara se llevó a cabo por un profesional de salud capacitado (enfermera, trabajadora social, antropóloga, médico general). El cuestionario se administró en un lugar privado y tomó en promedio 20 minutos para completarse. Las actividades de convocatoria y captación fueron orientadas y coordinadas por personal entrenado del equipo de investigación.

Variables de estudio

-Prueba VIH: correspondió a tener una prueba inicial para VIH no reactiva en conjunto con su correspondiente cuestionario diligenciado durante la estrategia BAFI y realización de una prueba posterior durante la misma estrategia al cabo de mínimo tres meses después de la primera prueba (en caso de tener varias pruebas posteriores, se tuvo en cuenta el cuestionario diligenciado y la prueba más actuales).

Aspectos socio-demográficos: A través del cuestionario se identificó la edad, sexo, nivel educativo, afiliación al seguro de salud, y los ingresos.

Uso de alcohol y drogas. Se indagó acerca de la cantidad de consumo de alcohol durante, uso de sustancias psicoactivas (SPA) y realización de tatuajes y/o piercing durante el último año.

Conocimientos, prácticas y antecedentes sexuales: Se evaluaron conocimientos y prácticas de riesgo relacionadas con el VIH, incluyendo el conocimiento sobre las vías de transmisión (que se calculó en función del porcentaje de respuestas correctas relacionadas con vías de transmisión del VIH), conocer alguien con VIH, convivir en el momento actual o sospechar que alguna de sus parejas tiene VIH. Igualmente se indagó sobre portabilidad y uso del condón con sus parejas, prácticas de relaciones anales, número de parejas sexuales (regulares, ocasionales o comerciales), antecedente de diagnóstico de ITS por médico o profesional de salud. Así mismo, antecedente de realización de la prueba del VIH, las razones para tomar la prueba y frecuencia test reactivo para VIH.

Análisis estadísticos: Los datos fueron ingresados en un formulario de Microsoft Access software 2010, con un chequeo de ingreso y limpieza de la base de datos. Todos los

análisis fueron conducidos usando STATA/IC 12.1 (Stata-Corp LP, Texas, USA). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables de estudio, posteriormente se hizo un análisis comparativo de muestras pareadas para las variables sociodemográficas, uso de alcohol y SPA, conocimientos, comportamientos y antecedentes sexuales, medidas por el cuestionario de la primera prueba de VIH y en la repetición posterior de la prueba de VIH y cuestionario, para lo cual se utilizó la prueba no paramétrica de muestras relacionadas Wilcoxon signed-rank test. Para todas las pruebas estadísticas se estableció un nivel de significancia de 0,05.

Aspectos éticos: la participación en el estudio fue completamente voluntaria, y un consentimiento informado por escrito se obtuvo de cada participante en cada uno de los momentos, tanto para la asesoría y prueba de VIH, como para la administración y resolución del cuestionario. Este estudio cumplió con los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores revisiones y de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, todo lo cual fue revisado y aprobado por el comité institucional de ética para investigación en humanos de la institución a la cual pertenece el equipo de investigación.

RESULTADOS

Características sociodemográficas: 82 personas asistieron a realizarse una primera y segunda o más pruebas de VIH de manera voluntaria, con una diferencia de tiempo promedio entre ambas de 12 meses. La muestra estuvo conformada en su totalidad por hombres, con orientación sexual homosexual o transgénero. Bajo porcentaje reportó que convivía en pareja (estar casado o en una relación estable), la mitad con nivel de estudio básico secundario o menos, más de la mitad se encontraba con algún tipo de afiliación en salud. La mitad no tenía ingresos o recibían menos de un salario mínimo; el 69,5% tenía antecedente de realización de pruebas de VIH. La Tabla 1 presenta las características demográficas y antecedentes de comportamiento sexual reportados en el primer momento de realización de la prueba en el estudio.

