

Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA

The youth: a vulnerable population for HIV/AIDS

Sergio Velásquez Vélez¹, Beatriz Bedoya Serna²

RESUMEN

La epidemia del VIH/SIDA continúa siendo un problema de salud pública a pesar de los esfuerzos intersectoriales en el contexto mundial. Los jóvenes están en el centro de la epidemia; más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a personas entre 15 y 24 años de edad, período en el que la mayoría de los individuos inician su vida sexual y están enfrentados a otros factores de vulnerabilidad tales como la falta de competencia para el ejercicio de una sexualidad responsable, la baja percepción del riesgo, las presiones de grupo, el alto número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la deficiente e inadecuada información sobre transmisión y prevención de las infecciones de transmisión sexual como el VIH y el SIDA. Para la sociedad es urgente encontrar la forma de detener la propagación y conseguir la manera más adecuada para abordar el tema con los jóvenes. En este artículo se exponen las conclusiones de algunos estudios que muestran la situación mundial, programas de prevención, factores de riesgo y factores protectores de la epidemia VIH/SIDA en la población joven.

Palabras clave: VIH; adulto joven; síndrome de inmunodeficiencia adquirida/prevención y control

ABSTRACT

The HIV/AIDS epidemic remains a public health problem despite the intersectorial efforts worldwide. Young people are at the centre of the epidemic; more than half of new HIV infections currently affect people between 15 and 24 years of age, when the majority of individuals start their sexual activity, and when they are faced with other vulnerability factors such as the lack of competence for living a responsible sexuality, low perception of risk, peer-pressure, high number of sexual partners, alcohol and psychoactive substance abuse, sexual and reproductive rights unawareness and poor and inadequate information on transmission and prevention of STDs such as HIV / AIDS infections. For our society it is critical to find ways for containing the spread of the epidemic and achieve the most appropriate way to deal with it in young people. This article presents the conclusions of some studies showing the global situation, prevention programs, risk factors and protective factors for the HIV/AIDS epidemic in young people.

Keywords: HIV; young adult; acquired immunodeficiency syndrome/prevention & control

¹ Médico General, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

² Estudiante de pregrado de Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Correspondencia: Sergio Velásquez Vélez. Correo electrónico: svelasquez3@gmail.com

Fecha de recibido: 23 de enero de 2010

Fecha de aprobación: 27 de septiembre de 2010

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

El reporte del año 2008 sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (Onusida), reconoce que sigue siendo un problema mundial de salud con una magnitud sin precedentes. Además, informó que en tan solo 25 años la infección por el VIH se ha propagado implacablemente desde unas cuantas regiones conflictivas a prácticamente todos los países del mundo y que ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados¹.

En los últimos años se han producido prometedores avances en las iniciativas mundiales para abordar la pandemia de VIH/SIDA, que incluyen un mayor acceso a los programas de tratamiento y prevención. Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por SIDA. Se estima que alrededor de 33 millones de personas vivían con el VIH en 2007; se documenta que el número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3 millones en 2001 a 2.7 millones en 2007; 370 000 de las que correspondían a menores de 15 años¹.

Mientras que el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado a partir del año 2000, el número total de personas que viven con el VIH ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones que ocurren cada año, a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones superan en número a los fallecimientos provocados por el SIDA. En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Entre las personas mayores de 15 años, los jóvenes representaron el 45% de las nuevas infecciones contraídas en el año 2007¹⁻⁴.

África subsahariana sigue siendo la región más castigada por la epidemia mundial de VIH/SIDA. Las dos terceras partes (65%) del total mundial de adultos y niños infectados con el VIH viven en esa área, con el epicentro en África meridional. Un tercio (32%) del total mundial

de personas infectadas con el VIH vive en esa subregión, donde también se registró el 34% de los fallecimientos por SIDA en el año 2006^{5,6}.

En América Latina y el Caribe, la forma de transmisión del VIH ha sido diversa desde los inicios de la epidemia. En los países del Caribe la infección se ha propagado principalmente por contacto heterosexual, mientras que en la mayoría de países de América Latina el VIH afecta mayoritariamente a grupos específicos de población: hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas y población vinculada al comercio sexual^{7,8}. Dos tercios de la población infectada por el VIH en América Latina viven en los cuatro países más grandes: Argentina, Brasil, Colombia y México^{2,9}.

La estigmatización, la negación y la discriminación en relación con cuestiones como la sexualidad y el consumo de drogas, representan un gran obstáculo para una respuesta eficaz contra el VIH/SIDA¹⁰. Se calcula que hasta dos tercios de las nuevas infecciones producidas en el último decenio se podrían haber evitado mediante la puesta en práctica de un amplio conjunto de medidas de prevención¹¹. Sin embargo, el acceso a la prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH se ve continuamente limitado por una resistencia a abordar cuestiones desde hace mucho tiempo consideradas tabú, como la sexualidad y el consumo de drogas, situación que debe cambiar¹².

