

ESTADO DEL ARTE DEL VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN DE JOVENES COLOMBIANOS

STATE OF ART OF HIV/AIDS IN THE POPULATION OF COLOMBIAN YOUNG PEOPLE

Giovanna Meza. Ms.C. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Calle 222 No 55-37. Bogotá- Colombia. gmeza@udca.edu.co

RESÚMEN

La infección por VIH/SIDA, ha sido una de las pandemias de mayor impacto en la salud pública, actualmente existen 38.8 millones de personas con el VIH/SIDA y en Colombia hay 53.408 infectados, de las cuales la mayoría están entre los 15 a 29 años, por lo que en Colombia los jóvenes son considerado un grupo en condición de vulnerabilidad para el VIH/SIDA, ya que presentan factores de riesgo que en el contexto nacional actual son preocupantes, como inicio temprano de su actividad sexual, bajos nivel académico, violencia, desplazamiento forzado, prostitución, lo que obliga a los gobiernos a establecer programas de control y prevención enfocada en esta población. Por ello, las pruebas de diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento integral al paciente VIH/SIDA en Colombia es gratuito, sin embargo se ha encontrado que la discriminación y el rechazo son factores que obstaculizan las estrategias de control, por lo que se hace necesario reforzar constantemente las estrategias educativas y la formación en valores, en los niños, adolescentes y jóvenes para generar actitudes y practicas eficientes y coherentes, que implique el autocuidado permanente y el respeto hacia los demás.

PALABRAS CLAVE: Infección de Trasmisión sexual, salud sexual, adolescentes, consumidores de drogas inyectables, Colombia.

SUMMARY

HIV / AIDS has been one of the pandemics greater impact on public health, there are now 38.8 million people living with HIV / AIDS and in Colombia there are 53,408 infected, of which most are between 15-29 years, so in Colombia young people are considered a group in a vulnerable to HIV / AIDS, as risk factors in the current national context are of concern, as early onset of sexual activity, low academic level, violence, forced displacement, prostitution, forcing governments to establish

control and prevention programs focused on this population. Therefore, diagnostic tests, treatment and comprehensive patient follow-up HIV / AIDS in Colombia is free, however it has been found that discrimination and rejection are factors that hinder control strategies, so it is necessary constantly strengthen educational strategies and values education, in children, adolescents and youth to generate efficient and consistent attitudes and practices, involving permanent self and respect for others.

KEYWORDS: sexually transmitted infection, sexual health, adolescents, injecting drug users, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se describió por primera vez en 1981 cuando hombres jóvenes aparentemente sanos que vivían en zonas urbanas de los Estados Unidos, empezaron a ser víctimas de infecciones oportunistas que les ocasionaba la muerte, simultáneamente casos similares fueron detectados en África, el Caribe y Europa (Sánchez *et al.* 2015). En 1983 el profesor Luc Montagnier y Barré Sinoussi del Instituto Pasteur de Francia descubrieron el agente causal, un virus que afecta las células del sistema inmunológico, específicamente los linfocitos TCD4+ por lo que se denominó el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Collier & Oxford, 2008). Desde entonces y hasta hoy, la infección por VIH/SIDA se ha considerado como una de las pandemias de mayor impacto en la salud pública, pues ha generado numerosas pérdidas humanas y el deterioro de la calidad de vida de millones de personas y de sus familias a lo largo de estas décadas (Maletich *et al.* 2016; F. Montúfar *et al.* 2016b). Las pérdidas económicas por la muerte de miles de personas en edad productiva y la inversión en recursos para la atención en salud e incapacidades a personas con VIH/SIDA son desproporcionadas, en Colombia el manejo del VIH/SIDA es del 0.5% del gasto en salud y cerca del 1% de seguridad social (Asociación Colombiana de Infectología,

2006), se calculan más de 109.8 millones de dólares que la comunidad mundial ha proporcionado para frenar la epidemia del VIH/SIDA (Collaborators, 2016), esto sin contar con la inversión en investigaciones para el desarrollo de vacunas que aún no generan la protección deseada, medicamentos, tratamientos y test de diagnóstico.

El paciente con VIH/SIDA ha sido y sigue siendo estigmatizado por la sociedad y se suele relacionar con el comportamiento de riesgo, esto es, la prostitución, el consumo de drogas inyectables, la promiscuidad, las prácticas homosexuales y transexuales, personas privadas de la libertad, desplazados e inmigrantes (Luján-tangarife & Cardona-arias, 2015), con lo cual la sociedad vincula al VIH/SIDA con una pequeña población de individuos cuando en realidad es un problema que pone en riesgo todos los miembros de una comunidad. Los estudios epidemiológicos a nivel mundial, identifican al grupo de jóvenes entre los 15 a los 24 años, como aquel que presenta los índices más altos de la enfermedad en el mundo (Osorio *et al.* 2013), no solo porque presentan todos los factores de riesgo que tradicionalmente se han vinculado con la enfermedad, sino porque cada vez inician su vida sexual a más temprana edad y suelen ser víctimas de las circunstancias económicas y políticas de la sociedad, por lo que la población de jóvenes en Colombia, se considera un grupo en condición de vulnerabilidad (Santa María *et al.* 2012) (Velásquez & Bedoya, 2010). Las encuestas dirigidas a los jóvenes colombianos pertenecientes a diferentes grupos, muestran que existen falencias con respecto a la educación sexual y reproductiva, pues tienen bajos conocimientos sobre el VIH/SIDA y no son conscientes de la posibilidad de infectarse con el virus, la mayoría creen que es problema de otros y por ello tienen conductas de riesgo sexual, como bajo uso de condón, utilización de drogas alucinógenas, ingesta de alcohol, mayor número de parejas sexuales (Valle *et al.* 2011; Toledo *et al.* 2002) otros jóvenes son explotados física, sexual y psicológicamente por lo que no tienen el control de su sexualidad.