Comparativo entre primera prueba y repetición de la prueba: En la Tabla 2 se presenta una comparación entre el primer momento de realización de prueba y en la repetición de la misma. No se observaron cambios en consumo de licor reportado, pero sí un menor reporte en consumo de sustancias ($p=0,0209$) y un aumento en el reporte de antecedente de realización de tatuajes/piercing ($p=0,0455$). Aunque hubo un aumento en el reporte de antecedentes de ITS en la repetición de la prueba, esto no fue significativo ($p=0,1336$). En el momento de la repe-

tición de la prueba, se observó un incremento en el conocimiento frente a las vías de transmisión del VIH, pero no fue significativo ($p=0,0705$). Otros comportamientos no presentaron diferencias, como se ilustra en Tabla 2.

Tabla 1. Características demográficas y antecedentes de comportamiento sexual e participantes del estudio, al momento de la primera prueba, 2012-2015

Demográficos de línea base		
Edad (promedio; Desv.Est)	26,9 n	8,6 %
Sexo (Masculino)	82	100,0
Orientación sexual		
Hombres que tienen sexo con hombres	73	89,0
Mujeres transgénero	9	11,0
Convive en pareja (Si)	10	12,2
Escolaridad		
Primaria	1	1,2
Secundaria	41	50,0
Técnico-Profesional	37	45,1
Postgrado	3	3,7
Raza		
Blanca	4	4,9
Mestiza	71	86,6
Indígena	1	1,2
Negra	6	7,3
Afiliación en salud		
Si	56	68,3
No	25	30,5
Ingresos		
Sin ingresos	29	35,4
<1 SM	16	19,5
1-2 SM	26	31,7
3-5 SM	8	9,8
> 5 SM	1	1,2
No responde	2	2,4
Antecedente de prueba de VIH previa al primer momento (Si)	57	69,5
Uso de condón en primera relación sexual (Si)	29	35,4
Primera relación sexual con otro hombre (Si)	63	76,8
Edad a la primera relación sexual (promedio;Desv.Est)	14,9	4,1
Edad persona primera relación sexual (promedio;Desv.Est)	20,8	6,4
Cantidad de veces en que se repite la prueba de VIH durante el seguimiento		
Una	1	1,2
Dos	61	74,4
Tres a siete	20	24,4

Desv. Est: Desviación estándar; SM: salario mínimo mensual vigente para Colombia.

Test de VIH: como se ilustra en la Tabla 2, en la repetición de la prueba se observó que 4,9% (I.C95% 0,1%-9,6%) de los participantes presentaron un test presuntivo reactivo para VIH.

En la Tabla 3 se ilustra lo informado por los participantes en cuanto al número de parejas estables o habituales (masculinas y femeninas) que han tenido en el último año, pero no se aprecian diferencias significativas entre los dos momentos de realización de la prueba.

Tabla 2. Evaluación de características sociodemográficas y de comportamientos entre primera prueba de VIH realizada y repetición de la prueba, en participantes del estudio, 2012-2015

Comportamientos	Primer momento		Repetición de la prueba		Valor-p*
	n	%	n	%	
El algún día de este año ha tomado licor (hombres más de 4 tragos; mujeres más de 3 tragos) (Sí)	45	54,9	57	69,5	0,1
Consumo de SPA (Sí)	38	46,3	30	36,6	0,0*
Tatuajes/piercing (Sí)	18	22,0	26	31,7	0,0*
Diagnóstico de ITS por médico o profesional de salud alguna vez (Sí)	19	23,2	25	30,5	0,1
Conoce alguien que tenga VIH o que haya muerto de SIDA (Sí)	58	70,7	61	74,4	0,4
Convive o vive en la actualidad con una persona infectada por el VIH/SIDA (Sí)	17	20,7	19	23,2	0,6
Sobre su(s) pareja(s) sexual(es) actual(es) o anterior(es), sabe o sospecha que pueda estar infectada por el VIH (Sí)	35	42,7	41	50,0	0,2
Conoce las formas de infectarse de VIH					
0-25%	47	57,3	32	39,0	0,1
25-50%	0	0,0	4	4,9	
50-75%	8	9,8	13	15,9	
75-100%	27	32,9	33	40,2	
Por qué se realiza la prueba del VIH en la campaña					
Se cree en riesgo	29	35,4	25	30,5	0,3
Es importante para prevención	42	51,2	48	58,5	
Porque es gratis	7	8,5	1	1,2	
Otra	1	1,2	8	9,8	
Sin dato	2	2,4	0	0,0	
Uso del condón con pareja estable (todo el tiempo)	12	20,0	12	20,0	0,6
Uso del condón con pareja comercial (todo el tiempo)	10	62,5	6	54,5	0,3
Uso del condón con pareja ocasional (todo el tiempo)	39	61,9	37	59,7	0,5
Relaciones anales últimos 12 meses (Sí)	80	97,6	81	98,8	0,3
Porta condones consigo (Sí)	62	75,6	61	74,4	0,7
Test reactivo para VIH	0	0,0	4	4,9	0,0*