En los 27 años que han transcurrido desde que el SIDA surgió como una emergencia importante, la epidemia ha tenido efectos graves, y en muchos lugares devastadores, sobre el desarrollo humano. En algunos países, el SIDA está deteriorando los progresos encaminados a la reducción de la pobreza, el acceso universal a la educación primaria, la promoción de la igualdad entre los sexos, la reducción de la mortalidad infantil y la mejoría de la salud materna^{13,14}.

Hasta noviembre de 2007, en Colombia se habían detectado 57 489 personas infectadas

con el VIH, pero se estima que la prevalencia en el grupo de edad entre los 15 y 49 años es del 0.7%, lo que equivaldría a tener 171 504 personas que viven con el VIH en ese grupo etario y; aunque la mayoría de los nuevos casos de infección por el VIH siguen presentándose en los varones, la razón hombre/mujer se ha estrechado desde cerca de 10:1 a comienzos de los años 90 hasta 2.8:1 en los años 2003-2005¹⁵.

Según la Encuesta nacional de demografía y salud¹⁶, la mayoría de la población identifica y visualiza al SIDA como un “problema de otros”. La transmisión del VIH está ligada con la desigualdad en las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres, con la deficiente educación sexual que existe en nuestro país, con el estilo de comportamiento de la población, con los valores, creencias, tabúes y prácticas; además, con los patrones de cultura patriarcal y machista, con la indiferencia, la falta de compromiso individual y oficial, con la ignorancia, subvalorización y la concepción equivocada de que el VIH/SIDA es propio de otros países y culturas; factores aliados para la expansión de esta enfermedad, principalmente en grupos más vulnerables, como son las mujeres, los adolescentes y los jóvenes^{17,18}.

Es bien sabido que en Colombia existe un subregistro importante en las estadísticas de salud, sin embargo, se estima que actualmente existen más de 300 000 transmisores del VIH¹⁶. La transmisión sexual, particularmente la heterosexual, traerá sin duda alguna un gran impacto social, debido a que la mujer corre más riesgo de infección; lo que puede conducir a que nazcan más niños infectados por el VIH, se eleve la mortalidad materna e infantil, aumenten los niños huérfanos y ancianos abandonados por la muerte de mujeres y hombre jóvenes, y finalmente se llegue a la desintegración familiar^{19,20}.

En Medellín, en el año 2005, se reportó una mayor número de infecciones por el VIH en el sexo masculino (2 329 casos) con respecto al sexo femenino (408 casos); no obstante, desde 1999 se ha observado un aumento progresivo en la prevalencia de esta infección en la población

femenina^{21,22}. El mecanismo de transmisión más frecuente hasta el 2002 fue por relaciones homosexuales, aumentando la transmisión heterosexual hasta hoy; sin embargo, en los últimos años no ha habido diferencias significativas entre los casos detectados por transmisión homosexual y heterosexual^{23,24}. Con respecto a la mortalidad por VIH/SIDA en Medellín, entre 1999 y 2005 el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años^{16,25}.

EL VIH/SIDA Y LOS JÓVENES

Los jóvenes están en el centro de la epidemia mundial de VIH/SIDA; más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a personas entre 15 y 24 años de edad, periodo en el que la mayoría de los individuos inician su vida sexual²⁶. Se estima que 11.8 millones de jóvenes viven en la actualidad con el VIH, pero tan solo una parte de ellos sabe que están infectados con este virus; sumado a este desconocimiento, los jóvenes carecen de información. Encuestas efectuadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuarenta países, indican que más del 50% de los jóvenes tiene concepciones erróneas acerca de la forma como se transmite el VIH, y no cree correr el riesgo de contraerlo. Los que saben algo al respecto no suelen protegerse porque carecen de los conocimientos prácticos, del apoyo o de los medios para adoptar comportamientos seguros²⁷. Una encuesta realizada en mujeres en el 2005, reportó que el conocimiento del VIH/SIDA en Colombia es prácticamente universal, ya que el 98% de las mujeres entrevistadas había oído hablar de esta enfermedad; sin embargo, el nivel de conocimiento es menor entre las más jóvenes (15 a 19 años)¹⁶.

El futuro de la epidemia está en manos de los jóvenes, ya que los comportamientos que adopten ahora y los que mantengan durante toda su vida sexual determinarán la evolución de la epidemia en las próximas décadas. Continuarán aprendiendo unos de otros, pero su comportamiento dependerá, en gran parte, de la información, los conocimientos y los servicios con los que la generación actual de adultos dote a los jóvenes^{28,29}.