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo, fue realizar una recopilación de los datos más relevantes que den cuenta de la evolución que ha tenido el VIH/SIDA en el país durante los últimos siete años, e informar a los jóvenes universitarios sobre la importancia de prevenir una infección de transmisión sexual que no tienen cura y que puede estar presente en compañeros sexuales aparentemente sanos.

VIH/SIDA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Desde comienzos de la epidemia de VIH/SIDA en 1981 hasta el 2010, cerca de 60 millones de personas en el mundo se han infectado con el virus, cifras reportadas por la OMS y ONUSIDA en el 2010, indicaron que de los 40.3 millones de

personas infectadas el 40% de la casuística la conformaban adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 49 años (Santa María *et al.* 2012; Álvarez *et al.* 2015). Para el 2013, se estimó que 35 millones de personas convivían con la infección, 2.1 millones habían adquirido el virus, 700 eran menores de 15 años y 1.5 millones murieron de SIDA. Cerca de 6.000 personas se infectan por día y de éstos el 47% son mujeres (Medina *et al.* 2012) Colombia (2005-2010 . Para el 2015, Lancet reportó 38.8 millones de personas con el VIH/SIDA, 6.15% de nuevas infecciones y 2.42% de muertes por VIH/SIDA (Collaborators, 2016).

La epidemia de la enfermedad en el mundo es heterogénea, pues mientras en regiones como Europa Oriental y Asia Central presentan un descenso de la prevalencia, en otras como África Subsahariana, se incrementa, por ello la tasa de infección a nivel mundial por oscila entre 0,3 a 7.2%. América Latina ocupa el cuarto puesto en VIH/SIDA en el mundo, con una prevalencia del 0,4% (Medina *et al.* 2012) Colombia (2005-2010 , donde las poblaciones de mayor afectación las constituye el grupo de heterosexuales con el 30% de los casos, seguido del grupo de mujeres transexuales con el 17.7%, y el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con el 10.6%. (Calderón *et al.* 2015) Sin embargo, se cree que el porcentaje de casos reportado en el grupo de heterosexuales puede estar mimetizado con el grupo de HSH, debido a que en América Latina aún se evidencia rechazo hacia los homosexuales y esto permite que se favorezca la bisexualidad y se informen como relaciones heterosexuales (Teva *et al.* 2012), en cualquiera de los grupos mencionados se encuentran individuos entre los 15 a los 49 años.

A nivel mundial, se han creado diferentes programas para el control y prevención de la enfermedad, entre los cuales se destaca el establecido por las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (UNAIDS) (1996), el Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA (2002), el Plan de emergencia de los Estados Unidos para el SIDA (PEPFAR) (2003), entre otros (Collaborators, 2016; UNAIDS, 2016).

VIH/SIDA EN EL CONTEXTO NACIONAL

El primer caso registrado en Colombia de VIH/SIDA, fue en el año 1983 en un paciente de la ciudad de Cartagena (aproximadamente tres años después del primer caso reportado en los Estados Unidos y en África), pero pronto se empezaron a reportar otros, en diferentes ciudades en Colombia. Para el 2009 ya existían reportes de cerca de 71.509 casos de VIH/SIDA y en 2011, las cifras eran de 83.467 casos (Cardona *et al.* 2013). El Ministerio de la protección social a finales del 2011, mostró una prevalencia de infección por VIH del 0.52% con un total de infectados de 129.630 personas entre los 15 y 49 años de edad (Ministerio de la protección social & UNFPA, 2011). Para el 2012, ingresaron al SIVIGILA

un total de 8.196 nuevos casos de VIH/ SIDA, de estos, el 72.2% eran a hombres y el 28% mujeres, observándose una evolución en la relación hombres con respecto al número de mujeres infectadas, pues la epidemia empezó con una razón de 10 hombres por una mujer, pero esto asciende, hasta alcanzar en el 2013 una relación de 2.5 hombres por cada mujer (Segura & Castañeda-Porras, 2014).