*Significancia estadística obtenida de prueba pareada Wilcoxon signed-rank valor $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

Las características de los participantes en este estudio respecto de sus preferencias sexuales los convierte en un grupo prioritario de riesgo para infección del VIH. El presente estudio aporta información respecto a la repetición de la prueba para VIH en Colombia y las características de quienes se repiten la prueba.

Este grupo de personas no presentó cambios significativos en comportamientos o conocimientos, sólo algunos cambios relacionados con la disminución del consumo de SPA y la realización de tatuajes y/o piercing, al momento de ser evaluadas en la repetición de la asesoría y prueba de VIH. Así mismo, comparado con el estimado nacional en población general (22), se observó una frecuencia mayor de pruebas reactivas para VIH al momento de acudir nuevamente a la asesoría y prueba de VIH. Al respecto algunos estudios han sugerido que, cuando los resultados son negativos, la persona que se realiza la prueba para VIH podría asumir que sus conductas de riesgo no redundan en la posibilidad de infectarse por VIH (23). Los resultados no reactivos o negativos obtenidos de la

realización repetida de la prueba del VIH en diferentes momentos pueden contribuir indirectamente a que la persona se sienta confiada y tranquila, por lo cual podrían conducir, en última instancia, a mayores tasas de adquisición de VIH entre quienes acuden a repetirse la prueba a lo largo del tiempo (14). Esto se evidenció en el presente estudio en la medida en que se encontró un resultado reactivo para VIH del 4,0%, además de que el antecedente de prueba de detección del VIH evaluado durante la primera participación en la estrategia BAFI fue del 69,5%.

Así mismo, se ha sugerido que la prueba para el VIH puede incrementar los conocimientos y tiende a reducir el riesgo sexual incluso cuando los resultados son negativos (24), sin embargo, un estudio en Perú reportó que el conocimiento adquirido con la consejería pretest fue deficiente, no cumpliendo los objetivos de esta (13). En nuestro estudio, un alto porcentaje de los participantes ya se había realizado pruebas para detección del VIH, lo cual sugiere que podrían percibirse como población en riesgo para infección por VIH. Esto podría explicar, la razón por la cual los comportamientos y conocimientos no revelan cambios significativos a través de los diferentes momentos de realización del test du-

Tabla 3. Número de parejas reportadas en participantes del estudio en el momento de primera prueba y en repetición de la prueba, 2012-2015