La directora general de la OMS, doctora Gro Harlem Brundtland, menciona al respecto: “los jóvenes tienen la necesidad de que los adultos los ayuden a confrontar las ideas, los sentimientos y las experiencias que acompañan la entrada en la madurez física (...) Los datos recopilados en todo el mundo han indicado claramente que proporcionar información y enseñanzas prácticas sobre la sexualidad humana y las relaciones humanas contribuyen a evitar problemas de salud y fomentar actitudes más maduras y responsables”. La juventud ha demostrado su capacidad de tomar decisiones responsables para protegerse, cuando se le proporciona el apoyo de poder educar y motivar a los demás para que tomen dediciones seguras^{2,30}.

Factores de vulnerabilidad de los jóvenes

La vulnerabilidad de los jóvenes tiene su origen en la falta de competencia para el ejercicio de una sexualidad responsable, que conduce a comportamientos sexuales no protegidos. El inicio temprano de las relaciones sexuales penetrativas (principalmente antes de los 15 años), la baja percepción del riesgo con el consecuente no uso del condón, las presiones de grupo para asimilar comportamientos de riesgo, el alto número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la deficiente e inadecuada información sobre transmisión y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y el SIDA, han sido identificados como factores de vulnerabilidad en este grupo poblacional³¹. Aunque durante los últimos 5 años ha habido mayor divulgación de los derechos sexuales y reproductivos, los jóvenes aún los perciben como ajenos y distantes, y no han sido apropiados de manera que permitan el ejercicio de una sexualidad libre, responsable y placentera y que oriente su convivencia y desarrollo integral¹².

Protección para los jóvenes

El riesgo de infección por el VIH entre los jóvenes está directamente relacionado con la edad del inicio de la actividad sexual³². Así, la

abstinencia de relaciones sexuales y el retraso en el inicio de la actividad sexual figuran entre los objetivos centrales de los esfuerzos destinados a prevenir el VIH entre los jóvenes³³.

En cuanto a la multitud de jóvenes sexualmente activos, el acceso a servicios de prevención integral, incluidos la educación sobre prevención y el suministro de preservativos, constituye una necesidad sanitaria mundial de carácter urgente, así como un derecho humano fundamental. La necesidad de servicios de prevención del VIH entre los jóvenes afecta a ambos sexos, a los estudiantes y a los que no asisten a la escuela, a los que no tienen experiencia en el sexo, a aquellos que son sexualmente activos y al sustancial porcentaje de jóvenes (especialmente del sexo femenino) que ya están casados³³.

Las medidas de prevención aisladas no lograrán atender las diversas necesidades de todos los jóvenes vulnerables a la infección por el VIH. Para tener eficacia, los servicios de prevención del VIH dirigidos a los jóvenes deberían ser ampliamente accesibles y estar basados en datos, fundamentados en los derechos humanos y adaptados a la edad y al sexo; además, deberían contribuir a desarrollar actitudes para la vida que permitan a los jóvenes reducir su vulnerabilidad. Así mismo, deberían contar con la participación de los jóvenes que viven con el VIH y apoyar las estrategias de prevención, equilibradas e integrales, que promueven la abstinencia, la fidelidad, la igualdad y la autonomía especialmente para la mujer, la reducción del número de parejas, y el uso sistemático del preservativo³⁴.

Los propios jóvenes son, en muchas ocasiones, especialmente eficaces a la hora de poner en marcha intervenciones de prevención del VIH dirigidas a sus iguales y, por consiguiente, desempeñan un importante papel en el desarrollo, ejecución y evaluación de los programas de prevención del VIH orientados a la juventud. Las discusiones abiertas sobre el sexo son necesarias para lograr una prevención eficaz del VIH dirigida a los jóvenes³⁵. En algunas culturas, muchos jóvenes, y especialmente niñas adolescentes que desean mantener

su virginidad, pueden practicar el coito anal u oral creyendo que tales comportamientos no constituyen una actividad sexual. Sin embargo, un discurso velado o eufemístico sobre la sexualidad puede contribuir, de forma involuntaria, a perpetuar conceptos erróneos de esa índole en los jóvenes, exponiéndolos a un riesgo potencial de infección por el VIH^{2,36}.

Programas de prevención del VIH en las escuelas

Asegurar el acceso de los jóvenes a la escuela y a otras oportunidades educativas constituye un elemento fundamental de los esfuerzos de prevención del VIH³⁷. Los niveles de educación más elevados no sólo están asociados con comportamientos sexuales más seguros sino con el retraso en el inicio de la actividad sexual^{34,38}; la asistencia escolar permite, además, que los estudiantes se beneficien de la educación sobre la sexualidad y los programas de prevención del VIH que ofrecen los centros educativos.