Según registros, desde 1983 al 2012, en Colombia el 98.5% de las personas con VIH/SIDA, fueron infectados por la vía sexual (Toledo *et al.* 2002) de éstos el 45% reporta relaciones heterosexuales, el 17% relaciones homosexuales y el 6% relaciones bisexuales. La vía perinatal fue del 2%, por transfusión el 0,25%, por accidentes de trabajo y por el uso de drogas endovenosas el 0.1%, y el 29% de los casos no reportó ningún mecanismo de transmisión (INS, 2016). A partir del 2011 se ha reportado un incremento del 5% en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), del 1.9 a 3.8% en el grupo de personas que usan drogas inyectables (UDI) y de 1,19 al 4,57% en el grupo de trabajadores sexuales, con relación a los años anteriores (Montúfar *et al.* 2016a).

Geográficamente casi el 86% de las personas infectadas se ubican en centros urbanos, donde se aglutinan los grandes centros hospitalarios que acogen población con diferentes condiciones de vulnerabilidad. El 25% de los casos se concentran en el distrito capital y el 69,1% de los casos notificados provienen de los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Córdoba, Norte de Santander, Cundinamarca, Quindío, Bolívar y Atlántico (Osorio *et al.* 2016).

En cuanto al estadio clínico, Colombia presenta un comportamiento similar al de los demás países, en los primeros años de la epidemia se presentó una mayor mortalidad por VIH/SIDA, pero a partir del año 2001, con el advenimiento de los medicamentos contra el virus (TARV), disminuyó el número de muertes y la mayoría de los casos fueron clasificados como VIH; tanto así que en el año 2009 se reportaban cuatro casos de VIH por uno de SIDA. El acumulado de fallecidos por SIDA desde 1991 al 2012 fue de 39.887 y las muertes de este último año, fueron 2.216 con 567 nuevos casos, por lo cual la prevalencia reportada para el 2013, bajó al 0.11% (Acuña *et al.* 2015). Para el 2014, se calculó un acumulado de 53.408 personas viviendo con el VIH/SIDA y una prevalencia de 0.12%, a la semana epidemiológica 07 de 2016 se habían notificado al SIVIGILA, 1.336 casos de VIH/SIDA, de donde el 77.8% eran pacientes infectados crónicos, el 16,2% clasificado como SIDA, 6.1% fallecidos por esta causa (INS, 2016) y 7 a 8 pacientes de cada 10, con infección asintomática (Segura & Castañeda-Porras, 2014), éstos datos son alentadores para la población de infectados que se reporta actualmente, sin embargo al

observar que la mitad se encuentran entre los 15 a 29 años y que permanecerán infectados de por vida, permite suponer que la población de adolescentes y jóvenes en Colombia no solo es el grupo de mayor riesgo, sino que también generan altos costos para el sistema de salud, pues un estudio expone que los jóvenes infectados con el VIH/SIDA en estas edades, pierden entre uno a cuatro años de vida saludable por cada 1000 habitantes (Santa María *et al.* 2012).

Aspectos Socioeconómicos que afectan la población de jóvenes en Colombia.

Múltiples aspectos socioeconómicos y culturales determinan las conductas que los jóvenes asumen en cuanto a su sexualidad, en especial debido a los problemas que desde años anteriores enfrenta el país como, el bajo nivel académico, la violencia, el desplazamiento forzado, la pobreza, el incremento en consumo de drogas alucinógenas inyectables o no, entre otros aspectos. Investigaciones realizadas por ONUSIDA y la secretaria de salud de Bogotá, informan que Cartagena, se encuentra entre las ciudades que ha alcanzado prevalencias de VIH SIDA superiores al 5% entre los adolescentes (VIH/SIDA en adolescentes Cartagena (Díaz *et al.* 2014). En el municipio de Caldas, la problemática de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en adolescentes se ha constituido en un grave problema de salud pública con aumento en la tasa de fecundidad, de embarazos no deseados y de abortos (Cardona *et al.* 2013a). Un estudio piloto realizado en el contexto de desplazamiento en Montería a 1.842 jóvenes entre 10 y 24 años, confirmó la presencia de factores de riesgo como, inicio de relaciones sexuales a temprana edad especialmente entre hombres, no uso de condón en las primeras relaciones sexuales, baja percepción de riesgo de VIH, así como alto grado de discriminación y estigma a quienes viven con VIH (Eriksson *et al.* 2004).

Debido a la situación actual de Colombia, los jóvenes del conflicto armado (niños o niñas), reclutados voluntaria o forzosamente a cualquier grupo armado, han sido identificados como un grupo de riesgo para contraer ITS (VIH) debido a prácticas como matrimonios, actos sexuales consentidos o no, y muchas veces sin protección, aunado esto a los pocos conocimientos que tienen sobre el VIH (por el bajo grado de escolaridad) y a los estigmas de la sociedad que ocasionan rechazo, persecución y agresiones, lo cual complica el manejo de la infección con VIH. Más de 2500 adolescentes desmovilizados han sido objeto de ayuda por parte de organizaciones nacionales, proporcionándoles cuidado sanitario y psicosocial, educación y soporte jurídico para la reintegración familiar y comunitaria (Santa María *et al.* 2012) pero en el marco del post conflicto éstos jóvenes deben ser incluidos en los planes de vigilancia y control de las ITS (VIH).