Número de parejas estables/habituales en últimos doce meses*	Primer momento		Repetición de la prueba		Valor-p*
	Sexo de la pareja		Sexo de la pareja		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Promedio general	1,9	1,4	1,4	1,0	0,2
Desviación estándar	1,5	1,0	0,7	0,0	
Mínimo	1	1	1	1	
Máximo	10	4	4	1	
Promedio en HSH	1,7	1,4	1,5	1	
Desviación estándar	0,8	1,0	0,7	0	0,3
Mínimo	1	1	1	1	
Máximo	4	4	4	1	
Promedio en TRANS	3,3	0	1	1	0,3
Desviación estándar	3,5	0	0	0	
Mínimo	1	0	1	1	
Máximo	10	0	1	1	
Número de parejas comerciales en últimos doce meses*					
Promedio general	36,8	10,0	130,8	0	0,1
Desviación estándar	58,3	NA	147,7	0	
Mínimo	2	10	1	0	
Máximo	200	10	400	0	
Promedio en HSH	10,1	10	101,4	0	
Desviación estándar	4,9	0	172,2	0	0,2
Mínimo	2	10	1	0	
Máximo	19	10	400	0	
Promedio en TRANS	74	0	167,5	0	0,2
Desviación estándar	79,6	0	124,2	0	
Mínimo	10	0	30	0	
Máximo	200	0	300	0	
Número de parejas ocasionales en últimos doce meses*					
Promedio general	6,9	4,2	19,4	3,7	0,2
Desviación estándar	7,2	4,7	80,1	3,1	
Mínimo	1	1	1	1	
Máximo	40	15	600	10	
Promedio en HSH	7,3	4,2	9,2	3,7	
Desviación estándar	7,5	4,7	25,2	3,1	**0,0
Mínimo	1	1	1	1	
Máximo	40	15	180	10	
Promedio en TRANS	4	0	111	0	0,4
Desviación estándar	3,7	0	240,3	0	
Mínimo	1	0	1	0	
Máximo	10	0	600	0	

* Prueba pareada Wilcoxon signed-rank test; ** Significancia grupo hombres valor $p < 0,05$; NA: No aplica.

rante la estrategia BAFI, dentro de la cual fue llevada a cabo la asesoría y prueba voluntaria para VIH según las normas y guías nacionales vigentes para el país (19). A pesar de que una cuarta parte de los participantes asistieron entre tres y siete veces a repetirse la prueba de VIH en un tiempo de 2.5 años, esto no provocó cambios significativos en la reducción de las prácticas de riesgo o en la cualificación de sus conocimientos respecto a la infección por VIH.

Resulta necesario, abordar y validar nuevas estrategias amigables para la asesoría y prueba voluntaria de VIH con el fin de disminuir las prácticas de riesgo y estimular los conocimientos sobre el tema en poblaciones en riesgo de infección por VIH. Todo esto con el propósito de fortalecer las prácticas de prevención y detección con miras a contribuir en la reducción del impacto de la epidemia en Colombia •

Agradecimientos: A las personas que participaron en la estrategia y que acudieron a la realización de las pruebas para detección del VIH, así mismo a los líderes comunitarios y personal de la Corporación de Lucha Contra el Sida que colaboró en la recolección de información. Los investigadores agradecen a la Corporación de Lucha Contra el Sida por la financiación de este proyecto.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Ammann AJ. Preventing HIV. *BMJ*. 2003; 326(7403):1342-3.
2. De Cock KM, Marum E, Mbori-Ngacha D. A serostatus-based approach to HIV/AIDS prevention and care in Africa. *The Lancet*. 2003; 362(9398):1847-9.
3. Sanders GD, Anaya HD, Asch S, Hoang T, Golden JF, Bayoumi AM, et al. Cost-effectiveness of strategies to improve HIV testing and receipt