Según un informe de estudios realizados sobre los programas de prevención del VIH en las escuelas de África, 10 de los 11 estudios indicaban mejoras significativas en el conocimiento relacionado con el VIH de los jóvenes, y todos los estudios que evaluaron las actitudes de los estudiantes detectaron cambios de comportamiento positivos. El informe reveló que los programas basados en las escuelas pueden contribuir a retrasar el inicio de la actividad sexual, a la reducción del número de parejas y al aumento del uso del preservativo. Por otra parte, los datos indicaron que generar cambios de conducta sostenidos resulta más complicado que fomentar el conocimiento³⁹. A diferencia de lo que los temores comunes o los estereotipos puedan hacer pensar, las investigaciones a fondo han obtenido escasas pruebas que demuestren que la educación sexual contribuye al aumento de la actividad sexual^{2,40}.

Jóvenes escolarizados y no escolarizados

De acuerdo con los resultados de la encuesta nacional sobre comportamientos sexuales de

jóvenes y adolescentes escolarizados, publicada en el año 2000 y diligenciada por cerca de 20 000 estudiantes de secundaria de 68 municipios colombianos, existe un inicio temprano de las relaciones sexuales penetrativas y una baja adopción del uso consistente del condón⁴¹. La media de la edad de la población estudiada fue de 16 años; el 40% de los encuestados había tenido relaciones sexuales penetrativas, y entre éstos el 71% tuvo su primera relación antes de los 15 años. Sólo el 17.4% había usado siempre condón, el 42% algunas veces y el 40.6% nunca lo usó. Se ha encontrado una correlación positiva entre el uso del condón y el aumento de la escolaridad, al igual que con la mayor edad^{41,42}.

De acuerdo con los resultados de otra encuesta realizada en Colombia, diligenciada en el año 2002 por jóvenes y adolescentes que viven en contexto de desplazamiento forzado (n=690), el 70% de los hombres y 34% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual penetrativa antes de cumplir 16 años; el 24% de los hombres y el 11.3% de las mujeres reportaron uso consistente del condón en el último año⁴³. Otra encuesta similar, realizada en el 2003 en Montería, reportó porcentajes similares⁴⁴.

Una encuesta realizada en el año 2001 en jóvenes y adolescentes de la isla de San Andrés⁴⁵, mostró que el 97.2% de los encuestados había escuchado alguna vez sobre el VIH o sobre el SIDA. El 58.1% manifestó no tener riesgo de adquirir el VIH y el 36.8% percibía algún riesgo personal frente a la infección. El 56.4% de las mujeres y el 46.9% de los hombres habían recibido información sobre VIH por parte de profesionales de la salud; el 51.4% de las mujeres y el 38,3% de los hombres, recibieron la información de profesores. El 82.4% consideró que las personas se protegen del VIH utilizando preservativo de manera correcta. El 89% de las mujeres y el 78% de los hombres mencionaron este tipo de protección; el 67.4% mencionó la abstinencia sexual como una forma de protección; el 23.4% creía que la infección se puede adquirir por la picadura de un mosquito; el 32.8% consideró que a un profesor infectado con VIH no se le debería permitir que continúe

enseñando en la escuela y el 21.6% de quienes habían tenido relaciones sexuales en el último año dijo haber usado siempre el preservativo. Las principales razones que argumentaron los jóvenes para no usar el preservativo en la última relación sexual fueron: confianza en la pareja (27%), no les gusta (25.8%), creen que su pareja está sana (19.9%), desacuerdo de la pareja (13.9%) y estar muy excitados (13%)⁴⁵.

Educación sexual para jóvenes

En mayo de 2002 se llevó a cabo el “Encuentro intersectorial de educación y salud sexual”, durante el cual se efectuó una evaluación del Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES) creado en 1993 mediante la formulación de la Ley Nacional de Educación Sexual. Los principales problemas identificados se ubicaron en tres categorías: la respuesta estatal, el sistema educativo y las representaciones sociales frente a la sexualidad. Dentro de la primera categoría se mencionó la presión ideológica ejercida por algunos sectores sociales, la sustancial disminución de recursos humanos y financieros asignados al PNES, la debilidad en la asistencia técnica para el desarrollo regional y local de la educación sexual. En la segunda categoría se identificó la tendencia predominante de los programas educativos hacia el desarrollo de lo cognitivo en detrimento de lo afectivo, y el énfasis en aumentar la cobertura del servicio educativo, descuidando la calidad del mismo. En la tercera categoría se identificó la reproducción cultural de modelos que perpetúan la concepción de la sexualidad como tabú, la falta de diálogo intergeneracional y la inequidad de género^{18,46}.

Desde el año 2004 el Ministerio de Educación Nacional, con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, inició acciones concretas para reactivar y redimensionar el proyecto de educación sexual, ahora denominado “Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía”. Aprovechando las lecciones aprendidas del pasado, esta propuesta busca incidir de manera clara en las instituciones educativas para que se construyan proyectos pedagógicos contextualizados en el marco de derechos humanos sexuales y reproductivos,

para lo cual se ha constituido una estructura organizativa que permita un acompañamiento permanente en el tiempo⁴⁷.