Estudios a nivel mundial estiman que entre 15 y 16 millones de personas en 15 países se inyectan drogas y de ellos, 3 millones viven con VIH, en Colombia se ha reportado un incremento en el consumo de heroína y otras drogas, que por su naturaleza inyectable supone un claro riesgo a infectarse con el VIH y a propagar la infección (Berbesi-fernández, *et al.* 2016). Un estudio realizado en 6 ciudades de Colombia, describe la seroprevalencia del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables (UDI), los resultados mostraron que el 88.9% de los UDI eran hombres, con edades promedio alrededor de 26 años y la mayoría de ellos de estrato socioeconómico bajo, pero con alta tendencia al uso de condón con cualquier tipo de pareja sexual, el grupo de mayor frecuencia de VIH/SIDA fue el de hombres que tienen sexo con hombres. De las seis ciudades, Cúcuta fue la ciudad con mayor prevalencia de VIH/SIDA con el 6.7%, seguido de Medellín con el 3.8% y Bogotá con el 3.0% (Berbesi-fernández *et al.* 2016). Observando que los UDI son otro grupo de jóvenes que requieren atención.

Cómo actúa el VIH en las células humanas?

El VIH está clasificado como un Retrovirus, su material genético es una doble cadena de RNA que se encuentra entre una cápside proteica envuelta por una capa lipídica que contiene glicoproteínas (gp) del virus (Collier & Oxford, 2008); una de ellas, la gp120 es la responsable del reconocimiento y fijación del virus a los receptores CD4 de las células del sistema inmune. El virus penetra y su RNA genómico se desencapsula y se convierte en ADN complementario viral (por acción de la transcriptasa inversa), el cual se integra al ADN genómico de la célula hospedadora, permaneciendo insertado allí en forma latente y durante muchos años sin ocasionar signos clínicos evidentes, hasta un nuevo momento donde se reactiva el ciclo viral dando lugar a la síntesis de sus proteínas y del genoma viral, los cuales se ensamblan para salir de la célula e invadir otras (Mailler *et al.* 2016; Sepúlveda & Afani, 2009). Durante este tiempo el sistema inmune reacciona y produce anticuerpos contra las proteínas del virus para neutralizarlo, pero el VIH puede evadir su acción.

El diagnóstico inicial de la infección, se realiza con la prueba de ELISA que detecta los anticuerpos contra las proteínas del VIH (p24) en el suero del paciente, otras confirmatorias son el western-blot y las pruebas moleculares como el PCR, se utiliza la prueba de PCR en Tiempo Real para conocer la carga viral (Sepúlveda & Afani, 2009). También se requiere conocer el grado de afectación del sistema inmune mediante la cuantificación de Linfocitos T CD4 y CD8. El paciente VIH se clasifica en tres categorías clínicas así: Clasificación A, si la infección es asintomática (primaria, latente); B, si la infección es sintomática y presenta enfermedades recurrentes (complejo relacionado con el Sida); y C, si la infección ya tiene

características de SIDA, es decir el paciente presenta cáncer, infecciones oportunistas y/o neurológicas (Collier & Oxford, 2008). Un estudio realizado a 159 pacientes con diagnóstico de SIDA hospitalizados en una institución de alto nivel en Colombia, mostró las siguientes características demográficas, edad promedio de 47 años, el 35% con antecedentes de promiscuidad sexual, el 27% eran homosexuales y el 20% con historia de tuberculosis. Los principales síntomas al ingreso fueron gastrointestinales (50,3%), neurológicos (40,9%) y respiratorios el 30%. El 66.1% de los pacientes presentaron recuentos inferiores a 200 células T/mm³ y en el 24% de los casos, una carga viral detectable. En un 33% se documentaron infecciones oportunistas, como tuberculosis, toxoplasmosis e histoplasmosis como las más frecuentes. En el SNC, la toxoplasmosis cerebral es la de mayor riesgo con conteo de células T CD4 menores a 50 células/ μ l, ocasionando una encefalitis local, con cefalea, confusión, déficit motor y fiebre que puede avanzar a convulsiones, estupor y coma (si no hay tratamiento oportuno) (Gómez *et al.* 2012). Dentro de las enfermedades oportunistas que afectan el sistema respiratorio se encuentran la neumonía por *P. jiroveci* y las micobacterias, pero la Tuberculosis es la entidad que más amenaza la vida del paciente con SIDA, alcanzando una tasa de mortalidad del más del 50% de los casos (Montúfar *et al.*, 2016).

Cómo se controla el virus?