- of results: economic analysis of a randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*. 2010; 25(6):556-563.
4. Thielman NM, Chu HY, Ostermann J, Itemba DK, Mgonja A, Mtwave S, et al. Cost-effectiveness of free HIV voluntary counseling and testing through a community-based AIDS service organization in Northern Tanzania. *American Journal of Public Health*. 2006; 96(1):114.
 5. Cherutich P, Kaiser R, Galbraith J, Williamson J, Shiraishi RW, Ngare C, et al. Lack of knowledge of HIV status a major barrier to HIV prevention, care and treatment efforts in Kenya: results from a nationally representative study. *PLoS One*. 2012; 7(5):e36797.
 6. Desenclos JC, Papaevangelou G. Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users. *AIDS*. 1993; 7(10):1371-8.
 7. Crepaz N, Lyles CM, Wolitski RJ, Passin WF, Rama SM, Herbst JH, et al. Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *Aids*. 2006; 20(2):143-157.
 8. Bunnell R, Opio A, Musinguzi J, Kirungi W, Ekwaru P, Mishra V, et al. HIV transmission risk behavior among HIV-infected adults in Uganda: results of a nationally representative survey. *Aids*. 2008; 22(5):617-624.
 9. van Griensven GJ, De Vroome E, AP Tielman R, Goudsmit J, De Wolf F, Van Der Noordaa J, et al. Effect of human immunodeficiency virus (HIV) antibody knowledge on high-risk sexual behavior with steady and nonsteady sexual partners among homosexual men. *American journal of epidemiology*. 1989; 129(3):596-603.
 10. Arrivillaga M, Hoyos P, Tovar L, Varela M, Correa D, Zapata H. HIV testing and counselling in Colombia: evidence from a national health survey and recommendations for health-care services. *International journal of STD & AIDS*. 2012; 23(11):815-821.
 11. Cuenta de alto costo. Situación del VIH/SIDA en Colombia, 2013. 1st ed.: Bogotá D.C. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.; 2013.
 12. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR*. 2006; 55((RR14)):1-17.
 13. Mora-Salazar OE, Palomino-Vargas JD, Velásquez-Ruiz CM, Gómez-Pomar EM, Castillo-Schilder RM, et al. Evaluación de la consejería pretest para el VIH en un hospital nacional en Lima-Perú. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2009;11(4):559-567.
 14. Hoenigl M, Anderson CM, Green N, Mehta SR, Smith DM, Little SJ. Repeat HIV-testing is associated with an increase in behavioral risk among men who have sex with men: a cohort study. *BMC medicine*. 2015; 13(1):218.
 15. Ferryak SE, Page-Shafer K, Kellogg TA, McFarland W, Katz MH. Risk behaviors and HIV incidence among repeat testers at publicly funded HIV testing sites in San Francisco. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 2002; 31(1):63-70.
 16. Galindo-Quintero J, Mueses-Marin HF, Montaña-Agudelo D, Pinzón-Fernández MV, Tello-Bolívar IC, Alvarado-Llano BE, et al. HIV Testing and Counselling in Colombia: Local Experience on Two Different Recruitment Strategies to Better Reach Low Socioeconomic Status Communities. *AIDS research and treatment*. 2014; 2014: 803685.
 17. Galindo J, Tello IC, Mueses HF, Duque JE, Shor-Posner G, Moreno G. HIV and vulnerability: a comparison of three groups in Cali, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2011; 29(1):25-33.
 18. Mueses HF, Pinzón MV, Tello IC, Rincón-Hoyos HG, Galindo J. HIV and risk behaviors of persons of low socio-economic status, Popayan-Colombia (2008-2009). *Colomb Med*. 2013; 44(1):7-12.
 19. Pautas para la realización de Asesoría y Prueba Voluntaria para VIH (APV): Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Convenio 168 – Componente VIH; 2011.
 20. Melo J, Nilsson C, Mondlane J, Osman N, Biberfeld G, Folgosa E, et al. Comparison of the performance of rapid HIV tests using samples collected for surveillance in Mozambique. *Journal of medical virology*. 2009; 81(12):1991-8.
 21. WHO. HIV assays: operational characteristics. Report 16, Rapid assays. 2009.
 22. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Informe UNGASS – 2012. Seguimiento de la Declaración de compromisosobre el VIH/Sida. Informe Nacional. República de Colombia. [Internet]. 2012 [citado 03 de septiembre 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/C48J83>
 23. Mustanski B, Rendina HJ, Greene GJ, Sullivan PS, Parsons JT. Testing negative means i'm lucky, making good choices, or immune: diverse reactions to HIV test results are associated with risk behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*. 2014; 48(3):371-383.
 24. Scott-Sheldon LA, Carey MP, Carey KB, Cain D, Simbayi LC, Mehlo-makhulu V, et al. HIV testing is associated with increased knowledge and reductions in sexual risk behaviours among men in Cape Town, South Africa. *African Journal of AIDS Research*. 2013; 12(4):195-201.