En lo relacionado con los procesos educativos orientados a la prevención del VIH/SIDA entre adolescentes y jóvenes escolarizados, las actividades más representativas efectuadas durante los últimos cinco años fueron las siguientes:

- El desarrollo del proyecto “**Educación en salud sexual y reproductiva de jóvenes y para jóvenes**”, realizado en los departamentos de Bolívar, Cauca, Córdoba, Nariño y Sucre, con cerca de 5 000 jóvenes escolarizados, no escolarizados y agentes educativos. Los resultados de este proyecto fueron la caracterización sociocultural de la realidad juvenil, de sus vivencias de la sexualidad y de las relaciones de género predominantes; el diseño y validación de los contenidos y metodologías de educación sexual con enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos, para la elaboración de materiales pedagógicos de apoyo, los cuales se constituyeron en valiosos insumos para el desarrollo de la nueva propuesta del Ministerio de Educación en materia de educación sexual⁴⁶.
- La implementación de siete proyectos locales diseñados y ejecutados por estudiantes y docentes de secundaria, que fueron seleccionados entre las propuestas recibidas en 1999 en el marco del proyecto nacional “**Escuchamos propuestas**”. Proyectos locales desarrollados en 2000 y 2001, en los municipios de San Andrés, Icononzo, Neiva, La Dorada, Barranquilla, Cúcuta y Pereira.
- El proyecto educativo “**Tú decides**”, ejecutado en Barranquilla y Santa Marta en 2002 y 2003 por la ONG “Fundación en Acción”, que benefició a 3 000 estudiantes de secundaria. Esta experiencia evidenció las profundas necesidades educativas en el campo de la sexualidad y muestra que los esquemas culturales existentes en la

región Caribe que siguen prevaleciendo entre las nuevas generaciones, determinan condiciones de inferioridad de las mujeres frente a los hombres, haciéndolas más vulnerables frente a la infección por el VIH. Evidenció también que involucrar a personas que viven con el VIH/SIDA en las estrategias educativas y preventivas, aumenta el impacto de éstas, contribuyen a reducir los mitos, el estigma y la discriminación, y que los proyectos que demuestran ser innovadores y tener impacto en la comunidad sensibilizan a los medios de comunicación y despiertan el interés de los grupos sociales sobre el VIH/SIDA⁴⁷.

- El desarrollo de la propuesta **“Prevención integral de las ITS / VIH / SIDA en jóvenes y adolescentes de Quibdó”**, ejecutada en 2003 por la ONG Chocó Pacífico y por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur), capacitó 3 019 adolescentes y jóvenes, aplicó una estrategia educacional participativa en colegios y barrios de la ciudad. Se diseñó un afiche promocional que estuviera en concordancia con las ideas y reflexiones de los jóvenes, expresadas en los ejercicios de capacitación; se realizó una encuesta a 160 jóvenes y se promovió y facilitó la conformación de un comité local de lucha contra el SIDA. Entre las lecciones aprendidas de esta experiencia, se destaca la dificultad para establecer un diálogo participativo sobre sexualidad, a pesar de que la cultura chocona se considera alegre, abierta y espontánea y muy sensual por el manejo del cuerpo en los bailes y la forma de relacionarse. Una de las explicaciones puede ser que las relaciones sexuales son concebidas como actos naturales y necesarios en el desarrollo de las personas y por lo tanto se viven y se comparten, pero “no se hablan”. La comunicación, por lo tanto, no fluye fácilmente para estos tópicos, a pesar de ser una cultura con una fuerte tradición oral⁴⁸.

El estudio “Impacto de una estrategia educativa en el apoderamiento de los derechos sexuales

y reproductivos en adolescentes escolarizados en la ciudad de Cali”, fue difundido en tres artículos de la revista Colombia Médica, con los siguientes títulos: “Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada”⁴⁹, “La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes”⁵⁰, y “Educación en derechos sexuales y reproductivos: una perspectiva integral con adolescentes escolarizados”⁵¹.

Estos artículos describen el diseño, puesta en marcha y validación de una estrategia, cuyo propósito fue “dar poder” a los jóvenes en los derechos y deberes sexuales y reproductivos; el componente de educación se desarrolló con jóvenes, docentes y padres de familia de dos instituciones educativas, ubicadas en el municipio de Jamundí, Valle del Cauca, cuyo objetivo fue evaluar la influencia que tienen las creencias, actitudes y normas subjetivas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; de igual manera se realizó una intervención educativa, donde los adolescentes recrearon lo aprendido. Los resultados mostraron el cumplimiento de los objetivos propuestos en la estrategia educativa, y se evidenciaron avances en tomas de conciencia y participación de los jóvenes a fin de crear nuevas visiones acerca del cuidado de la salud. Se encontró que después de la intervención aumentó significativamente el porcentaje de jóvenes que informaba el uso de prácticas de doble protección; sin embargo, una alta proporción de adolescentes continuó absteniéndose de la actividad sexual genital⁴⁹⁻⁵¹.