La infección por VIH/SIDA no tiene cura, sin embargo el virus se puede controlar con Terapia Antirretroviral (TARV), un conjunto de medicamentos que bloquea el virus en diferentes niveles, retarda la aparición de los signos clínicos, reestablece el sistema inmune y evita la presencia de infecciones oportunistas, ofreciendo una mejora en la calidad de vida al paciente. En la actualidad se disponen de más de 20 drogas antirretrovirales, que se clasifican en inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTR) como la zidovulina o AZT, Estavadina, Didanosina, Lamivudina, Abacavir, Rilpivirina, entre otros; Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INNTR) de este tipo son, Delavirina, Efavirnz (EFV), Nevirapina, Maraviroc, Raltegravir, Estravirina, Darunavi; Inhibidores de proteasas (IP), algunos son, el Ritonavir, Indinavir; los Inhibidores de fusión como el Enfuvirtide o T20, droga reservada para pacientes con fallo previo a otros medicamentos, péptidos sintéticos que actúan a nivel de la gp41 impidiendo la fusión del virus con la célula blanco (Sepúlveda, & Afani, 2008).

En Colombia el tratamiento inicialmente más utilizado en los últimos 20 años fue la combinación de Lamivudina /Zidovudina, pero posteriormente debido a efectos colaterales, fueron gradualmente reemplazados por los INNTR usualmente Nevirapina o Efavirnz. Actualmente el 77% de los pacientes adscritos a la corporación de lucha

contra el SIDA (Cali) toman una combinación de 2 NRTI más 1 NNRTI y un 19% toman 2 NRTI más 1 IP, potenciado con Ritonavir (Galindo-orrego *et al.* 2013). A pesar de la terapia se han identificado una serie de complicaciones a las que los individuos con VIH, están expuestos y el pulmón es el órgano comúnmente afectado (Osorio *et al.* 2016). Adicionalmente se han detectado virus resistentes a algunos de estos fármacos, al parecer por la acumulación de mutaciones del VIH por cuenta de los TARV, generando supresión viral parcial e incompleta por adherencia subóptima al TAR. Diferentes estudios sugieren que el riesgo de que se transmitan virus resistentes a al menos un medicamento de TARV oscila entre el 7 y 21% con un 3 a 5% de riesgo de transmisión de resistencia a más de una clase de medicamentos obligando a desarrollar nuevas estrategias de fármaco-vigilancia y a invertir más dinero en pruebas de resistencia viral (Galindo-orrego *et al.* 2013).

En Colombia el porcentaje de personas que conviven con VIH y que no reciben TARV, pasó de un 90% en el 2006, a un 63% en el 2013 y para el 2015 solo el 29.75% de los enfermos no recibían tratamiento, pero la tendencia es a cubrir el mayor número de casos que oficialmente se reporten (Montúfar *et al.* 2016).

Qué políticas ha diseñado el gobierno colombiano para el control del VIH/SIDA en los jóvenes?.

La creación del Plan estratégico de respuesta nacional ante la epidemia del VIH/SIDA 2000/2003, permitió establecer normas para el control y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Posteriormente se desarrolló el plan de respuesta al VIH/SIDA en 2008- 2011 que buscaba promover en toda la población los conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas que propendan por el desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera (Ministerio de protección social & UNFPA, 2011). Muchas instituciones educativas (Universidad del Norte, Universidad de Cartagena, Universidad pública de Santa Marta), han realizado investigaciones en este sentido entre los universitarios y jóvenes de las regiones (Luján-tangarife & Cardona-arias, 2015; Díaz *et al.* 2014; Álvarez *et al.* 2015; Rodríguez & Orcasita, 2009; Cardona *et al.* 2013b), demostrando que en Colombia hay poco conocimiento sobre los factores de riesgo para adquirir una ITS, especialmente en personas entre los 15 a 19 años de edad y muchas falencias en la ejecución de prácticas de prevención principalmente en las áreas rurales (Acuña *et al.* 2015; Rodríguez & Orcasita, 2009).

El marco normativo nacional a través de leyes, decretos, resoluciones y acuerdos, obliga a las instituciones de salud, a brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requiera para la protección de la salud y

el bienestar de la persona, y se ratifica en los objetivos en salud del Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015, por ello el gobierno colombiano incluyó la lucha contra el VIH/SIDA en el COMPES, con lo cual se pretende disminuir al menos un 1% en la prevalencia de infección en personas entre los 19 a 49 años, reducir el 2% de los casos ocasionados por la transferencia de madre a hijo, e incrementar la cobertura del tratamiento en el 85.5% de los pacientes. Sin embargo, las organizaciones mundiales contra el VIH/SIDA, se han propuesto un reto aún más ambicioso y es que mediante el trabajo colectivo se ponga fin a la epidemia del SIDA para el 2030, por ello para el 2015 los gobiernos del mundo fijaron como meta, la reducción del 50% de la infección por transmisión sexual en el grupo de mujeres y hombres entre 15 a 24 años, mujeres y hombres que hayan tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, adultos entre 15 a 49 años que hayan tenido más de una pareja en los últimos 12 meses sin uso de preservativos, personas entre 15 a 49 años que conviven con pacientes VIH, trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables (UNAIDS, 2016) (Jacobs *et al.* 2016). También eliminar por completo las infecciones por VIH en los niños, y reducir la mortalidad materna durante el embarazo, el parto y/o el puerperio. Subsanan entonces el déficit mundial de recursos para la lucha contra el SIDA, eliminar las desigualdades, el maltrato, la discriminación para el paciente con VIH/SIDA, aumentar la capacidad para protegerse contra el virus, superar los mitos y errores de la población que creen que las personas con aspecto saludable no pueden ser seropositivas, son algunas de las estrategias para superar el obstáculo en el control del VIH/SIDA (Sánchez *et al.* 2015).