No se presentaron casos de embarazo ni de ITS después de la intervención y los problemas relacionados con la sexualidad y el abuso físico también disminuyeron significativamente⁵². Además, se encontraron cambios significativos en: la consulta a los profesionales de salud sobre los métodos anticonceptivos y sus usos; utilización de los métodos anticonceptivos en caso de tener relaciones sexuales, disminución de cualquier forma de abuso o violencia sexual y no tener pareja porque desea abstenerse de relaciones sexuales. Los hallazgos sobre la decisión del retardo en el inicio de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y demanda

de atención de los servicios, se consideran como factores protectores que son necesarios estimular^{49,53}.

PREVENCIÓN

La prevención es la clave para reducir las tasas de infección y, en última instancia, vencer la epidemia de VIH/SIDA. Las intervenciones deben responder a las condiciones locales y, en particular, deben ajustarse a las diferencias entre los jóvenes (hombres y mujeres), entre los que viven en zonas urbanas y rurales, entre niños que van a la escuela y sin escolarizar, entre adolescentes jóvenes y mayores, y entre jóvenes casados y solteros⁵⁴. Los responsables de formular políticas tienen que reconocer que hay que proteger los derechos de los jóvenes, particularmente de las jóvenes⁵⁵. Los esfuerzos de prevención del VIH también deben reconocer las necesidades inmediatas de los jóvenes, como son la vivienda y los alimentos, así como su necesidad de obtener ingresos de forma segura y sin explotación. Onusida ha propuesto una estrategia de diez pasos, con los cuales busca prevenir el problema del VIH/SIDA en los jóvenes⁵⁶:

1. Poner fin al silencio, el estigma y la vergüenza.
2. Dar información y conocimientos.
3. Preparar a los jóvenes con habilidades para la vida, a fin de poner en práctica los conocimientos adquiridos.
4. Facilitar servicios de salud respetuosos.
5. Promover el asesoramiento y las pruebas voluntarias y confidenciales para detectar la infección por el VIH.
6. Trabajar con los jóvenes y fomentar su participación.
7. Comprometer a los jóvenes que viven con el VIH / SIDA.
8. Crear entornos seguros y favorables.
9. Llegar a los jóvenes más expuestos al riesgo.
10. Fortalecer las asociaciones y vigilar los progresos realizados.

Se debe alentar a los jóvenes para que aplacen el inicio de la actividad sexual, y cuando pasan a ser sexualmente activos hay que darles

los medios para que tengan unas relaciones sexuales más seguras⁵⁴. Al respecto se ha planteado un ABC de la prevención del VIH⁵⁶:

- A. Abstenerse de tener relaciones sexuales/
Aplazar la primera experiencia sexual.
- B. Ser fiel a la pareja.
- C. Utilizar sistemática y correctamente preservativos de látex.

Los estudios han identificado repetidamente los “factores de protección” que ayudan a los adolescentes a reducir los comportamientos de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección y el consumo de drogas⁵⁶. Los factores de protección incluyen⁵⁶:

- Las relaciones positivas con los padres, maestros y otros adultos de la comunidad.
- Sentirse valorado.
- Los entornos escolares positivos.
- El contacto con valores, normas y expectativas positivas.
- Tener creencias espirituales.
- Tener esperanzas para el futuro.

CONCLUSIONES

Los datos evidencian la vulnerabilidad de los jóvenes ante la infección por el VIH y sustentan que esta población es la más afectada. Todo lo anterior concluye en una necesidad que los líderes sociales conozcan a profundidad la situación y las carencias locales. Como se ha expuesto anteriormente dar información no guiada, impersonal o generar medidas para las masas, por ejemplo, “repartir condones”, genera confusión, perpetúa conceptos erróneos y daña la sociedad.

Al ser humano es necesario mirarlo como un ser integral y de esta forma reforzar en cada paso de la vida todo lo que previene los estilos de vida no saludables, como por ejemplo: la familia, los valores, la religión, el colegio, la universidad y la vida laboral. La solución realmente no es fácil y las medidas más baratas no son las más costo-efectivas, se requiere tiempo, dinero, conocimiento y deseo de hacer el bien para lograr un cambio.

Se concluye que la prevención es un asunto de todos y para todos, cada uno desde su profesión y como persona puede aportar, pero es necesario escuchar todas las opiniones y emprender un diálogo que busque llegar a soluciones y no a buscar argumentos para eliminar los conceptos de otros.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este artículo quieren agradecer el apoyo en la revisión de este texto al doctor Carlos Julio Montoya del Grupo de Inmunovirología de la Universidad de Antioquia.

REFERENCIAS

1. ONUSIDA, OMS. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2008.
2. ONUSIDA, OMS. Situación de la epidemia del SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2006.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Force for change: world aids campaign with young people. Geneva: UNAIDS; 1998.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Aids and young people. Geneva: UNAIDS; 2000.
5. Bajos N, Durand S. Adolescent sexual and reproductive behavior: a developed country comparison: country report for France. New York: Alan Guttmacher Institute; 2001.
6. UNICEF, ONUSIDA, OMS. Los jóvenes y el VIH/ SIDA: una oportunidad en un momento crucial. Ginebra: Onusida; 2002.
7. Clark LF, Miller KS, Nagy SS, Avery J, Roth DL, Liddon N, *et al.* Adult identity mentoring: reducing sexual risk for African-American seventh grade students. *J Adolesc Health.* 2005 Oct; 37(4):337.
8. Blake S, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *Am J Public Health.* 2001 Jun; 91(6):940-946.
9. Mercer R, Ramos S, Szulik D, Zamberlin N. The need for youth-oriented policies and programmes on responsible sexuality in Argentina. *Reprod Health Matters.* 2001 May; 9(17):184-191.
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2004 National Survey on Drug Use & Health: National Findings [Internet]. Rockville, MD: NCADI; 2005. Fecha de acceso [25 de julio de 2006]. Disponible: <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k4nsduh/2k4results/2k4results.pdf>.
11. Baldo M. Sex education: adolescents' future versus adults' fears. In: Mann J, Tarantola D, editors. *Aids in the world II: global dimensions, social roots, and responses.* New York: Oxford University Press; 1996. p. 238-239.
12. ONUSIDA. Infección por VIH y SIDA en Colombia: estado del arte 2000-2005. Ginebra: Onusida; 2006.
13. IAVI. Putting it together: AIDS and the millennium development goals [Internet]. Nueva York: IAVI; 2005 [fecha de acceso 23 de noviembre de 2007]. Disponible en: http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid_33078.
14. UNFPA. The impact of HIV/AIDS: a population and development perspective [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2003 [fecha de acceso 23 noviembre de 2007]. Disponible en: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/197_filename_PDS09.pdf.

15. ONUSIDA, Ministerio de la Protección Social de Colombia. Consulta nacional "hacia el acceso universal en la prevención, tratamiento y asistencia al VIH/SIDA": informe final. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
16. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS-2006 [Internet]. Bogotá: Profamilia; 2007 [fecha de acceso 20 de noviembre de 2007]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2000resumen_temas.html.
17. Blum R, Beuhring T, Rinehart P. Protecting teens: beyond race, income and family structure. St. Paul, MN: University of Minnesota; 2000.
18. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect.* 1999 Feb;75(1):3-17.
19. From the Centers for Disease Control and Prevention. HIV/STD risks in Young men who have sex with men who do not disclose their sexual orientation--six U.S. cities, 1994-2000. *JAMA.* 2003 Feb. 26; 289(8):975-7.
20. The Henry J. Kaiser Family Foundation. National Survey of 12: teens on HIV/AIDS [Internet]. Washington: KFF; 2000. Fecha de acceso [9 de Agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.kff.org/youthhivstds/3092-index.cfm>.
21. CDC. HIV/AIDS surveillance report, 2004. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2005.
22. CDC. HIV Prevention in the third decade. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2005.
23. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Planeación. Salud Pública de Medellín. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2005.
24. Ministerio de salud. Dirección de Salud Pública. Subsecretaría de Planeación. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública y Bancos de Sangre de Medellín SIVIGILA. Medellín: Alcaldía de Medellín 2009.
25. DANE [sede Web]. Bogotá: DANE; 2005 [fecha de acceso 18 de noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/>.
26. From the Centers for Disease Control and Prevention. HIV incidence among young men who have sex with men--seven US cities, 1994-2000. *JAMA.* 2001 Jul. 18; 286(3):297-9.
27. Baumeister L, Flores E, Marin B. Sex information given to latin adolescents by parents. *Health Educ Res.* 1995 Jun; 10(2):233-239.
28. Grunseit A, Kippax S, Aggleton P, Baldo M, Slutkin G. Sexuality education and young people's sexual behavior: a review of studies. *J Adolesc Res.* 1997 Oct; 12(4):421-453.
29. CDC. Youth risk behavior surveillance—United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004; 53(SS-2):1-29.
30. Toledo Vila H de J, Navas Pinzón JA, Navas Pinzón, Pérez Manrique N. Los adolescentes y el SIDA. *Rev Cubana Med Trop.* 2002; 54(2):152-157.
31. Horizons Project. HIV voluntary counseling and testing among youth ages 14 to 21: results from an exploratory study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda. [draft]. Washington, DC: Population Council; 2001.
32. Pettifor AE, van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS. Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS.* 2004; 18:1435-1442.
33. Santelli J, Ott MA, Lyon M, Rogers J, Summers D, Schleifer R. Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *J Adolesc Health.* 2006; 38(1):72-81.
34. UNICEF. Girls, HIV/AIDS and education. New York: Unicef; 2004.
35. Huba G. A model for adolescent-targeted HIV/AIDS services. *J Adolesc Health.* 1998 Aug; 23 (2 Suppl):11-27.
36. Valleroy LA, MacKellar DA, Karon JM, Janssen RS, Hayman DR. HIV infection in disadvantaged out-of-school youth: prevalence for U.S. Job Corps entrants, 1990 through 1996. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1998; 19:67-73.
37. CDC. HIV transmission among black college student and non-student men who have sex with men—North Carolina, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004; 53:731-734.
38. Prata P, Vahidnia F, Fraser A. Gender and relationship differences in condom use among 15-24-year-olds in Angola. *Int Fam Plan Perspect.* 2005; 31(4):192-199.
39. Kirby D, Laris BA, Roller L. Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviours of youth in developing and developed countries. Washington, DC: Family Health International; 2005.
40. Gallant M, Maticka-Tyndale E. School-based HIV prevention programmes for African youth. *Soc Sci Med.* 2004; 58(7):1337-1351.
41. CDC. Sexually transmitted disease surveillance: 2004. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC; 2005.
42. Diaz T, Chu SY, Buehler JW, Boyd D, Checko PJ, Conti L, *et al.* Socioeconomic differences among people with AIDS: results from a Multistate Surveillance Project. *Am J Prev Med.* 1994 Jul-Aug; 10(4):217-22.
43. García R, Negrete V, Romero A. Behavioral Intervention for STD/AIDS risk reduction among youth affected by armed conflict in Colombia. Abstract TH Oral F1474.