Por lo anterior, la ley colombiana establece que si un joven sospecha que tiene una infección de transmisión sexual, o de una situación que lo ha puesto en riesgo de infectarse con el VIH/SIDA, tiene derecho a realizarse la prueba de ELISA para VIH, la cual es voluntaria, confidencial y gratuita. El resultado puede ser "Reactivo", si la prueba detecta anticuerpos contra el virus, pero debe repetirse y luego de dos resultados reactivos consecutivos, se realiza la prueba confirmatoria, que de salir positiva indicaría que la persona ha sido infectada con el VIH. Si el resultado de la prueba de ELISA es "No Reactivo", es decir que no se han detectado anticuerpos contra el virus, se recomienda realizar la prueba nuevamente tres meses después para descartar el periodo de ventana inmunológica. El protocolo indica que desde el primer momento el joven debe contar con el acompañamiento del cuerpo médico experto, pues durante el tiempo del diagnóstico y más aún si el resultado es positivo, se generan en la persona un impacto negativo, ocasionando un desequilibrio físico, psicológico y mental, desencadenando miedo a la muerte, a la reacción de sus familiares y de la sociedad, favoreciendo episodios de ansiedad, depresión y aislamiento (Shilovskaya,

2015) (Tamayo-zuluaga *et al.* 2012); por lo tanto el apoyo al joven, debe ser integral para él y su familia, incluyendo la identificación de los aspectos asociados a la salud sexual y reproductiva, información sobre el virus y las vías de transmisión, el uso correcto de preservativo, evidenciar redes de apoyo y posibles acciones a seguir frente al proceso. Algunos medicamentos del TARV están incluidos en el POS y es decisión del paciente iniciar el tratamiento luego de recibir una buena asesoría médica, sustentada en todos los exámenes clínicos y las pruebas de laboratorio a las que tenga lugar, el tratamiento va acompañado de un proceso de recuperación nutricional y apoyo psicológico adecuado, de modo que se logre reestablecer el sistema inmunológico del paciente y la carga viral sea indetectable (Ministerio de Protección Social & UNFPA, 2011; Acuña *et al.* 2015).

Planes de prevención:

Todo plan de prevención se basa en el control de la enfermedad, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y el seguimiento al paciente VIH/SIDA. Recientemente el Ministerio de salud ha promovido el suministro gratuito de preservativos para personas vulnerables o personas que tengan VIH/SIDA como medida preventiva de contagio (MPS & UNFAPA, 2011; ACI, 2006).

Teniendo en cuenta que entre los 15 a 29 años, es donde se encuentra la mayor población de infectados con el virus, es necesario establecer estrategias de control y prevención mediante la educación sexual y reproductiva desde los valores y principios en las familias y extendida a los colegios y universidades (Orcasita *et al.* 2013; Dávila *et al.* 2008).

De otra parte es necesario contemplar en los programas de prevención, a los jóvenes en condición de desplazamiento, debido a la importante relación entre la movilidad humana y la enfermedad del VIH, como lo demuestran experiencias internacionales con la implementación de programas de prevención, donde la incidencia de VIH en la población permanente ha disminuido, pero en la población móvil ha aumentado (Eriksson *et al.*, 2004).

El rechazo por parte de la sociedad en general, obstaculiza el diagnóstico precoz pues nadie está interesado en saber si es portador o no del virus, de otra parte, se sabe que existe un estigma en las personas con VIH/SIDA (Calderón *et al.*, 2015), por parte de los estudiantes y profesionales de la salud, que debido a que una mala atención, aleja al paciente de los controles y en ocasiones el paciente suspende el tratamiento, incrementando el riesgo de expansión de la pandemia (Tamayo-zuluaga *et al.* 2015), por lo tanto se ve la necesidad de incluir en las estrategias de prevención, la comunicación, información adecuada y educación en valores como el respeto hacia el paciente VIH/SIDA que puede estar

muy cerca de todos.