- In: Proceedings: XIV International AIDS Conference. Barcelona: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2002.
44. Eriksson L, Guarnizo C, Mejía A, Prieto F. Salud sexual y reproductiva en jóvenes de Montería, Colombia: estudio piloto. Bogotá: Organización Internacional de las Migraciones y Proyecto Colombia: Fondo Mundial; 2003.
 45. Serrano C, Mejía A, Betancourt F. Factores de riesgo relacionados con VIH-ITS en grupos más vulnerables del departamento de San Andrés, Colombia: informe final. San Andrés: Fundación Henry Ardila, Secretaría Departamental de Salud; 2005.
 46. Ministerio de Educación Nacional (Colombia). La Revolución Educativa: Plan Sectorial 2002-2006. Bogotá: Ministerio de Educación; 2003.
 47. Fundación en Acción, Ministerio de Salud, Onusida. Proyecto Tú Decides: informe final. Bogotá: Onusida; 2001.
 48. Fundación Chocó Pacífico, Acnur, Onusida. Proyecto Prevención integral de las ITS/VIH/SIDA en jóvenes y adolescentes de Quibdó: informe final. Bogotá: ONUSIDA; 2004.
 49. Vásquez ML, Argote LA, Castillo E, Cabrera MJ, González D, Mejía ME, *et al.* Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. Colomb Méd. 2005 Jul-Sep; 36(3, supl.2):14-24.
 50. Vásquez ML, Argote LA, Castillo E, Cabrera MJ, González D, Mejía ME, *et al.* La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. Colomb Méd. 2005 Jul-Sep; 36(3, supl.2):33-42.
 51. Vásquez ML, Argote LA, Castillo E, Cabrera MJ, González D, Mejía ME, *et al.* Educación en derechos sexuales y reproductivos: una perspectiva integral con adolescentes escolarizados. Colomb Méd. 2005 Jul-Sep; 36 (3,supl.2):6-13.
 52. Asiimwe-Okiror G, Opio A, Musinguzi J, Madraa E, Tembo G, Carael M. Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. Aids. 1997 Nov 15; 11(14):1757-1763.
 53. Leigh BC, Stall R. Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: issues in methodology, interpretation, and prevention. Am Psychol. 1993; 48:1035–1045.
 54. Klindera K, Menderweld J. Youth involvement in prevention programming. Washington: Advocates for Youth; 2000.
 55. Office of the Surgeon General (USA). The Surgeon General's call to action to promote sexual health and responsible sexual behavior. Washington: Department of Health & Human Services; 2001.
 56. De Belmonte L, Guitierrez E, Magnani R, Lipovsek V. Barriers to adolescents' use of reproductive health services in three bolivian cities. Washington: Pathfinder International, Focus on Young Adults; 2000.