CONCLUSIONES

- En Colombia la población más afectada por el VIH/SIDA, es la de jóvenes entre 15 a 29 años, la principal vía de transmisión reportada entre los jóvenes a través del tiempo, es por contacto sexual (heterosexuales y homosexuales), pero existe un incremento por vía sanguínea en el grupo de usuarios de drogas inyectables (heroína).
- Un diagnóstico precoz, con un TRAV adecuado y estar vinculado a uno de los programas de vigilancia del gobierno, mejorar sustancialmente la calidad de vida del paciente VIH/SIDA y las estrategias de control de la enfermedad.
- Más de la mitad de los escolarizados tienen vida sexual activa, pero su nivel de conocimientos sobre las ITS y el VIH es deficiente, lo que involucra a los padres de familia en la orientación a sus niños y jóvenes, en los valores como el respeto hacia ellos y hacia los demás.
- Es necesario reforzar constantemente las estrategias educativas en la población de niños, adolescentes y jóvenes para generar actitudes y prácticas eficientes y coherentes, que implique el autocuidado permanente, la autoestima, la valoración de la vida, como un mecanismo para prevenir las ITS y el VIH/SIDA en los jóvenes colombianos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACUÑA, L.; SÁNCHEZ, P.; SOLER, L. 2015. Situación del VIH/SIDA en Colombia, 2014. *Cuenta de Alto Costo*. 1-102.
2. ÁLVAREZ, L.; PLAZA, X.; LÓPEZ, Z.; ROCHA, J. 2015. Conocimientos sobre VIH sida y su transmisión en estudiantes del programa de ingeniería electrónica de una universidad pública de Santa Marta (Colombia). *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas*. 9(14):274-297.
3. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA. 2006. Guía de práctica clínica de VIH / SIDA . Recomendaciones basadas en la evidencia , Colombia. Asociación Colombiana de Infectología. 10 (4):294-326.
4. BERBESI-FERNÁNDEZ, D.; SEGURA-CARDONA, A.; LOPEZ-RAMIREZ, L. 2016. Situación de VIH

- en usuarios de drogas inyectables en Colombia. *Infectio*. 20(2): 70–76.
5. CLADERÓN, C.; URIZAR, D.; GONZALEZ, C.; ALEJOS, B.; RAMIREZ, O.; BOLÚMAR, F.; *et al.* 2015. Knowledge, attitudes and practices and HIV/AIDS and prevalence of HIV in the general population of Sucre, Bolivia. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 19 (4): 369-375.
 6. CARDONA, J.; ÁLVAREZ-FLOREZ, C.; GIL-QUIZ, G. 2013a. Prevalencia de VIH/Sida en Medellín y evaluación del desempeño de la prueba presuntiva, 2006-2012. *Rev. Salud Pública*. 15(6): 929–942.
 7. CARDONA, J.; ARBOLEDA, P.; ROSERO, C. 2013b. Conocimientos , actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio de Caldas (Colombia). *Salud Uninorte*. 29(2): 236–248.
 8. COLLIER, L. & OXFORD, J. 2008. RETROVIRUS. En: *Virología Humana*. Ed. MacGraw-Hill. (México).p.178-189.
 9. COLLABORATORS. 2016. Estimates of global , regional , and national incidence prevalence , and mortality of HIV, 1980 – 2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV*, 3. 361–387.
 10. DÁVILA, M.; TAGLIAFERRO, A.; BULLONES, X.; DAZA, D. 2008. Nivel de Conocimientos de Adolescentes sobre el VIH/SIDA. *Rev. salud pública*. 10(5):716-722.
 11. DÍAZ, C.; CANTILLO, L.; GARCÍA, K.; MARTÍNEZ, L.; VEGA, J. 2014. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena-Colombia, 2011. *Hacia Promoc.salud*. 19(2): 38–52.
 12. ERIKSSON, L.; GUARNIZO, C.; FUNDACIÓN HENRY ARDILA.; PRIETO, F. 2004. Salud sexual y Reproductiva, enfermedades de Transmisión sexual y VIH/SIDA en jóvenes de 10 a 24 años de una ciudad receptora de población desplazada. Montería, Colombia, 2003. En: Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Ed.Panamerica (Bogotá-Col). 80p.
 13. GALINDO-ORREGO, P.; MUESES-MARÍN, H.; GALINDO-QUINTERO, J.; MARTÍNEZ-CAJAS, J. 2013. Resistencia transmitida del virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes sin exposición previa a tratamiento antirretroviral , Cali, Colombia 2010. *Infectio*. 17(1): 19–27.
 14. GÓMEZ, C.; GUALTEROS, S.; BOTERO, G.; BELTRÁN, C.; PLAZAS, F.; CIFUENTES, J.; SANDOVAL, M.; SANTOFIMIO, D. 2012. Hematologic toxicity associated with sulfonamides and pyrimethamine treatment in HIV positive patients with cerebral toxoplasmosis at tertiary-level hospital in Colombia. *RFS*. 4(2): 45–54.
 15. I. N. de Salud. 2016. Boletín Epidemiológico semanal. Infecciones de Transmisión sexual. 14 Feb. 2016. p.62-64.
 16. JACOBS, P.; ESTRADA, Y.; TAPIA, M.; QUEVEDO, A.; CONDO, C. *et al.* Familias Unidas for high risk adolescents: Study design of a cultural adaptation and randomized controlled trial of a U.S. drug and sexual risk behavior intervention in Ecuador. *Contemporary clinical Trials*. 47. 244-253.
 17. LUJÁN-TANGARIFE, J.; CARDONA-ARIAS, J. 2015. Construcción y evaluación de una escala de conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH / SIDA en adolescentes universitarios de Medellín (Colombia). *Salud Uninorte*. 31(2): 201–214.
 18. MAILLER, E.; BERNACCHI, S.; MARQUET, R.; PAILLART, J.; VIVET-BOUDOÛ, V.; SMYTH, R. 2016. The Life-Cycle of the HIV-1 Gag-RNA Complex. *Viruses*. 8. 248.19p. doi:10.3390/v8090248
 19. MALETICH, D.; ESTEVES, S.; ALMEIDA, D. 2016. HIV-1 subtype B : Traces of a pandemic. *Virology*. 495. 173–184.
 20. MEDINA, N.; BRETT, M.; BETANCOURT, F.; PATIÑO, J. 2012. Frecuencia de lesiones en cavidad oral de pacientes con VIH / sida en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá , Colombia (2005-2010). *Univ. Odontol*. 31(66): 51–58.
 21. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), 2011. Guía de prevención VIH/SIDA. Jóvenes en contexto de vulnerabilidad. 127p
 22. MONTÚFAR, F.; VILLA, P.; MONTÚFAR, M.; ZULETA, J.; PÉREZ, L.; MONSALVE, M. 2016a. Coinfección por virus de inmunodeficiencia humana y micobacterias en un hospital universitario de alta complejidad en Colombia. *Infectio*. 20(3):158–164.

23. MONTÚFAR, F.; QUIROGA, A.; BUILES, C.; SALDARRIAGA, C.; AGUILAR, C.; MESA, M.; ZULETA, J. 2016b. Epidemiología de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad y enseñanza universitaria en Medellín, Colombia. *Infectio*. 20(1): 9–16.
24. ORCASITA, L.; URIBE, A.; VALDERRAMA, L. 2013. Conocimientos y Actitudes frente al VIH/SIDA en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*. 22(1): 59–73.
25. OSORIO, E.; LIQUE, R.; ÁVILA, S. 2013. Panorama General de la Epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983-2012. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO, SITUACIÓN DEL VIH / Sida, Colombia 2013. Octubre 2013. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>
26. OSORIO, J.; ÁLVAREZ, D.; BARRETO-MORA, J.; CASANOVA-BERMEJO, M.; VARGAS-PLAZAS, H.; GIRALDO-BAHAMON, G. 2016. Infecciones pulmonares en pacientes con VIH 20 años después de la terapia antirretroviral combinada. ¿Qué ha cambiado?. *Infectio*. 20(3):180–189. <http://doi.org/10.1016/j.infect.2015.08.002>
27. RODRIGUEZ, U & ORCASITA, L. 2009. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 27. 1-31.
28. SÁNCHEZ, C.; SOLANO, J.; RODRÍGUEZ, S. 2015. Vidas que importan: panorama sociojurídico de prevención y tratamiento del VIH/SIDA en Colombia. *Revista Vía Luris*. 18. 105–130.
29. SANTAMARÍA, S.; LINDOÑO, B.; BURGOS, G.; PATRIOTA, T.; WARTENBERG, L. *et al.* 2012. Panorama del VIH/SIDA en Colombia. Un análisis de situación 1983-2010. Ministerio de Protección social y UNFPA. *Legis*. p. 124.
30. SEGURA, O.; CASTAÑEDA-PORRAS, O. 2014. Panorama del VIH-SIDA en Colombia 1983-2010: un análisis de situación. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social- Fondo de Población de Naciones Unidas. 62. pp. 493–494.
31. SEPULVEDA, C & AFANI, A. 2009. SIDA. Ed. Mediterráneo LTDA. (Santiago de Chile). 342p.
32. SHILOVSKAYA, M. 2015. Is HIV/AIDS a disability? Stigma and discrimination of people living with HIV and AIDS in the Russian Federation. *HIV & AIDS Review*. 14. 9-14.
33. TAMAYO-ZULUAGA, B.; CABRERA-ORREGO, R.; CARDONA-ARIAS, J. 2015. Estigma social en la atención de personas con VIH / sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud. *Rev. Cienc. Salud*, 13(1): 9–23.
34. TEVA, I.; BERMÚDEZ, M.; RAMIRO, M.; BUELA-CASAL, G. 2012. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. *Rev. Med Chile*. 140. 50–58.
35. TOLEDO, J.; NAVAS, J.; NAVAS, C.; PEREZ, N. 2002. Los adolescentes y el SIDA. *Rev Cubana Med Trop*. 54 (2): 152-7.
36. UNAIDS, 2016. Global AIDS, up Data 2016. Switzerland 1-13p.
37. VALLE, M.; BENAVIDES-TORRES, R.; ÁLVAREZ-AGUIRRE, A.; PEÑA-ESQUIVEL, J. 2011. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes Universitarios. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 19 (3): 133-136.
38. VELÁSQUEZ, S.; BEDOYA, B. 2010. Los jóvenes: Población vulnerable del VIH/SIDA. *Medicina UPB*. 29 (2): 144-154.